

GUÍA DE INTERVENCIÓN

EDUCACIÓN PARA ENVEJECER DE FORMA ACTIVA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD



Al final lo que importa
no son los años de la vida,
sino la vida de los años.
Abraham Lincoln

Materiales Elaborados por:

Ana Díaz Morón
Laura García Torres
Mercedes Rodríguez Fernández

Coordinación:

Fructuoso de Castro de la Iglesia
Daniel Falla Fernández

Financiado por:



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE EDUCACIÓN, CULTURA
Y DEPORTE

SECRETARÍA DE ESTADO
DE EDUCACIÓN, FORMACIÓN PROFESIONAL
Y UNIVERSIDADES

PRESENTACIÓN DE LA GUÍA: EDUCACIÓN PARA ENVEJECER DE FORMA ACTIVA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Envejecer forma parte de la vida, es el resultado de los años recorridos, de las experiencias vividas, de nuestras alegrías más intensas o de nuestras decepciones más marcadas. Envejecer es todo un proceso que no comienza en las últimas etapas de la vida sino que se inicia desde que nacemos. Es un camino que debemos aprender y educar, que tenemos que retroalimentar, buscándole sentido e identidad, dándole valor y no dejarlo escondido en un recoveco de nuestra conciencia, invisible ante una realidad fehaciente que es inevitable.

Este camino que debemos de aceptar y construir para la Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene que ser irrevocablemente activo. Por lo que, la OMS apuesta por un proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen, es decir, si se quiere hacer del envejecimiento una experiencia positiva, una vida más larga debe ir acompañada de oportunidades continuas de salud, participación y seguridad. Por ello, la OMS viene promoviendo desde hace años programas, proyectos e iniciativas para la construcción y desarrollo de un envejecimiento activo para la sociedad en general.

Sin embargo, el envejecimiento de las personas con discapacidad es una realidad nueva y emergente a la que tienen que hacer frente los profesionales que trabajan con este colectivo. Las personas con discapacidad, al igual que el resto de la población, tienen cada vez una esperanza de vida mayor, lo que hace que las necesidades de intervención estén cambiando y se requiera ampliar y dotar de nuevos recursos y estrategias de intervención para hacer frente a esta nueva realidad. De esta forma, nace una nueva necesidad que debe ser atendida por los profesionales de este ámbito y que se trata de

enseñarles a construir a las personas con discapacidad su propio envejecimiento de una manera saludable y activa.

Asimismo, las personas que intervienen como profesionales con este colectivo demandan instrumentos de trabajo que les permita hacer frente a esta nueva situación: materiales que les ayuden a elaborar planes de actuación con estas personas, para que sean agentes de su propio envejecimiento; materiales para desarrollar talleres para que mejoren su calidad de vida mediante la prevención y promoción de la salud y el fomento de hábitos saludables desde aspectos físicos, cognitivos, de ocio...

Con este objetivo nace la elaboración de esta guía en colaboración con otras organizaciones participantes que trabajan con personas con discapacidad como son: Confederación Gallega de Personas con Discapacidad (COGAMI), Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de Las Palmas (APROSU) y Asociación Pro Discapacitados Psíquicos de Estepona (APRONA). De esta forma, se han elaborado una serie de materiales de apoyo para abordar estos aspectos, a partir del conocimiento compartido de diferentes profesionales. .

Dentro de la guía se puede distinguir talleres dirigidos a personas profesionales y a personas usuarias. El contenido de los mismos compila material informativo para los profesionales, así como propuestas de talleres que han sido impartidos en las entidades anteriormente mencionadas y que han resultado satisfactorios para los participantes. Se incluye una lista bibliográfica, de recursos web y videos así como, diferentes anexos que pueden ser utilizados por el lector interesado/a.

En definitiva, nuestro propósito con esta guía es sumar en la construcción de nuevas formas de entender el envejecimiento en

personas con discapacidad, para que sean ellos mismos los agentes activos en la elaboración de su propio envejecimiento y siempre en pos de mejorar la vida de los años a través de una vejez sana, participativa e inclusiva.

Daniel Falla Fernández

Área de RRHH e Investigación

Fundación Grupo Develop

OBJETIVOS DE LA GUÍA

Objetivo general:

- Mejorar la calidad de vida de las personas mayores con discapacidad, entendiendo por ésta la percepción que tiene la persona de su posición en la vida de acuerdo a su sistema de valores, creencias y expectativas, incluyendo su salud, su nivel de autonomía, su estado psicológico, sus relaciones sociales y su participación activa.
- Mejorar la esperanza de vida saludable, dotando a las personas mayores con discapacidad de los conocimientos y habilidades para el desarrollo de actitudes que promuevan su bienestar físico, psicológico y social, así como facilitándoles las herramientas para su puesta en marcha, al objeto de mejorar su autonomía.

Objetivos específicos:

- Promover el conocimiento de aquellos factores que pueden contribuir al envejecimiento activo y saludable del colectivo de personas con discapacidad.
- Determinar las actitudes y valores que debe tener el profesional para una correcta atención y apoyo integral de personas. Orientar y dar pautas.
- Desarrollar destrezas en la identificación de necesidades sobre promoción y mantenimiento de la salud de la persona.
- Fomentar la integración social de las personas mayores propiciando sus relaciones entre iguales así como con otros grupos y aumentando su red de apoyo social.
- Fomentar hábitos de vida saludables entre la población mayor en aras de promocionar la salud y prevenir enfermedades.
- Sensibilizar a las personas mayores de la importancia de la realización de ejercicio físico como medio de mejorar su calidad de

vida dotándolos de las habilidades necesarias para la práctica del mismo.

- Dotar a los mayores de estrategias para hacer frente a procesos emocionales con mayor probabilidad de predominio en su edad como son depresión, ansiedad, problemas de sueño, problemas de alimentación, relaciones sexuales,...

RECOMENDACIONES

Dado que el trabajo con personas mayores con discapacidad es diferente al trabajo con otros perfiles, vamos a dar una serie de recomendaciones básicas a la hora de trabajar los contenidos de esta guía.

Para favorecer que las personas mayores con discapacidad aprendan hay que saber que la forma en la que éstos interiorizan nuevos conocimientos o cambian los que ya tienen adquiridos es diferente, para ello debemos tener especial cuidado con los siguientes aspectos (Adaptado de Díaz Veiga et al, 2007):

- Respetar las diferencias: a veces a las personas mayores con discapacidad les cuesta trabajo aprender cosas nuevas. No tienen ninguna dificultad para recordar acontecimientos pasados pero sí para memorizar nuevos conocimientos, esto no significa que no puedan, sólo hay que tenerlo en cuenta, no le exijamos más de lo que pueden.
- Enseñar a partir de lo cotidiano: las personas mayores con discapacidad aprenden mejor lo que les resulta familiar y además les motiva más si les puede ser útil en su día a día.
- Favorecer la participación: Es más fácil aprender por nuestra propia experiencia, por lo que es importante que los mayores reflexionen sobre lo que les sucede y lo que les suscita lo que tratemos en las diferentes sesiones.
- Resaltar los aprendizajes: es positivo reforzar a los mayores y hacerles ver lo que han aprendido y cómo eso se puede aplicar a su vida cotidiana.
- Las habilidades del técnico son fundamentales.

Aspectos importantes que debe tener en cuenta el monitor son:

- Escuchar activamente: prestar atención a las intervenciones respetando sus opiniones, su cultura y su forma de expresión.

- Estimular para aprender más: plantear preguntas atractivas, ejemplos llamativos, introducir aspectos controvertidos,...
- Mostrar los avances: resumir, relacionar y generalizar en relación a las aportaciones de los participantes.
- Analizar, profundizar, matizar las diferencias: aprovechar las intervenciones de los participantes para matizar cuestiones o resumir contenidos.
- Generar acuerdos: buscar el conocimiento compartido por todos reconociendo y respetando las diferencias.
- Generar sentimiento de bienestar en las personas a través de un trato respetuoso. Las personas mayores se sentirán mejor si:
 - se las llama por su nombre.
 - se interesan por ellos, preguntando de forma individual cómo van las cosas.
 - Se utilizan el sentido del humor.
 - Se reconocen las dificultades pero se tienen iniciativas para resolverlas.
 - Se expresa y valora de forma sincera lo que se está aprendiendo.

INDICE

“Taller dirigido a profesionales”

TALLER 1 “Conceptualizan do el término”	1.1 Personas con discapacidad y envejecimiento 1.1.1 Visión histórica y cultural de la vejez 1.1.2 ¿Qué es el envejecimiento activo? 1.1.3 Tendencias socio-demográficas: perfil de las personas mayores con discapacidad intelectual 1.1.4 Propuesta de intervención 1.2 El proceso de envejecimiento 1.2.1 Cambios significativos en PCD en proceso de envejecimiento (biológicos, psicológicos y sociales) 1.2.2 Mitos relacionados con las personas mayores 1.2.3 Posibilidades y limitaciones de la edad 1.2.4 Papel de la persona mayor 1.2.5 Características facilitadoras de un buen envejecimiento 1.2.6 Propuestas de intervención
TALLER 2 “Calidad de vida y envejecimiento”	2. Calidad de vida en las personas con discapacidad en proceso de envejecimiento: dimensiones e indicadores 2.1 Bienestar físico 2.2 Bienestar emocional 2.3 Desarrollo personal 2.4 Relaciones interpersonales 2.5 Inclusión social 2.6 Bienestar material 2.7 Derechos 2.8 Autodeterminación

TALLER 3 “Atención e intervención con personas mayores”	3.1 Rol de los profesionales en el proceso de envejecimiento 3.1.1 Actitud de los profesionales ante el trabajo con las personas mayores 3.1.2 Comunicación interpersonal en la relación de ayuda 3.1.2.1. Obstáculos y facilitadores de la comunicación 3.1.3. Síndrome del cuidador de la persona mayor 3.2 Estrategias adecuadas para envejecer con éxito 3.2.1 Modelos de intervención en PDI en proceso de envejecimiento 3. Los Servicios Sociales: servicios y programas específicos dirigidos a las personas mayores
---	---

“Taller dirigido personas usuarias”

TALLER 1 “Entendiendo el significado de envejecer de forma activa”	1.1 El proceso de envejecimiento. Experiencias en primera persona 1.2 Formas de vida y convivencia: papel de la persona mayor
TALLER 2 “Anticipando el futuro”	2. Panificando la vejez 2.1 Actividad física 2.2 Deterioro cognitivo y procesos de duelo 2.3 Mantener las conexiones sociales 2.4 Pensando en la jubilación 2.5 Aprendizaje a lo largo de la vida 2.7 Planificación y toma de decisiones respecto al futuro 2.8 Derechos

TALLER DIRIGIDO A PERSONAS PROFESIONALES

TALLER PROFESIONALES 1. CONCEPTUALIZANDO EL TÉRMINO “ENVEJECER DE FORMA ACTIVA”

1.1 PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y ENVEJECIMIENTO

Por todos es sabido que la esperanza de vida en nuestra sociedad va creciendo con el paso de los años, los avances científicos en materia de sanidad y la proliferación de las políticas sociales hacen que cada vez vivamos más años y en mejores condiciones de vida. Las personas con discapacidad no son ajenas a este fenómeno y es fácilmente constatable el hecho de que la población de personas con discapacidad que llegan a edades avanzadas es paralelo al envejecimiento demográfico de la población.

La preocupación por el envejecimiento de las personas con discapacidad es muy reciente, de la década de los 80, anterior a esta fecha, nos encontramos con una escasa bibliografía al respecto. Como señala Ester Bódalo Lozano, todavía se conoce poco de este fenómeno que es relativamente nuevo. Antes, las personas con discapacidad grave y congénita, o bien adquirida en los primeros años de la vida, morían antes o no llegaban a la vejez. Envejecer es un fenómeno inevitable y un proceso natural en cualquiera, pero distinto según las personas y su situación.

Cada individuo tiene su forma particular de envejecer a través de un proceso que tiene características personales y sociales diferentes. Esta situación se produce con independencia de que una persona llegue o no, a los 65 años, con una determinada discapacidad. Sin embargo, también es cierto que las diferentes discapacidades presentan, en muchas ocasiones, rasgos propios que configuran, para un grupo, determinados rasgos en el proceso de envejecimiento. A ello debe añadirse la necesidad de tener presente la perspectiva de género, ya que también este constituye un elemento determinante en el proceso de envejecimiento.

En el documento elaborado por el Grupo de Trabajo de Envejecimiento Activo del CERMI Estatal se expone que al envejecer, se manifiesta una

segunda discapacidad, que supone la aparición o agravación de dependencias. Los problemas de salud característicos de la vejez tienen una prevalencia superior que la de las personas pertenecientes a su cohorte. Cuando se trata de enfermedades que restan autonomía, las discapacidades producidas se vienen a sumar a las ya existentes, hecho que, unido a la pérdida de capacidad de adaptación, convierte a personas de por sí frágiles en mucho más vulnerables.

También se explicita que, por lo general, los problemas de las personas con discapacidad física y orgánica son muy parecidos a los del resto de la población en los aspectos puramente físicos, agravados por la incorporación de nuevas limitaciones tanto en el plano ortopédico, respiratorio y del oído medio siendo destacable, en el aspecto mental, la aparición o agravamiento de los problemas de depresión.

Entre los trastornos mentales, destacan las demencias y la depresión, aunque esta es menos habitual entre las personas mayores con discapacidad intelectual. Además, existen algunos problemas de salud que pueden ir asociados a determinados síndromes o ser una consecuencia más de la lesión cerebral que originó la discapacidad intelectual.

El incremento progresivo de la esperanza de vida de las personas que padecen algún tipo de discapacidad es un fenómeno positivo en sí mismo, pero también plantea nuevos retos en los campos tanto de la investigación como de formación de políticas sociales, porque hoy en día todavía existe un desconocimiento sobre las necesidades que presentan las personas que envejecen y su entorno familiar. Pilar Rodríguez, jefa de Servicio de Estudios del IMSERSO (Rodríguez, P. 2003:33), también ve esto como un fenómeno positivo porque las personas con discapacidad van adquiriendo una mayor esperanza de vida y por lo tanto hay cada vez más personas que han vivido con una discapacidad y llegan a edades avanzadas. Este es un fenómeno que

origina un reto tanto para las políticas de servicios sociales como para la investigación.

1.1.1 VISIÓN HISTÓRICA Y CULTURAL DE LA VEJEZ

Si analizamos las diferentes épocas, entendemos que el concepto de la vejez ha ido cambiando con el transcurso de la historia, marcando cada momento histórico un antes y un después en esta conceptualización.

Consideramos que en este trabajo es de vital importancia, mirar al pasado e ir comprobando como ha ido evolucionando este concepto con el paso de los años, dependiendo de la sociedad y de los valores que dominaran en ésta, estando influida por variables de tipo cultural, social, económico, político, biológico, psicológico e institucional, que influyen en el concepto y en la consideración de lo que supone ser anciano, y que puede otorgar una valoración más o menos positiva. Ésta concepción también va a depender de cinco factores fundamentales:

1. Disponibilidad de recursos en la sociedad
2. Capacidad de transmisión de conocimiento (escrito, oral)
3. Adaptación de la sociedad en relación al cambio social
4. Proporción de individuos que componen el grupo
5. El sexo, a lo largo de la historia la mujer ha quedado relegada a un segundo plano, asumiendo un papel domestico y familiar.

A continuación señalamos las características más importantes de la evolución del concepto¹:

Prehistoria:

De esta etapa se tiene poca información, pero sí se conoce que la longevidad es un orgullo para todas las tribus o clanes, y por ello, los individuos mas longevos son los depositarios del saber y de la memoria

1Moreno Millán. Juan L. Envejecimiento activo. Castilla la Mancha, curso formativo.

colectiva, actúan como intermediarios entre las tribus o clanes y el más allá.

A los mayores se les atribuye el poder de la sanación y el papel de jueces educadores en esta etapa prehistórica.

Grecia:

Para los griegos la vejez era considerada como una ofensa al espíritu y como un deterioro inevitable de todos los aspectos del individuo, incluso los viejos eran provocadores de la burla, ya que la cultura griega era veneradora de la perfección y la belleza.

En la sociedad griega, Platón y Aristóteles son los máximos exponentes de la opinión opuesta que se suele tener de la ancianidad. Los dos van a los extremos, a que Platón idealiza a los viejos por su sabiduría, madurez y cultura. Y Aristóteles los teme por la pérdida de fuerza y habilidades que experimentan.

En esta civilización se crean las primeras instituciones de caridad dedicadas al cuidado de las personas mayores.

Tradición hebreo-cristiana:

Las personas mayores tenían un lugar privilegiado y existía un Consejo de Personas mayores con poderes religiosos y judiciales puesto que la longevidad era entendida como una recompensa por una vida moralmente intachable.

Durante la etapa monárquica conviven el Consejo de Personas mayores y el Rey soberano hasta la muerte del Rey Salomón, al que sucede su hijo, que cambia la opinión sobre las personas mayores y comienza a despreciar incluso su imagen social.

Cuando comienza la etapa del exilio del pueblo israelita, las personas mayores vuelven a tomar relevancia social y llegan a ser la imagen de la fidelidad divina.

Roma:

Aparece un atisbo de lo que hoy es considerado Gerontología, puesto que se presta atención al mayor y comienzan a estudiar los problemas relacionados con la vejez desde los aspectos políticos, sociales, psicológicos, demográficos y médicos.

Aparece la figura del “pater familia” otorgándole a esta figura consistente en el hombre más mayor de la familia un poder total, incluso titánico sobre el resto de los miembros familiares.

Durante la República, las personas mayores dirigían la política y con la instauración del Cristianismo, los hospitales cristianos se encargarían del cuidado de las personas mayores.

Edad Media:

En la baja edad Media los títulos nobiliarios fueron administrados por las personas mayores. Las personas mayores pobres eran débiles y desheredados y eran acogidos en hospitales y monasterios cristianos.

Es el cristianismo el que “impone” cierta estabilidad familiar y la monogamia, esto supone que la familia sea un grupo compacto y protector de sus miembros mayores.

Tras las muertes de niños y jóvenes por la peste negra, la población mayor aumentó en los siglos XIV y XV, esto provocó una recuperación de la posición social, política y económica de la población mayor.

Renacimiento:

Surge una “resurrección” de la cultura griega y se recuperan por tanto sus valores, vuelve una época negativa para la concepción de la vejez que consiste en una etapa de decrepitud, fealdad y desvaloración social, al mismo tiempo que la esperanza de vida comienza a aumentar.

Oriente:

La sociedad china, veneraba a sus personas mayores por su poder dentro de la estructura jerárquica.

Modernidad:

Consideran al viejo como un ser improductivo. Con la Revolución Industrial entra el concepto de capitalismo midiéndose a las personas por su productividad.

Las Revoluciones sociales y las políticas que se dan en el siglo XVIII, y la instauración del pensamiento liberal, de nuevo cambian la concepción sobre la vejez. Aparece la jubilación y los Servicios Sociales como recompensa a los trabajadores mayores de los 50 años. Al mismo tiempo, la esperanza de vida continúa aumentando y la edad de la jubilación se va postergando paulatinamente.

Época Contemporánea:

Los seguros sociales y de vejez van ganando terreno y con el Estado del Bienestar llegan los derechos sociales y sanitarios.

Sin embargo en la sociedad actual, donde predominan los valores en alza de juventud, fuerza y belleza, el mayor soporta un concepto peyorativo vinculado al alejamiento del proceso productivo y roles significativo para la sociedad. Desde una punto de vista económico, el anciano ya no es productivo ni útil, y pasa a ser una carga económica para el sistema. Tendemos a representar al anciano con su bastón haciendo largos paseos para pasar el tiempo, a menudo acompañado

de sus nietos o incluso jugando al dominó o a cartas en casales y centros de ancianos en general.

Se dan tres factores que están cambiando positivamente la concepción actual sobre la vejez: aumento de la esperanza de vida, envejecimiento de la población y descenso de la natalidad.

En la actualidad están apareciendo “nuevos mayores”, autónomos, preocupados por su calidad de vida y que conservan cierto grado de actividad creatividad adaptados a su edad.

Por curiosidad, presentaremos de manera breve la conceptualización de la vejez fuera de nuestras fronteras:

- En *China, India, Japón, Corea, Irán, Iraq, Israel*, y en casi todos los países del continente asiático, existe un enorme respeto a los ancianos. En India existe un gran porcentaje de personas mayores en las zonas rurales, que realizan actividades agrícolas y reciben las admiraciones y respeto por parte de los familiares. En Japón existe una gran preocupación en integrarles en la vida laboral, creando Agencias de empleo para jubilados y Centros educativos para niños y mayores de manera simultánea.
- En *Brasil, México, Ecuador, Paraguay, Bolivia y otros países de América Latina* con tradición artística-cultural, el anciano artesano desarrollo su actividad y creatividad con éxito, hasta que la salud se lo permite, y no hasta que lo retire la sociedad.
- En *Suiza* se realizó un estudio (Competencia Internacional de dibujos de las familias. Lausanne. Suiza) en el que se constató que los ancianos viven muy en contacto con su familia, pero en cambio en zonas urbanas el anciano aparecía alejado y con rostro triste y preocupado.
- En *Francia* se están realizando de manera pionera programas para que los ancianos enseñen oficios a los jóvenes.

1.1.2 ¿QUÉ ES EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO?

Mucho estamos hablando del término de envejecimiento activo, ¿pero sabemos realmente que significa y lo que implica?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el envejecimiento activo como el proceso en que se optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen. El envejecimiento activo permite que las personas realicen su potencial de bienestar físico, social y se centra en las personas mayores y en la importancia de dar una imagen pública positiva de este colectivo.

A su vez, históricamente se entendido la salud como “la ausencia de enfermedades e invalideces”. La OMS la definió como “el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la usencia de afecciones o enfermedad”.

Pero... ¿cuáles son los factores que determinan la salud? Podemos decir, siguiendo a Millán, que los factores sociales del individuo y la comunidad son los determinantes de la salud, y su promoción y modificación son los objetivos de la Salud Pública.

Lalonde (1974) desarrolló el Modelo Global de Salud, basado en cuatro agentes:

- 1) *Endógenos*: relacionados con la biología humana y en los que se interviene a nivel de prevención.
- 2) *Medio ambiente*: elementos biológicos (virus, bacterias, protozoos, etc.), elementos físicos (ruidos, radiaciones, humo, polvo, etc.), elementos químicos (plomo, mercurio, compuestos de azufre, etc.) y elementos psico-social-cultural (competitividad, violencia, estrés, ansiedad, etc.)
- 3) *Estilo de vida*: relacionado con las decisiones personales, pero condicionadas por la sociedad y la cultura (consumo de drogas, sedentarismo, automedicación, etc.)

- 4) *Sistema de atención sanitaria*: relacionado con su calidad, accesibilidad y gratuidad.

Influencia en la salud	Agente implicado	Nivel de gasto sanitario
15%	Biología Humana	10%
70%	Medio Ambiente	5%
	Estilo de Vida	
15%	Asistencia Sanitaria	85%

Tabla 1. Lalonde (1974), Dever (1977) y Salleras (1980)

Siguiendo este modelo, el envejecimiento activo, también llamado comúnmente como envejecimiento con éxito, es considerado como un concepto multidimensional que abarca, trasciende y supera la buena salud y que está compuesto por un amplio conjunto de factores bio-psico-sociales. En resumen, condiciones de salud, funcionamiento físico óptimo, alto funcionamiento cognitivo, afecto positivo y participación social son los criterios generalmente aceptados (parcialmente o en su conjunto) para identificar esta forma de envejecer (Fernández-Ballesteros, 2008).

Debido a esto, en los últimos años han proliferado los programas encaminados a promover el “envejecimiento activo” en esta población.

El envejecimiento activo pretende mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen, favoreciendo sus oportunidades de desarrollo para una vida saludable, participativa y segura. El envejecimiento activo implica entender esta etapa de la vida como un ciclo más de crecimiento personal, añadiendo "vida a los años y no solamente años a la vida".

Este concepto “dar vida a los años y no solamente años a la vida” significa que nuestro trabajo diario debe ir encaminado a ayudar a las personas a mantenerse con la mayor independencia y autonomía posible.

Por tanto, dos son los factores que van a contribuir al bienestar de las personas a medida que envejecen:

1. Su capacidad llevar a cabo las actividades cotidianas, tal y como las ha llevado siempre (ser independiente)
2. Decidir y ser el protagonista de su propia vida (ser autónomo)

Esta conquista de la esperanza de vida exige planificar desde las asociaciones y las familias nuevos programas de intervención con las personas con diversidad funcional física y/o cognitiva para responder a las nuevas demandas que el envejecimiento en este colectivo específico nos presenta ya planificando escenarios de intervención futuros.

El envejecimiento activo significa²:

- Dar a las personas mayores la posibilidad de participar plenamente en la sociedad.
- Fomentar sus oportunidades de empleo.
- Permitirles contribuir activamente a través del voluntariado y de programas intergeneracionales.
- Permitirles vivir con independencia adaptando la vivienda, las infraestructuras, la tecnología y el transporte.

En 2012, el año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Internacional se reflexionó sobre el hecho de que en Europa vivimos más y con más salud que nunca y es necesario asumir las oportunidades que eso representa. El *Año Europeo* quiso concienciar sobre los distintos problemas y las mejores maneras de abordarlos. Y, sobre todo, quiere animar a todas las personas y organismos implicados a establecer objetivos por sí mismos, así como las acciones para alcanzarlos.

2012 no debe quedarse solamente en la reflexión y el debate: debe ir más allá e iniciar un camino para producir resultados tangibles. Para ello, la Comisión Europea ha invitado a los gobiernos nacionales,

²Extraído de <http://www.envejecimientoactivo2012.net/>. Consultar para ampliar información

regionales y locales, los interlocutores sociales y otros agentes a comprometerse con medidas específicas, de manera que durante este año y en los sucesivos puedan presentarse resultados concretos.

Siguiendo a Bermejo y Miguel (2008)³ podemos concluir explicitando que el envejecimiento activo:

- Habla de un nuevo modelo de sociedad, en el que las personas puedan envejecer siendo protagonistas de su vida. Una sociedad que garantice recursos y centros para su apoyo y/o cuidado, estos ciudadanos puedan continuar informados, tomando decisiones y les sean reconocidos todos sus derechos.
- Es para todas las personas, según sus capacidades y deseos, independientemente de su nivel de dependencia o heteronomía,
- Promueve una actitud y un quehacer pro-activo en estas personas, evitando que sean, en lo posible, meras receptoras de productos, servicios y/o cuidados
- Es poder participar y decidir en todo lo que le es propio al individuo y afecta a su vida (y no sólo lo circunscrito a su ocio o a los servicios dispuestos para ellos, sino a cualquier esfera relativa a su comunidad).
- Toma cuerpo de modo diferente en cada persona, atendiendo a los valores y significados íntimos (se puede ser “activo” de muy diferentes maneras).
- Requiere un enfoque integral de las personas y de su proceso de envejecimiento. Conllevará una revisión de todos los ámbitos: sociales, sanitarios, económicos, psicológicos, educativos, culturales, jurídicos, etc.

³ Guía de Buenas Prácticas En Residencias de Personas Mayores en situación de Dependencia. Principado de Asturias

- Y por último, desafía la perspectiva tradicional de que el aprendizaje es sólo cuestión de niños y jóvenes o que el trabajo es cuestión de adultos. Promueve el desarrollo de la persona hasta el final de sus días y potencia situaciones de aprendizaje a lo largo de toda la vida.

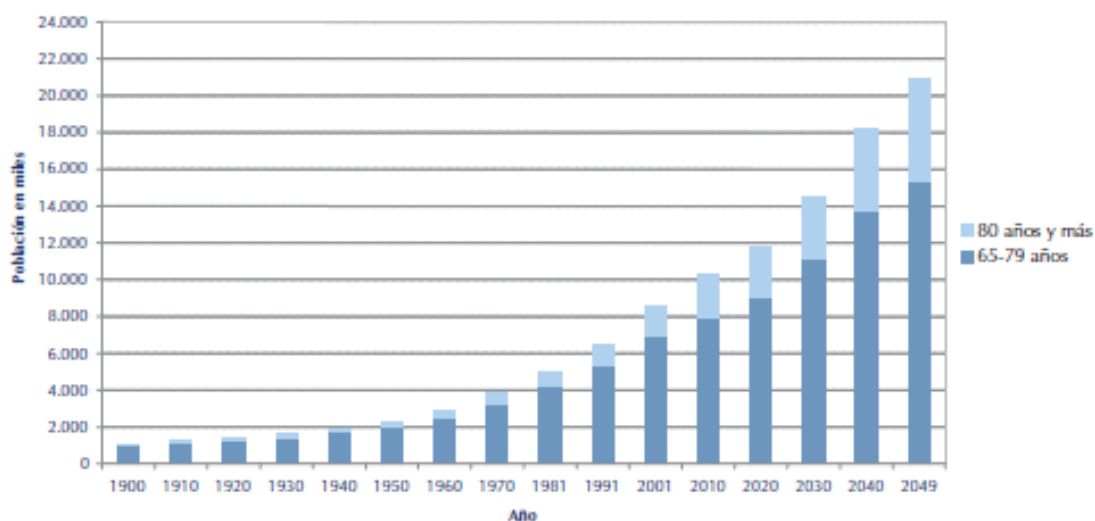
1.1.3 TENDENCIAS SOCIODEMOGRÁFICAS: PERFIL DE LAS PERSONAS MAYORES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Según un reciente informe de Naciones Unidas, en el año 2050 España será el país más envejecido del mundo; el 44,1% de la población española será mayor de 60 años y la mediana de edad será de 55,2 años frente a una mediana global mundial de 36,2 años⁴.

El incremento de la proporción de personas mayores es el indicador más común del envejecimiento de la población. La población Española mayor de 65 años en enero de 2010 era de 7,9 millones de personas, lo que representa el 16,9% de toda la población. La tasa de crecimiento medio anual de este grupo de población ha sido superior al 3% en los últimos decenios y aún se mantendrá por encima del 2% hasta mediados del siglo XXI. El crecimiento está en relación directa con el incremento de la esperanza de vida por la caída de la mortalidad y a su vez, con los avances sanitarios, de higiene y salud pública y ventajas de regularización de los ingresos y mejoras en la alimentación, factores que seguirán patentes en los próximos años, por lo que es de esperar que este incremento continúe (Libro Blanco del Envejecimiento Activo).

A continuación, para que el lector pueda hacerse una idea de cómo va a ir evolucionando el envejecimiento de la población, se presenta una gráfica que representa esta evolución desde el año 1900 hasta el 2049.

⁴Informedisponible en www.who.int (United Nations. Population Division. World Population Ageing 1950-2050. 2002)



Fuente: 1900-2001 Cifras de población. Resúmenes provinciales de población según sexo y edad desde 1900 hasta 2001.
2020-2049: INE: INEBASE. Proyecciones de población a largo plazo. 2009-2049. Consulta en febrero de 2010.
2010: INE: INEBASE: Avance del Padrón a 1 de enero de 2010.

Hasta ahora hemos hecho referencia al envejecimiento de la población en general, pero ¿y las personas con algún tipo de discapacidad? Anteriormente hemos comentado que las personas con discapacidad envejecen al mismo ritmo que la población sin discapacidad, encontrándose sólo la variabilidad en la forma en que se vive este proceso.

No hay muchos estudios que muestren tendencias demográficas en este colectivo, ni siquiera aparece un acuerdo en la propia definición o límite de edad a partir del cual podríamos establecer el rango de edad a partir del cual podríamos hablar del proceso de envejecimiento de la persona con discapacidad, aunque según la mayoría de fuentes bibliográficas consultadas, el proceso de envejecimiento se manifiesta con más rapidez que entre la población general.

Si consultamos la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (INE, 1999), que han elaborado Jiménez y Huete (2003) en un

estudio para el Real Patronato sobre Discapacidad a partir del Padrón de Habitantes (INE, 2006) 28.819 (18%) personas con discapacidad tienen 45 y más años. Si consideramos pues la frecuencia de los 45 años como el inicio del proceso de envejecimiento. Llama un dato la atención y es que si realizamos una comparativa entre la población general y la población con discapacidad, resulta curioso comprobar que el porcentaje de personas consideradas como mayores resulta parecido al del conjunto de la población (17%).

A continuación presentamos dos gráficas, en una se muestra una estimación estadística del número de personas con discapacidad en 2016 y en otra la evolución prevista de datos en 2026⁵.

Aproximación al número de personas con discapacidad intelectual mayores de 6años en España (2006)

Nivel de retraso	6-16 años	17-24 años	25-44 años	45-64 años	65-79 años	80 y más años	TOTAL
Profundo y severo	3.479	5.764	20.835	5.245	1.101	197	36.891
Moderado y medio	7.497	12.577	37.205	12.587	1.651	592	72.179
Leve y límite	7.081	9.433	23.811	5.245	2.201	-	47.771
TOTAL	18.327	27.774	81.851	23.077	4.953	789	156.771

Fuente: Elaboración propia a partir de tasas (tantos por mil) de la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (Jiménez y Huete, 2003) y Padrón Municipal de habitantes de 2006.

Proyecciones del número de personas con discapacidad intelectual mayores de 6años en España (2026)

⁵Extraído del manual de FEAPS. Envejecimiento activo en PCD. Capítulo 2

Nivel de retraso	6-16 años	17-24 años	25-44 años	45-64 años	65-79 años	80 y más años	TOTAL
Profundo y severo	3.479	3.479	5.764	20.835	5.245	1.101	39.903
Moderado y medio	7.497	7.497	12.577	37.205	12.587	1.651	79.014
Leve y límite	7.081	7.081	9.433	23.811	5.245	2.201	54.852
TOTAL	18.057	18.057	27.774	81.851	23.077	4.953	173.769

Fuente: Elaboración propia a partir de tasas (tantos por mil) de la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (Jiménez y Huete, 2003) y Padrón Municipal de habitantes de 2006.

Siguiendo el manual de FEAPS sobre envejecimiento activo de la población con discapacidad podemos afirmar que el proceso de envejecimiento se iniciaría en torno a los 45-50 años, viéndose este proceso de envejecimiento condicionado por las situaciones acaecidas en la persona a lo largo del ciclo vital (atención temprana, adecuada atención sanitaria, proceso de institucionalización, etc.). Entre el grupo de personas que pudieran encontrarse en proceso de envejecimiento, la variabilidad en cuanto a sus manifestaciones es la característica predominante, siendo ésta más elevada cuanto mayor sea la edad de estas personas. Además los problemas de salud derivados del proceso de envejecimiento (aumento de patologías, excesivo consumo de fármacos, etc.) suelen verse incrementados en este colectivo, agravándose además por las dificultades de evaluación de las diferentes problemáticas y la inexistencia de instrumentos y protocolos que dificultan el diagnóstico.

1.1.4 PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Esta propuesta de intervención va enfocada a que los profesionales entiendan el concepto de envejecimiento activo, así como sus implicaciones y las repercusiones que tiene éste en la calidad de vida.

Pretendemos, partir de la situación actual de los diferentes centros que colaboramos en este programa, para que, a partir de la formación dada a los participantes y de los materiales incluidos en la guía de intervención se lleven a cabo programas novedosos que apoyen a las personas con discapacidad, promoviendo un empecimiento activo de la misma y planes de actuación individuales que se adapten a este proceso.

La principal línea de actuación que desde esta guía se propone, es un cambio en las estrategias de intervención: los centros se transforman en un recurso que ofrecen soluciones eficaces a los nuevos retos planteados, garantizando que las acciones de prevención de la dependencia y promoción del envejecimiento activo tengan una adecuada implantación en el centro.

OBJETIVOS

El **objetivo general** es conceptualizar el término de envejecimiento activo, promoviendo una visión optimista del envejecimiento que ayude a derribar viejos mitos.

Este objetivo se traduce en otros más **específicos**:

- Presentar el tema y plantear una breve reflexión acerca del concepto de envejecimiento en personas con discapacidad.
- Análisis, conceptualización y profundización del concepto de envejecimiento activo.
- Reflexión acerca de cómo ha evolucionado el concepto de vejez a lo largo de los años y en el trabajo con las PCD.

METODOLOGÍA

Antes de realizar cada una de las dinámicas propuestas en los talleres, el docente dará una breve información de forma que introduzca el tema a trabajar. También, el docente, dispone de material para trabajar con el alumnado que propician la reflexión del tema objeto de interés, estos quedan recogidos en los anexos que acompañan a la actividad.

Para la consecución de los objetivos expuestos con anterioridad se propone la realización de dos dinámicas: “el tablón de anuncios” y “cómo hemos cambiado”.

Con la primera dinámica, “el tablón de anuncios”, se parte de los conocimientos de los que ya posee el alumnado para, a partir de los conceptos dados por los participantes, ir formando una definición del término de envejecimiento activo. El docente, si es necesario, motivará al alumnado para conseguir una amplia participación en la actividad y una evolución positiva en las respuestas dadas por los mismos.

Con la segunda dinámica se pretende que los participantes reflexionen acerca de la concepción personal, tanto positiva como negativa, que tienen acerca del proceso de envejecimiento, así como aportar una breve reseña histórica de la evolución del concepto a lo largo de los años.

Se propone una duración aproximada de 1 hora para las dos actividades, unos 30 minutos para cada una, pero esta estimación horaria es aproximada, ya que dependerá del grado de participación del alumnado que asista y del nivel de acuerdo en la puesta en común de la actividad.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:

Dinámica: “*Tablón de anuncios*”

Trabajo en pequeños grupos: Se divide a los participantes en dos grupos a los que se entrega una cartulina de diferente color junto con unos post-it. A continuación a los miembros de un grupo se les pide que reflexionen acerca del término “envejecimiento” y al otro “activo” y escriban en un post-it distinto todas las palabras que les sugiera el concepto y las vayan pegando en la cartulina.

Trabajo en gran grupo: Se hará una puesta en común de todas las palabras que los participantes hayan escrito en los post-it relacionadas con los conceptos, para ello el docente preguntará a los participantes el significado que las palabras que han escrito en los post-it tienen para ellos. Posteriormente, se elaborará una definición del término envejecimiento activo.

Dinámica: *“Cómo hemos cambiado”*

Trabajo en gran grupo: A partir del visionado del documental Misterios del Envejecimiento: la vejez en la historia, se abrirá un debate acerca de cómo ha evolucionado el concepto de vejez a lo largo de los años y cómo ha evolucionado el concepto culturalmente, para indagar en el tema, el docente también lanzará una serie de preguntas a los participantes⁶.

TEMPORALIZACIÓN:

1 hora (30 min por actividad)

MATERIALES Y RECURSOS:

Para la actividad “tablón de anuncios”: Papelógrafo, post-it de colores, dos cartulinas con formato A3 de distinto color y material de apoyo docente (anexo 1a).

⁶ Si el docente lo considera oportuno durante el debate se recomienda también visionar el cortometraje animado “Cambio de pilas” <https://www.youtube.com/watch?v=fSHLAW9L50E>

Para la actividad “Cómo hemos cambiado”: Ordenador con proyector, documental (<https://www.youtube.com/watch?v=zC6OswcVc8Q>) y material de apoyo docente.

EVALUACIÓN:

Inicial: El docente indagará en los conocimientos del alumnado realizando la siguiente pregunta ¿Qué es el envejecimiento activo?

Final: Elaboración de la definición de envejecimiento activo y evolución de las respuestas a lo largo del debate.

RECOMENDACIONES

Se recomienda que a la hora de formar los grupos de trabajo en las dinámicas, éste se encuentre formado por profesionales de distintos servicios y de distinta categoría profesional, ya que así todos se pueden beneficiar de los conocimientos específicos que aporta el puesto de trabajo.

También, el docente antes de iniciar cualquier actividad debe dejar claro que a la hora de realizar las dinámicas no hay respuestas correctas e incorrectas y que cualquier aportación será bien recibida por el grupo.

1.2 PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

Envejecer es un fenómeno inevitable y un proceso natural en cualquiera, pero distinto según las personas y su situación. El ser humano alcanza la edad vital entre los veinte y los cincuenta años, a partir de ahí comienza un declive un proceso de cambio progresivo y acumulativo que ocurre a lo largo de nuestras vidas, y se encuentra relacionada con numerosos factores (enfermedades, estilo de vida, medio ambiente, etc.).

Generalmente, una definición aceptada del envejecimiento es el *“proceso biológico por el que los seres vivos se hacen viejos, que comporta una serie de cambios estructurales y funcionales que aparecen con el paso del tiempo y no son consecuencia de enfermedades ni accidentes”*. Son procesos entrelazados que se producen a distintos niveles (biológico, psicológico y social) dentro de las estructuras del organismo y de la personalidad. Con esto queremos dejar claro que cada individuo tiene su forma particular de envejecer a través de un proceso que tiene características personales y sociales diferentes. Esta situación se produce con independencia de que una persona llegue o no, a los 65 años, con una determinada discapacidad. Ya no podemos asociar la vejez en Discapacidad a una edad específica (estado), sino que habrá que determinarla de acuerdo a la realidad (proceso) de cada caso específico.

Sin embargo, también es cierto que las diferentes discapacidades presentan, en muchas ocasiones, rasgos propios que configuran, para un grupo, determinados rasgos en el proceso de envejecimiento (CERMI, 2012). Además, no nos podemos olvidar que existen algunos problemas de salud que suelen ir asociados a determinados síndromes o ser una consecuencia más de la lesión cerebral que originó la discapacidad intelectual.

En este apartado haremos un repaso por los cambios que experimentan las personas con discapacidad a lo largo de esta etapa, los mitos relacionados con este proceso y el papel que tiene la persona mayor en la familia y en la sociedad para terminar dando unas nociones básicas acerca de las características facilitadoras de un buen envejecimiento.

1.2.1 CAMBIOS SIGNIFICATIVOS EN PCD EN PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

Es sabido que los individuos con Discapacidad Intelectual presentan un mayor repertorio de problemas físicos, además de aquellos asociados al envejecimiento, debido a cuestiones genéticas subyacentes, daños cerebrales de diversa etiología y al estilo de vida ya citado y basado en desventajas. Estas situaciones resultan por lo general en problemas de salud como pueden ser una peor movilidad, problemas nutricionales, de higiene y un bajo control sobre enfermedades de tipo crónico⁷.

Siguiendo la opinión de los expertos, las tres principales causas del mayor número de problemas de salud de las personas con discapacidad en proceso de envejecimiento son:

1. Etiología de la discapacidad intelectual 80%.
2. Menor valoración del riesgo 60%.
3. Efectos secundarios de la medicación 60%.

Los cambios observados durante el proceso de envejecimiento son los siguientes:

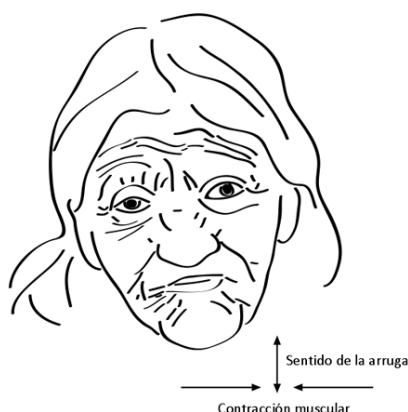
Cambios físicos

Los cambios que trataremos a continuación son los más habituales, como suelen ser los que afectan a la piel, al sistema musculoesquelético y a los órganos de los sentidos. Aunque hay que

⁷ INFAD Revista de Psicología, Nº 2, 2007. ISSN: 0214-9877. pp: 43-56

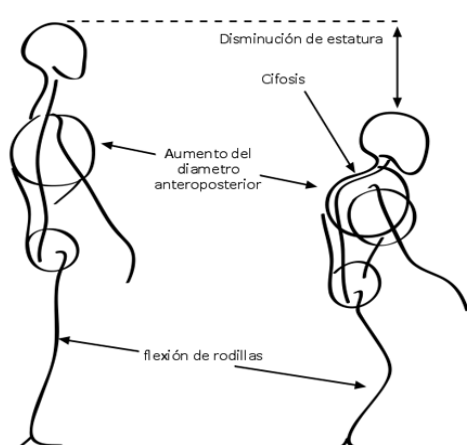
destacar que todos los sistemas y órganos sufren cambios (el sistema nervioso, el cardiorespiratorio, el digestivo, etc.)⁸.

Cambios en la piel. Se da de forma general una pérdida de elasticidad y una pérdida de agua intracelular. A esto se le puede sumar un adelgazamiento de la piel, una disminución en la producción de ácido hialurónico que, una menor vascularización y una dificultad en la producción de colágeno. Estos cambios fisiológicos originan alteraciones morfológicas como la aparición de arrugas, la flacidez y la sequedad así como cambios funcionales cuando la piel cumple pero su función barrera.



Existe también cambios en las uñas que se vuelven en las manos más quebradizas y sin embargo más gruesas en los pies. También hay cambios en el pelo con pérdida de melanina y aparición por tanto de canas, así como mayor caída en algunas personas o un pelo más quebradizo.

Sistema musculoesquelético. Se produce una descalcificación y un adelgazamiento, pudiendo aumentar el riesgo de fracturas especialmente en las zonas del hueso próximas a la articulación. En la



columna vertebral esto es más llamativo con un adelgazamiento de las vértebras así como de los discos intervertebrales (por pérdida de agua y otros cambios) dando lugar a cambios en la estructura corporal (disminución de la altura, etc).

⁸ <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/enfermeria-en-el-envejecimiento/materiales/unidad-2/tema-2.-cambios-fisicos-asociados-al-proceso-de>

La masa muscular también disminuye pudiendo aparecer una pérdida fuerza en parte también por cambios en el sistema nervioso (adelgazamiento de nervios, pérdida de funcionalidad en la transmisión, etc.).

Algo muy significativo son los cambios en toda la zona del tronco, incluida la espalda, que son fruto de todos esos cambios musculoesqueléticos, y que dan lugar a cambios en el centro gravitatorio de la persona, que se desplaza hacia delante, dando lugar a otros cambios (separación entre los pies para mantener el equilibrio, dificultades en la marcha, etc.).

Esto supone cambios en la marcha, como por ejemplo:

- 1.** Disminución de la longitud de paso y aumento del ancho de apoyo.
- 2.** Reducción de la cadencia: reducción en la velocidad para conseguir mejorar la seguridad
- 3.** Incremento en la fase de apoyo bipodal: es decir, el tiempo con los dos pies en contacto simultáneo con el suelo aumenta para ganar estabilidad (de un 25% a un 31% aprox.)

Esto provoca inestabilidad en la deambulación y en el equilibrio, lo que puede dar lugar a caídas con el consecuente riesgo de traumatismos, fracturas y síndromes poscaída.

También experimentan la tendencia al sedentarismo y, consecuentemente, al aumento de peso.

Las alteraciones del aparato locomotor implican problemas en el tono muscular, ortopédicos y osteoarticulares (artritis, artrosis, osteoporosis,...) que, a su vez, pueden agravar otros trastornos físicos

que aparecen con frecuencia en personas mayores, tales como el estreñimiento, el reflujo gastrointestinal, el deterioro de la función pulmonar, enfermedades coronarias, incontinencia y úlceras de decúbito.

Cambios en los órganos de los sentidos. Con la edad, la mayor parte de las personas ven alterada sus capacidades sensoriales, especialmente la de la visión (cataratas, presbicia,...) y la audición (disminución de la sensibilidad auditiva tonal, pérdida de audición...).

Cambios en el sistema cardiovascular. Los cambios anatómicos cardíacos más destacados serían: Hipertrofia miocárdica. Áreas de fibrosis y aumento del contenido de colágeno en el endocardio. Reducción del número de fibras miocárdicas e hipertrofia de las residuales. Engrosamiento y rigidez de las válvulas cardíacas.

Y a nivel vascular: Las paredes arteriales se hacen más rígidas. Incremento de la relación colágeno/elastina de aorta y grandes vasos. Disminución de la elasticidad de las fibras colágenas.

Enfermedades metabólicas. Con la edad, aumenta la prevalencia de problemas de tiroides, obesidad y diabetes, que implican una especial atención del área de alimentación.

Enfermedades neurológicas. Las enfermedades neurológicas son trastornos del cerebro, la médula espinal y los nervios de todo el cuerpo. En conjunto, esos órganos controlan todas las funciones del cuerpo. Entre las más frecuentes, especialmente en el caso de personas con discapacidad intelectual, cabe destacar:

- Trastornos convulsivos, tales como la epilepsia.
- Enfermedades neurodegenerativas como el Parkinson o el Alzheimer.

- Deterioro de las capacidades cognitivas por diferentes tipos de demencia

Cambios cognitivos⁹

Procesado de la información. Existe un enlentecimiento en general que puede ocasionar un enlentecimiento también en la emisión de respuestas. Hay una serie de factores que pueden afectar negativa al procesamiento de la información: estados de ánimo negativos, ansiedad, preocupación ante las pérdidas que se detectan lo que incrementa la ansiedad.

Inteligencia. Se mantiene estable durante la etapa de la vejez aunque suele aparecer un enlentecimiento y un aumento del tiempo de respuesta frente a un problema. Este enlentecimiento puede manifestarse como fatiga intelectual, pérdida de interés, dificultades en la concentración. No obstante los cambios significativos en la inteligencia se apreciarían a partir de los 70 años. Existen dos tipos de inteligencia: la fluida y la cristalizada.

- *Inteligencia cristalizada.* Esta no se modifica con el paso de los años. Está relacionada con los conocimientos adquiridos previamente.
- *Inteligencia fluida.* Se ocupa de procesar la nueva información y adquirir nuevos conocimientos. Puede verse disminuida sobre todo en tareas que impliquen concentración, rapidez, atención y pensamiento inductivo

Memoria. La memoria inmediata se mantiene relativamente bien preservada. La memoria a largo plazo se mantiene conservada. Es la memoria reciente la que empieza mostrar déficits, con dificultad de la persona para recordar hechos muy recientes. Estos pequeños olvidos

⁹ Extraído de: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/enfermeria-en-el-envejecimiento/materiales/unidad-2/tema-3.-cambios-psicologicos-sociales-y-familiares>

cotidianos suelen ser el signo más característico de los cambios psíquicos en el mayor.

Lenguaje. La capacidad de lenguaje se mantiene. La forma (sintaxis) no se altera y el proceso comunicativo se mantiene razonablemente bien, aunque puede estar enlentecido.

Afectividad emocional. La vejez está marcada por las pérdidas (familiares, laborales, sociales, físicas, etc). La afectividad depende de la personalidad del propio individuo y de su capacidad para enfrentarse a los cambios y pérdidas.

Cambios psicológicos

Trastornos psíquicos: pérdidas de memoria asociadas a la edad, demencias, psicosis, delirios, paranoias, ritos neuróticos.

Trastornos emocionales: soledad, depresión, somnolencia, irritabilidad, labilidad emocional, inseguridad y angustia.

Trastornos en el comportamiento: apatía, menor motivación, aburrimiento y desinterés.

Por lo general, la mayoría de los estudios encuentran que los trastornos del comportamiento son los más frecuentes en las personas con Discapacidad Intelectual a lo largo de todas las etapas del ciclo vital. No obstante los trastornos del estado de ánimo y de Ansiedad también aparecen frecuentemente¹⁰.

Los trastornos del comportamiento son normalmente patrones desadaptados de conducta que interfieren en la actividad diaria del individuo y le limitan a la hora de responder a los cambios y a las demandas ambientales. El área mayormente implicada sería la Dimensión II “Conducta adaptativa” (habilidades conceptuales, sociales y prácticas) de la última definición de la AAMR entiende por

¹⁰ INFAD Revista de Psicología, Nº 2, 2007. ISSN: 0214-9877. pp: 43-56

ésta “el conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas aprendidas por las personas para funcionar en su vida diaria” (Luckasson y cols. 2.002)

Cambios sociológicos

Los cambios sociológicos afectan a toda el área social de la persona: su entorno cercano, su familia, su comunidad y la sociedad en general. Hay cambios en el rol individual como individuo y como integrante y de una familia, y hay cambios en el rol social (laborales y dentro de una comunidad).

1) Cambios en el rol individual. Dependerá de la capacidad y de la personalidad del individuo para afrontar los cambios de rol que le tocará vivir (como abuelo/a, al perder a su pareja, al tener que abandonar su hogar, etc). Por otro lado con el avance de los años surgen problemas de fragilidad, dependencia y enfermedad que condicionan a la familia y al mayor en el cambio de roles de cuidado.

2) Cambios en el rol social. La jubilación que veremos más adelante es un cambio importante por todas las repercusiones que tiene. Por otro lado las redes sociales y las relaciones pueden verse mermadas, aumenta la distancia intergeneracional. En este caso también aparecen los prejuicios y mitos relacionados con la vejez que cada sociedad pudiera tener.

1.2.2 MITOS RELACIONADOS CON LAS PERSONAS MAYORES

Los mitos que se asocian a la vejez fueron detallados por algunos autores en la década de los cincuenta, cuando no había acceso a la prevención y promoción de la salud. Sin embargo, los avances en medicina y el fomento de un envejecimiento saludable y participativo han contribuido a vencer el miedo a envejecer.

A continuación se presentan los mitos y estereotipos más comunes asociados a la vejez:

- ✓ Envejecimiento cronológico lejos de la juventud. Parece que el llegar a cierta edad está condicionado a la enfermedad, las dolencias y el principio de la dependencia. La vejez no supone enfermedad, aunque es verdad que en ocasiones este proceso conlleva enfermedades asociadas. El estado de salud de una persona está marcado por sus hábitos, estilo de vida, genética, condiciones sociales y emocionales...
- ✓ Demasiados viejos para aprender (senilidad). Es común el pensamiento de que todas las personas mayores con el tiempo pierden capacidades mentales y sensoriales, pero no es cierto que todas las personas a partir de una determinada edad tengan esos déficits. Las personas mayores tienen capacidad de aprender a lo largo de toda su vida.
- ✓ Mal carácter y resentimiento. A las personas mayores se les puede denominar "cascarrabias", refiriéndose a éstas como que son introvertidas y en ocasiones presentan mal carácter. No es cierto que ello sea una característica asociada a la edad, hay personas que son así a lo largo de su vida y con el

paso de los años, esos mismos rasgos de personalidad se mantienen y refuerzan.

- ✓ Retorno a la infancia. Con el paso de los años disminuyen algunas capacidades físicas, pero ello no quiere decir que no puedan mantener una vida autónoma. La excepción es cuando aparece una enfermedad que les origina algún tipo de dependencia.
- ✓ Improductividad. El dejar de trabajar no significa que una persona sea improductiva, esta manera de pensar acerca de las personas mayores incentiva el aislamiento laboral y social, afectando directamente a su calidad de vida. Debemos potenciar la realización actividades que sean de su interés y que hagan sentirse útiles, como el voluntariado de mayores.
- ✓ Aislamiento social. En ocasiones se da en la vejez por otras causas que dependen de sus historias de vida, las situaciones y condiciones específicas de cada momento y cómo se manejan en ellas.
- ✓ Viejo verde unido a la pérdida de sexualidad. La sexualidad es una condición que permanece toda la vida. Es cierto que puede disminuir su actividad pero se siguen experimentando deseos y ejercitando su función genital.

Parece inevitable que la vejez se asocie a ciertas connotaciones negativas, que siempre han existido, como las enfermedades y la dependencia, más aún si consideramos que nuestra sociedad forma parte de una cultura donde se valora en exceso la juventud y la apariencia. Sin embargo, estos estereotipos se han ido derribando paulatinamente gracias a una mayor visibilización de la vejez en los medios, a los avances en materia de participación ciudadana y a una mayor toma de conciencia de los individuos de la necesidad de hacerse cargo de su propia vejez, asumiéndola desde la perspectiva de envejecimiento activo y positivo.

1.2.3 POSIBILIDADES Y LIMITACIONES DE LA EDAD

La edad implica el paso de tiempo físico y cuenta con una medida objetiva. De este modo, podemos decir que las personas mayores son un grupo de edad y el envejecimiento es el proceso a través del cual se envejece, o en otras palabras, implica el paso del tiempo por el individuo (Libro Blanco del Envejecimiento Activo).

Por lo tanto, al hablar del envejecimiento... ¿de qué premisa partimos? Parafraseando a la experta gerontóloga Ana M^a Camarón Alonso, todo depende de las gafas con las que lo miremos. *¿El envejecimiento supone un problema o una oportunidad? ¿La vejez es entendida como un problema que supone un proceso de deterioro físico, psíquico y social inexorable o una oportunidad de crecimiento y realización personal en el que puedo expresar todo mi potencial de bienestar físico, psíquico y emocional así como participar de la sociedad de acuerdo con mis deseos, necesidades y capacidades?* En función de mi perspectiva ante estas preguntas, así viviré mi proceso de envejecimiento y el de los demás.

El envejecimiento no es un mero declive, sino que supone tanto pérdidas como ganancias, es decir, existe efectivamente un declive, pero también posibilidad de desarrollo y mejora de habilidades. Se trata de desarrollar estrategias de afrontamiento para encarar esos “declives” o procesos de deterioro normales del envejecimiento a nivel físico y cognitivo, de tal manera que la persona sea capaz de fijar sus objetivos vitales, valore sus capacidades y busque cómo llegar a sus metas a pesar de las limitaciones y las mermas que pueda sufrir.¹¹

¹¹ <http://www.zuentzat.net/>

Siguiendo este planteamiento, en el siguiente esquema se resume algunas limitaciones y posibilidades que a nuestro parecer se surgen con el proceso de envejecimiento:

LIMITACIONES



- Declive biológico. Organismo vivo que ha alcanzado su máximo desarrollo biológico.
- Conciencia de la proximidad de la muerte. duelo de personas cercanas
- Disminución de la autonomía.
- Menor conciencia o desconocimiento de sus derechos

POSIBILIDADES



- Una etapa más de la vida. La esperanza de vida se sitúa en torno a los 80 años, si tomamos como referencia la edad de los 65 años...15 años de "buena vejez"
- 25% influencia de factores genéticos y 75% son condicionantes sociocomportamentales
- Nuevas oportunidades
- Creación de nuevos vínculos. Ampliar red social

Los condicionantes que van a influir en estas posibilidades y limitaciones se resumen en el siguiente tabla.

CONDICIONANTES

Comportamientos de la sociedad

1. Exclusión y marginación
2. Se vive más años pero no mejor
3. Los mayores y la política social
4. Manipulados por la información

Condicionantes personales

1. Patrones de maduración y cultura
2. Variaciones de personalidad
3. Desarraigo
4. Falta de cultura en la sociedad
5. Problemas comunicativos
6. Existencia de trastornos mentales

1.2.4 PAPEL DE LA PERSONA MAYOR

En apartados anteriores hemos explicado el proceso de envejecimiento y las características de mismo, por lo que ahora profundizaremos en el papel que éste desempeña en la familia y en la sociedad.

El mayor en la sociedad

Numerosos estudios señalan los beneficios que tiene la participación activa en la sociedad del mayor, estos explicitan que ante la decisión de dedicar horas de su tiempo libre a aquellas actividades sociales que les causan placer, la mayoría de mayores preguntados manifiesta que autopercibe “vivir mejor” esta etapa de la vida en la que transcurren.

El autopercibir positivamente su estado actual tiene que mucho que ver con poder ocupar en gran medida los espacios de ocio que durante la vejez adquieren gran relevancia y quedan de manifiesto en expresiones tales como “estar ocupado”, “no tener nada que hacer”, que traen aparejados sentimientos de bienestar tanto físico como psíquico. La permanente actividad en tareas libremente elegidas y dirigidas a su propio bienestar junto al placer de disfrutar del tiempo libre en labores de aprendizaje, creación, recreación, solidaridad... les permiten, por un lado, redefinir su lugar social, no a partir de un mero entretenimiento para matar el tiempo sino desde un lugar responsable y comprometido que les da acceso a tener proyectos, tener futuro (Maina, 2004).

Esta percepción también ayuda a cambiar la idea de vejez, por un lado, se demuestra que los mayores aportan mucho a la sociedad en la que vivimos, distintos proyectos dan cuenta de ello, actividades sociales voluntariado, etc. y su experiencia anterior aporta elementos valiosos a la sociedad en la que viven. Además, si se integran en la comunidad la dependencia y la enfermedad, tardaran más en llegar.

BENEFICIOS DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL

- Genera sentimientos de autoestima
- Estimula la iniciativa
- Posibilidad de participar en actividades nuevas- Permite compartir experiencias con gente de su misma edad
- Pone en contacto con individuos del sexo opuesto no familiares
- Participación en múltiples actividades de recreación

Relaciones familiares y abandono del domicilio

Uno de los aspectos más relevantes relacionados con el proceso del envejecimiento de la persona con discapacidad, es el papel que representa dentro de la familia o de la institución, referidos a la cohabitación. En una residencia de adultos o en una unidad de día es normal que cohabiten personas de diferente edad y es un foco de preocupación para las familias, especialmente para los padres, saber cuál será el futuro de sus hijos a medida que éstos se hacen mayores.

Del mismo modo, este tema preocupa mucho a los hermanos que se plantean la tutela de estas personas, ya que, o bien como indicábamos más arriba, sus padres son muy mayores o incluso han fallecido. Resulta curioso que ante la opción de institucionalizar a sus hermanos y recluirllos en un centro residencial, tal y como preferentemente señalaban los padres, los hermanos opten en este momento por otro tipo de recursos futuros de convivencia para ellos, aún a pesar de que esta solución puede condicionar su vida en el futuro. Este tema importa a los técnicos y a las propias personas con discapacidad que sugieren un futuro de convivencia para estas personas, a través de un proceso de integración en la comunidad, muy alejado del ambiente residencial (FEAPS Andalucía).

A continuación, se muestran los resultados de un estudio llevado a cabo por FEAPS Valencia sobre los aspectos positivos y negativos de convivir en un centro residencial o en una residencia:

Centro residencial		Familia	
Aspectos positivos	Aspectos negativos	Aspectos positivos	Aspectos negativos
Mayores cuidados físicos	Menor libertad	Mayor normalización y afecto	Menos cuidados en atención sanitaria
Nuevas relaciones	Reducción de espacios personales	Mayor número de relaciones	Mayor soledad
Mayor actividad	Pérdida de identidad	Mayor seguridad y atención personalizada	Sensación de “ser una carga”
Convivir con iguales	Menor seguridad	Mayor libertad y contactos intergeneracionales	Inactividad
Mayor autonomía	Disminución de relaciones personales del entorno familiar	Mayor respeto al ritmo propio	Menor control médico
Mantenimiento de la socialización	Despersonalización y convivencia forzada	Mayor conservación de la propia identidad	Mayor cantidad de pérdidas

Fuente: Adaptado de FEAPS Com. Valenciana (2005), “Guía de orientación familiar sobre el proceso de envejecimiento de las personas con discapacidad intelectual”. Valencia.

Antes de tomar esta decisión hemos de tener claro que la persona con discapacidad SIEMPRE debe ser el protagonista de su propia vida y cualquier decisión que se lleve a cabo tiene que ser con su consentimiento. Es esencial que las personas desarrollen sus preferencias, actúen de acuerdo a sus intereses personales y demuestren su autodeterminación.

Relación de ayuda

En general, las necesidades de las personas mayores con discapacidad no son substancialmente diferentes de las “otras” personas mayores y éstas incluyen un aceptable entorno de vida, libertad para elegir actividades y amigos, bienestar social y psicológico e independencia física a través de buena salud (Fernández, 2007). En un estudio llevado

a cabo por Aguado y Alcedo en el año 2004 se presentaron las necesidades percibidas, especialmente relacionadas con la calidad de vida, por la población con discapacidad mayor de 45 años del Principado de Asturias. Entre ellas destacaban las siguientes:

ÁREAS	NECESIDADES
Estado de salud personal	• Estado de salud general • Limitaciones funcionales personales • Situaciones de dependencia • Cuidados personales diarios • Ayuda a domicilio
Futuro	• Dónde y con quién vivir en el futuro • Vivir con calidad • Garantías de futuro
Pensiones/Subvenciones	• Pensiones. Subida de pensiones • Subvenciones • Incremento de subvenciones • Incremento de recursos de las asociaciones
Ocio y tiempo libre	• Servicios de apoyo al ocio y tiempo libre • Instalaciones sociales • Calidad de la asistencia social en el ámbito del ocio
Barreras	• Barreras arquitectónicas y supresión de las mismas • Facilidad de transporte • Barreras sociales. Aceptación por parte de la sociedad • Promoción de viviendas adaptadas • Servicios residenciales y de alojamiento
Otras	• Coordinación entre las distintas administraciones • Apoyo de los Ayuntamientos • Garantías y protección jurídicas • Mejoría en los sistemas de información

Fuente: Datos extraídos del estudio de Aguado Díaz, A.L. (Ed.) (2007): *Necesidades de las personas con discapacidad intelectual en proceso de envejecimiento*. Bilbao: Diputación Foral de Bizkaia.

Tras la desaparición de la familia extensa tradicional, la familia extensa modificada y los profesionales son el principal apoyo para la persona con discapacidad, donde vuelca éstas preocupaciones, siendo fundamental la comunicación entre el profesional, la familia y la persona con discapacidad.

En este apartado no nos vamos a centrar cómo tiene que ser la comunicación, ya que éste aspecto se trabajará más adelante, presentaremos un material que consideramos muy interesante en el trabajo de comunicación con la persona mayor: Cuestionario de observación de la actividad comunicativa de las personas mayores: Yo Te Cuento¹²

Este documento recoge las cuestiones que fueron planteadas a los profesionales/familiares que trabajan/atienden a personas mayores con o sin discapacidad durante la primera Fase del Proyecto “Yo te cuento, cuenta conmigo”, promovido por el CEAPAT- IMSERSO, dentro del año del Envejecimiento Activo y la Solidaridad Intergeneracional coordinado por el IMSERSO, (2012). Estas cuestiones buscan ser un instrumento que facilite la caracterización de la situación comunicativa en la que se desenvuelve la persona mayor, y la detección de problemas en esta actividad. Es un material de reflexión para el análisis de la interacción comunicativa que la persona lleva a cabo.

¹²En el siguiente enlace se puede acceder al documento:
<http://www.ceapat.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/cuestionariocomunicar.pdf>

1.2.5 CARACTERÍSTICAS FACILITADORAS DE UN BUEN ENVEJECIMIENTO

El buen madurar consiste en envejecer mejor, luchar por mantener un lugar bajo el sol y mantenerse activo. Las características facilitadoras de un buen envejecimiento son:

1. Poder decidir sobre el propio cuerpo y la propia vida
2. Liberarse de los condicionantes laborales
3. Adaptación a las nuevas condiciones biológicas y sociales
4. Tener vínculos de intimidad, afecto y cariño
5. Tener un proyecto de vida
6. Buscar nuevas metas, nuevos motivos de satisfacción y orgullo
7. Permanecer activo y buscar nuevas actividades
8. Promover la integración social del individuo
9. Estar formado y aprender cosas nuevas
10. Participación activa en la sociedad

El envejecimiento se frena:

- a) Permaneciendo activo y haciendo actividades
- b) Estando informado y en formación permanente
- c) Promoviendo la convivencia y la integración social
- d) Participante activa, crítica y creativamente

1.2.6 PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

La intervención que se propone van encaminadas a incorporar la mayor información posible a partir de la literatura geriátrica existente con el fin de conocer todo lo posible el proceso de envejecimiento y que el profesional adquiriera herramientas que le permitan afrontar este proceso con el mayor éxito posible.

Consideramos que el éxito del profesional en su trabajo diario con las personas mayores radica en saber reconocer los primeros signos de este proceso teniendo en cuenta los cambios cognitivos, físicos, motores, sociales y emocionales, en la persona con discapacidad, así como conocer los instrumentos de evaluación integral y los programas de intervención existentes en la actualidad.

OBJETIVOS

El objetivo general es dotar al profesional de los conocimientos que le permitan reconocer los primeros indicios del proceso de envejecimiento, a la vez que adquiere las habilidades y estrategias necesarias que le ayuden a responder ante estos cambios.

Este objetivo se desglosa en otros más específicos:

- Conocer las características de las personas mayores
- Analizar el proceso de envejecimiento teniendo en cuenta los cambios cognitivos, físicos, motores, sociales y emocionales.
- Reflexionar sobre los mitos y estereotipos de la vejez
- Identificar las características facilitadoras de una buena vejez
- Conocer las herramientas de valoración de la persona mayor.
- Proporcionar los conocimientos, aptitudes, destrezas y habilidades necesarias para intervenir en el envejecimiento y la dependencia

METODOLOGÍA

Para el cumplimiento de objetivos y la adquisición de conocimientos se propone la realización de dos actividades.

A través de la primera actividad, denominada *“Posibilidades y limitaciones de la edad”*, se pretende que los profesionales piensen en la realidad de su centro, en las personas usuarias con las que tratan cada día y que definan a su parecer las cosas positivas (posibilidades) que representa el proceso de envejecimiento y las negativas (limitaciones). El docente deberá ir encaminando las respuestas del alumnado de manera que haya más posibilidades que limitaciones y en este último caso que propongan maneras de solventarlas.

En la segunda actividad, *“Desterrando viejos mitos”*, se trata de que los asistentes a partir de la información aprendida con las actividades anteriores aporten información del porqué ese mito o estereotipo acerca del proceso de envejecimiento es falso.

Para la realización de las dos actividades, el docente dispone con un anexo de información con los conocimientos mínimos que deben adquirir el alumnado.

La duración de la actividad será 20 min para la primera y 40 para la segunda, aunque depende de la participación del alumnado en cada una de ellas.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:

Dinámica: *“Posibilidades y limitaciones de la edad”*

Trabajo en pequeños grupos: El docente divide a los participantes en dos grupos a los que reparte varias tarjetas de dos colores (verde y roja). En las tarjetas verdes se les pide que escriban las posibilidades que presentan las personas con discapacidad inmersas en el proceso de envejecimiento y en las rojas las limitaciones que se encuentran o que presentan.

Trabajo en gran grupo: Se hará una puesta en común de la actividad, donde el docente les pedirá a los participantes que clasifiquen las posibilidades o limitaciones según sean cambios biológicos, psicológicos o sociales y se irán anotando en un papelógrafo o pizarra digital.

Dinámica: “Desterrando viejos mitos”

Trabajo en gran grupo: El docente presentará a los participantes una serie de mitos acerca del proceso de envejecimiento y pedirá a los participantes que pongan ejemplos con personas usuarias de la organización que contradigan estos estereotipos. Posteriormente, entre el docente y el alumnado, elaborarán un decálogo para una buena vejez.

TEMPORALIZACIÓN:

20 min para la dinámica posibilidades y limitaciones de la edad y 40 min para la dinámica desterrando viejos mitos.

MATERIALES Y RECURSOS:

Dinámica: “*Posibilidades y limitaciones de la edad*”: papelógrafo o pizarra digital, cuartillas de color verde y rojo, folios, bolígrafos y material de apoyo docente (anexo 1)

Dinámica: “Desterrando viejos mitos”: Ordenador con proyector, folio formato a3 para la escritura del decálogo para una buena vejez y material de apoyo docente (anexo 3).

EVALUACIÓN:

Inicial: El docente lanzará la siguiente pregunta al alumnado: ¿Qué características presentan las personas que se encuentran inmersas en el proceso de envejecimiento?

Final: Elaboración del decálogo de la buena vejez.

RECOMENDACIÓN

Además de seguir las recomendaciones referidas en el apartado anterior, se propone que el docente recoja en un documento todas las aportaciones realizadas por los asistentes, con el fin de que este material sea posteriormente difundido entre ellos y se queden como documentación del curso.

Taller Profesionales 2. Calidad de vida en las personas con discapacidad en proceso de envejecimiento: dimensiones e indicadores

INTRODUCCIÓN:

El proceso de envejecimiento conlleva el aumento de la vulnerabilidad física, psicológica y social de las personas existiendo un mayor riesgo de llegar a situación de dependencia así como de pérdidas de apoyo social y mayor riesgo de exclusión.

Afortunadamente, el proceso de envejecimiento no es lineal e inmutable, sino que el funcionamiento humano presenta una gran plasticidad a nivel biológico, cognitivo, emocional y social por lo que podremos implementar actuaciones tendentes a mejorar la esperanza de vida saludable en las personas mayores aumentando por tanto la calidad de vida y previniendo la aparición de déficit asociados a la edad.

Por ello, es necesario el desarrollo de actuaciones tendentes a la consecución objetivos en cada una de las diferentes áreas de calidad de vida para garantizar un correcto funcionamiento cognitivo y físico y la participación e integración social.

A continuación, se muestra una tabla donde aparecen las 8 dimensiones de calidad de vida propuestas por Schalock y Verdugo y algunos indicadores de calidad de vida por dimensión.

DIMENSIONES		INDICADORES
1. Bienestar Físico	Promoción de la autonomía y fomento del autocuidado, promocionar la realización de actividad física entre los mayores al objeto de frenar los deterioros físicos asociados a la edad y prevenir problemas de movilidad.	- Descansar lo necesario. - Llevar ropa limpia. - Tener buenos hábitos de higiene. - Realizar deporte y actividades de ocio. - Tomar la medicación indicada. - Ser consciente de cuando no se encuentra bien y comunicarlo a otras personas. - Disponibilidad de una atención sanitaria adecuada. - Realización de reconocimientos médicos. - Cuidado del peso corporal.

2. Bienestar Material		- Disponibilidad de dinero para lo que necesita. - Ahorrar para situaciones especiales. - Hogar y trabajo no peligrosos. - Disponibilidad de acceso a la información que le interesa. - Disponibilidad de acceso a las nuevas tecnologías. - Disponibilidad de lo necesario para desarrollar sus aficiones. - Disponibilidad de lo necesario para vivir. - Disponibilidad de servicios y apoyos necesarios.
3. Bienestar Emocional	Área de desarrollo afectivo y personal: actuaciones encaminadas a la prevención de problemas relacionados con alteraciones del estado de ánimo propias del proceso de envejecimiento así como con el fomento del desarrollo personal en la vejez.	- Hace referencia a como se siente la persona, al autoconcepto y aceptación personal. - Ausencia de síntomas de depresión y de ansiedad. - Ausencia de falta de interés. - Ausencia de Problemas de comportamiento. - Sentimientos de autoseguridad. - Satisfacción con su vida presente y su futuro. - Sentimientos de orgullo propio. - Muestras de disfrute con lo que hace.
4. Desarrollo Personal	Área de desarrollo Cognitivo: actividades encaminadas a la conservación de las funciones cognitivas de las personas mayores y a la prevención del deterioro cognitivo y los déficit asociados al mismo. Área de promoción de inquietudes y aprendizaje: conjunto de actividades de carácter formativo relacionadas con la cultura, las nuevas tecnologías, la creatividad, , ... que fomenten el aprendizaje en las	- Posibilidad de aprender lo que le interesa. - Disponibilidad de un plan individual adaptado a sus preferencias. - Realización de actividades que faciliten su autonomía. - Disponibilidad de oportunidades para adquirir nuevos conocimientos. - Desarrollo de actividades de forma responsable. - Resolución de problemas a la hora de realizar su trabajo. - Manejo del dinero. - Vestimenta adecuada en función de la ocasión. - Disponibilidad de ayudas técnicas.

	personas mayores	
5.Relaciones Interpersonales	Actividades tendentes a promocionar las relaciones sociales de los mayores al objeto de fomentar su red de apoyo y su integración efectiva en la sociedad.	- Ausencia de dificultades para mantener una pareja - Ausencia de dificultades para mantener relaciones sexuales o afectivas. - Tener amigos con los que salir a divertirse. - Muestra apropiada de sentimientos. - Mantenimiento de buenas relaciones con las personas que le rodean. - Las personas que le rodean disfrutan con su compañía. - Mantener el contacto con las personas que aprecia.
6. Integración en la comunidad	Área de ocio y tiempo libre y relacional: área transversal tendente a la optimización del ocio y tiempo libre aumentando la participación activa de las personas mayores	- Conocimiento y utilización de los recursos comunitarios y a la participación en actividades significativas para la persona. - Participación en conversaciones de interés. - Desplazamientos por su comunidad. - Sentimientos de inclusión en su contexto. - Reconocimiento de sus méritos. - Percepción positiva sobre la persona.
7. Derechos		- Participación en su plan individual. - Respeto de la propiedad y derechos de otras personas. - Respeto de la intimidad por parte de las personas de su entorno. - Disponibilidad de espacios de intimidad. - Las personas de su entorno le solicitan permisos para coger sus pertenencias. - Trato confidencial de su información personal. - Recibo de información de las actividades de su plan individual. - Conocimiento de sus derechos. - Conocimiento de las acciones que pueden causar problemas legales.
8.Autodeterminación		- Uso del transporte público - Conocimiento de cuestiones relacionadas con la intimidad. - Participación en la toma de decisiones. - Elección de la ropa - Elección de actividades de tiempo libre - Manifestación de metas, objetivos e intereses personales - Expresión de preferencias

2.1 BIENESTAR FÍSICO

La salud es uno de los elementos fundamentales en una vida larga y a la vez satisfactoria. En la vejez, una buena salud es sinónimo de autonomía e implica la posibilidad de poder llevar una vida independiente.

Las personas con DI, presentan un riesgo mayor de padecer determinadas condiciones de salud durante la etapa adulta, por lo que el conocimiento y detección temprana de tales características específicas de salud resultará crucial para el desarrollo de futuras buenas prácticas que promuevan un proceso de envejecimiento saludable.

En referencia a la población mayor, el envejecimiento va provocando una serie de cambios que disminuyen la aptitud y el rendimiento físico, muchos de ellos resultan de la disminución de la actividad motora. Otros problemas asociados son la disminución de la masa muscular, la disminución de la masa ósea, disminución de la agilidad, la coordinación, los trastornos del equilibrio, la disminución de la movilidad articular, disminución de la capacidad pulmonar,... Otro de los síntomas del deterioro se manifiesta en la existencia de déficits en autocuidado, aseo, vestido, alimentación, hábitos de vida saludable, seguimiento de la salud, etc.

Como consecuencia de este deterioro, también se producen mayores niveles de dependencia con respecto a terceras personas, así como la necesidad de ajustes y adaptaciones en los puestos de trabajo, ayudas técnicas y productos de apoyo.

Dada la mayor incidencia de algunas patologías concretas en pcdi en proceso de envejecimiento, a la menor capacidad para la recuperación que la propia edad implica y a las dificultades que, especialmente las personas gravemente afectadas, presentan para la expresión de su malestar físico, es importante llevar un control y seguimiento específico del estado de salud de las personas con discapacidad intelectual, especialmente a partir de los 45 años.

Por ello, se recomienda realizar revisiones periódicas generales, entre ellas, de vista y oído, con objeto de poder facilitar a la persona la utilización de gafas o audífonos en caso de pérdida de capacidad o la operación de cataratas en caso de que éstas aparezcan y estén afectando a la capacidad visual. En caso de pérdidas grandes será recomendable tener cuidado con el uso de máquinas y herramientas, tanto en los talleres, como en el entorno residencial, cuya manipulación pueda ser peligrosa.

Objetivos:

- Identificar los problemas y/o enfermedades más comunes que afectan a las personas con discapacidad en proceso de envejecimiento.
- Promover la salud a través de talleres y actividades para permitir el envejecimiento activo y saludable de las personas con discapacidad, y así disminuir el declive funcional, prolongar la longevidad y mejorar la calidad de vida de las personas mayores.
- Incluir en el Plan de Atención Individualizada de cada beneficiario, objetivos personales (metas) referidos a la salud.
- Mejorar las habilidades relacionadas con una nutrición adecuada y aumento de la consciencia de la importancia de la alimentación.
- Desarrollo psicomotriz y ejercicio físico: Se pretende el desarrollo psicomotriz de los participantes, la mejora del equilibrio y la coordinación así como la realización de ejercicio físico.

Se fomentará los hábitos de vida saludable entre las personas mayores a través de las siguientes acciones:

- Taller Vivir con salud
- Alimentación saludable para mayores
- El sueño en los mayores
- Autocuidado personal
- Cuidar mi salud
- Talleres de técnicas de relajación.
- Técnicas para el control de la ansiedad.
- Desarrollo de la inteligencia emocional.
- Autocontrol emocional y prevención de la depresión.

- Manejo del dolor
- Talleres de diversas actividades físicas especialmente adaptada a personas mayores.
- Talleres fisioterapia grupal
- Gimnasia correctiva
- Gimnasia en el agua
- Tachi -Yoga -Pilates

Apoyo Activo

Dichos cambios pueden conllevar la necesidad de más apoyos para la realización de las actividades de la vida cotidiana y obligarán a adaptar los programas de intervención, teniendo como referente las áreas de habilidades adaptativas (enseñanza y educación, vida en el hogar y la comunidad, empleo, salud, etc.), utilizando criterios de funcionalidad, adaptados a la edad cronológica, siempre en situaciones naturales y contando con la máxima participación de la persona.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:

Trabajo en pequeños grupos: Se explicará a los profesionales la importancia de la actividad física, sueño y alimentación saludable en las personas con discapacidad en proceso de envejecimiento (Anexo 1). A raíz de esto se pide al grupo propongan talleres/actividades para trabajar cada una de las áreas. Se trata de que se exprese, de la forma más espontánea posible, todas las ideas, palabras que se les ocurra sobre el tema, siguiendo la pauta de que todas las ideas se aceptan y no se discute ninguna.

El/a docente recoge todas las palabras que las familias vaya diciendo en la pizarra, es importante dar tiempo para que las personas vayan animándose a participar y recoger las palabras tal y como se dicen.

La idea es que vayan saliendo nuevas propuestas de talleres y actividades. Con el resultado de la lluvia de ideas, se discuten cada una de ellas y se deciden cuáles se van a poner en práctica en la entidad.

MATERIALES Y RECURSOS:

Pizarra, diapositivas explicativas, ordenador con proyector y material de apoyo para el docente (anexo 5: “Me siento bien cuando...”).

TEMPORALIZACIÓN:

15 minutos

EVALUACIÓN:

Evaluación inicial: La/el docente inicia la unidad con una pregunta para rescatar los conocimientos de los profesionales acerca de las necesidades físicas de las personas con discapacidad en proceso de envejecimiento.

Evaluación final: Observación de los cambios que se han producido a lo largo de la sesión en relación a las contestaciones iniciales.

2.2. BIENESTAR EMOCIONAL

El inicio del proceso de envejecimiento suele ir acompañado de cambios en el plano emocional y en el comportamiento de las personas, en muchos casos como consecuencia de los cambios fisiológicos y a nivel sociofamiliar que acontecen en la vida de las personas conforme van avanzando en edad.

Por otro lado sentimientos de falta de utilidad como consecuencia de la disminución en la actividad o la jubilación pueden afectar a la autoestima de la persona. Son destacables los sentimientos de incertidumbre ante el futuro o de tristeza y duelo ante las situaciones de envejecimiento/deterioro de las familias. Por otro lado también se ponen de relieve sentimientos de soledad, desamparo y tendencia al aislamiento.

Estos cambios pueden manifestarse de forma más evidente en personas con discapacidad intelectual en proceso de envejecimiento, como consecuencia de sus mayores dificultades de adaptación a los cambios, su falta de recursos de afrontamiento de los mismos y, en muchos casos, a la falta de información acerca de los mismos y, por tanto, de preparación para la asunción de los mismos.

Trastorno Dual

El porcentaje de personas con un diagnóstico dual (DI y enfermedad mental) oscila entre el 30-35% (National Association of Dual Diagnosis, NADD), siendo la depresión y ansiedad los problemas de salud mental más frecuentes durante la etapa adulta.

El estrés ha sido señalado como uno de los factores que en mayor medida contribuye a la presencia de trastornos psicológicos en el colectivo de personas con DI.

Desarrollo afectivo, relacional y de la personalidad

Cuando las personas se van haciendo mayores existe mayor probabilidad de perder parte de la red de apoyo con la que cuentan y de los contactos sociales. Las personas mayores pueden volverse más retraídas y empezar a no sentirse útiles en esta sociedad. En muchas ocasiones estos cambios acarrearán problemas de otra índole relacionados con la aparición de estados de tristeza o melancolía que pueden desembocar en episodios de depresión.

Podríamos definir apoyo social como el apoyo recibido o interacción entre las personas (familiares, amigos, vecinos y miembros de organizaciones sociales) con la finalidad de dar y recibir ayuda de diversa índole, básicamente apoyo espiritual, emocional, instrumental e informativo. El apoyo social puede, por lo tanto, influir positivamente, y de forma directa, sobre la salud y el bienestar en la medida que contribuye a satisfacer necesidades humanas como las de seguridad, contacto social, pertenencia, estima, afecto... Diversos estudios demuestran como el apoyo social y la estabilidad afectiva y emocional juegan un papel central en el mantenimiento de la salud. Y en los procesos de envejecimiento Por ello, desde esta línea, se ponen en marcha actuaciones tendentes a aumentar la red de apoyo social de los mayores así como a contribuir a su estabilidad emocional, psicológica y afectiva.

Objetivos generales de intervención:

- Favorecer un clima de confianza y afecto, en el que la persona se sienta querida y reconocida como persona.
- Fomentar sentimientos de autoestima, autovaloración, aceptación e inclusión.
- Fomentar su satisfacción con la actividad que desarrollan: aumenta su sentimiento de superación y ganas de realizar bien su trabajo, les aporta sentirse realizados, perciben su participación y contribución en el resultado obtenido con su trabajo.
- Mejorar el conocimiento y nuestra sensibilidad hacia aquellos estresores relacionados con el proceso de envejecimiento general que

pueden ejercer una influencia negativa (desde el punto de vista del bienestar emocional) en las personas mayores con DI.

- Mejorar la detección y la evaluación de condiciones de salud mental tales como la depresión, la ansiedad o la demencia en aquellos con DI que envejecen.
- Fomentar las estrategias que favorezcan la comprensión de procesos emocionales (duelo, estrés, ansiedad, etc.) y doten a la persona con DI de estrategias para hacer frente al mismo.

Propuestas de intervención:

- Talleres de habilidades sociales
- Talleres de resolución de conflictos
- Talleres Habilidades de afrontamiento proceso envejecimiento
- Talleres de desarrollo emocional
- Técnicas para el control de la ansiedad
- Autocontrol emocional y prevención de la depresión.

Guía apoyo recomendada:

Centro de Documentación y Estudios SIIS Dokumentazio eta Ikerketa Zentroa Fundación Eguía-Careaga Fundazioa. *Buenas prácticas en la Atención a Personas con Discapacidad. **Proyecto Vivir Mejor “Cómo promover el bienestar emocional”***. Diputación Foral de Álava.

2.3 DESARROLLO PERSONAL

El desarrollo personal constituye una de las dimensiones en las que tanto el colectivo de personas con DI, como el colectivo de personas mayores sin DI obtienen peores resultados en medidas estandarizadas de calidad de vida, por lo que debiera constituir una prioridad a la hora de poner en marcha intervenciones enfocadas a mejorar la calidad de vida de este colectivo.

Las oportunidades ofrecidas desde los recursos pueden dar respuesta al deseo de las personas con DI que envejecen de seguir formando parte activa en su comunidad, evitando que se genere un sentimiento de 'desconexión' con las actividades realizadas en etapas anteriores y favoreciendo las oportunidades de aprendizaje que este colectivo desea experimentar.

Recursos ofertados para las personas con DI como oportunidad para promover el desarrollo personal a través de diversas facetas: establecer amistades; dar rienda suelta a los intereses e inquietudes personales; favorecer la adquisición de nuevas habilidades; y fomentar el sentimiento de continuidad a la vez que, dependiendo del tipo de actividad, pueden fomentar un sentido de contribución con la comunidad (e.g., voluntariado).

No obstante, las oportunidades para el desarrollo personal, en términos de educación, se limitan en ocasiones a cursos esporádicos ofrecidos por recursos específicos sin explorar oportunidades de aprendizaje permanente ya disponibles en la propia comunidad.

Como estrategia de futuro, sería necesario estrechar la colaboración entre los recursos pertenecientes a la red de servicios sociales y sanitarios y el resto de recursos comunitarios de los que podría beneficiarse el colectivo de personas con DI que envejece.

Por otra parte, algunos autores sugieren que las entidades del sector de la discapacidad y la Administración debieran unir esfuerzos y trabajar de manera conjunta para el desarrollo de otros modelos de servicio más allá del centro de día tradicional que garanticen la atención a este colectivo, y no se basen tanto en criterios cronológicos de acceso si no en una valoración funcional del estado de la persona con DI así como en sus intereses y preferencias, ofreciéndoles oportunidades reales de elección sobre actividades a desarrollar durante el día.

Sí existe sin embargo cierto consenso general con respecto a las actividades que debieran adquirir especial relevancia durante el proceso de envejecimiento de las personas con DI. En este sentido, las nuevas propuestas en lo que a centros de día se refiere, debieran prestar especial atención, no tanto al desarrollo de nuevas habilidades, sino a la adquisición y mantenimiento de aquellas ya adquiridas a través de oportunidades de educación y formación, oportunidades de voluntariado que favorezcan un sentido de continuidad con etapas anteriores para evitar las consecuencias negativas derivadas del cese de la actividad tras la jubilación, el mantenimiento de un estilo de vida lo más independiente posible, así como oportunidades de participación en la comunidad. Se aboga asimismo por la necesidad de planificar con antelación cómo las personas con DI van a ocupar el tiempo disponible durante el día que será mayor durante la vejez, planificación que debiera comenzar en torno a los 40 años.

Optimización y compensación de las funciones cognitivas

Dado que la discapacidad intelectual afecta, especialmente, al desarrollo de las capacidades cognitivas de la persona, resulta complejo delimitar el deterioro cognitivo que se produce como consecuencia del proceso de envejecimiento. Será, por tanto, fundamental en este caso observar los cambios que se producen en la persona respecto a sus capacidades habituales. Detectar de manera temprana los signos de

envejecimiento va a permitir adecuar la intervención atendiendo a cada uno de los cambios.

Diferentes estudios e investigaciones presentan los siguientes cambios como los más significativos durante el proceso de envejecimiento en relación con las capacidades cognitivas de la persona:

1. Alteración de la memoria y olvidos.
2. Dificultad para el reconocimiento de personas y espacios y desorientación espacio- temporal.
3. Dificultades en la expresión y comprensión del lenguaje
4. Disminución de la capacidad de concentración y atención

Un buen entrenamiento cognitivo frena este deterioro y potencia otras capacidades. La estimulación cognitiva, así como aquellas otras tareas en las que se ponen en juego nuestros procesos mentales superiores, tiene como propósito conservar la capacidad intelectual y enseñar estrategias que permitan enlentecer y compensar los cambios en el procesamiento mental que se producen con el aumento de edad.

En esta línea se incluyen todas aquellas actuaciones tendentes a la optimización de las funciones cognitivas en personas mayores, tanto desde la prevención primaria, con aquellas personas que no presentan deterioro alguno, como desde la prevención secundaria con personas que presentan algún deterioro como enfermos de Alzheimer y otras demencias en sus primeras fases.

Los objetivos son:

- Formar a las personas participantes en los cambios que experimentan los procesos cognitivos con el aumento de la edad.
- Prevenir y retasar la aparición de deterioro cognitivos.
- Tomar conciencia de la importancia del cuidado de las funciones cognitivas con la edad.
- Potenciar y entrenar diversas funciones cognitivas en las personas participantes.

- Adquirir herramientas para la estimulación cognitiva y el entrenamiento de los procesos mentales.
- Apoyo para el mantenimiento de capacidades cognitivas favoreciendo su autonomía personal.
- Desarrollo de habilidades de vida autónoma en el programa de vida independiente.

Actuaciones específicas:

- Charlas y Jornadas sobre las funciones cognitivas y su evolución.
- Talleres de estimulación de la memoria.
- Fomentar el mantenimiento de las capacidades de atención y concentración mediante la realización específica de ejercicios de estimulación de las mismas. Existen en el mercado diversos programas desarrollados para ello. También puede trabajarse de manera informal mediante la utilización de las nuevas tecnologías o la práctica de ejercicios cotidianos que puedan resultar motivadores para la persona (por ejemplo, “búsqueda de las 7 diferencias” en los periódicos...)
- Favorecer el recuerdo y el reconocimiento mediante la utilización de elementos facilitadores del mismo, tales como colocar carteles con símbolo y denominación de los diferentes espacios habituales, colocar las fotos y los nombres de las personas con contacto habitual en lugares accesibles para el usuario...
- En casos de gran desorientación espacial, como ocurre en personas con enfermedad de Alzheimer, es recomendable colocar a la persona alguna pulsera o chapa identificativa, que permita que la persona pueda recibir apoyos para volver en caso de pérdida al salir al exterior.
- Favorecer la comprensión del lenguaje mediante la simplificación de los mensajes y su apoyo con sistemas de comunicación aumentativa (tales como acompañamiento de signos de apoyo al lenguaje oral, como en el sistema bimodal, o de sistemas pictográficos acompañando al lenguaje escrito) y fomentar el uso de sistemas de comunicación alternativa cuando no sea posible la

utilización del lenguaje oral a nivel expresivo (facilitando la utilización, por ejemplo, de sistemas pictográficos como el SPC, adecuados a las necesidades expresivas de la persona).

- Desarrollo de Habilidades de Estimulación Cognitiva en familiares cuidadores: novedoso programa que pretende enseñar a los/as cuidadores/as de personas mayores habilidades de estimulación cognitiva para que las apliquen con sus familiares en el día a día.
- Estimulación cognitiva a través del ocio y la cultura: jornadas ya actuaciones en las que se fomentan diferentes actividades de carácter cultural y que promuevan la utilización activa de las capacidades cognitivas superiores, como por ejemplo; animación a la lectura, talleres de teatro, talleres de dramatizaciones, etc.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:

Trabajo en gran grupo: Se propone a los profesionales un ejercicio de reflexión: “¿Cómo fortalecemos a las personas?”, “¿Cómo podemos ayudarlos para que emprendan proyectos que fomenten sus habilidades?”.

MATERIALES Y RECURSOS:

Folios y bolígrafos. Usar el documento del anexo 4.

TEMPORALIZACIÓN:

15 minutos.

EVALUACIÓN:

Evaluación inicial: El docente indaga sobre los conocimientos de los profesionales acerca de las capacidades individuales de las personas con discapacidad y la forma en la que las potenciamos en la entidad.

Evaluación final: Observación de los cambios que se han producido a lo largo de la sesión en relación a las contestaciones iniciales.



2.4 RELACIONES INTERPERSONALES

Las relaciones sociales tienen un valor fundamental en la vida de las personas. En efecto los seres humanos somos seres sociales y no concebimos nuestra vida sin relacionarnos con los demás. Las relaciones sociales favorecen la salud integral de las personas y ejercen una función protectora ante muchas enfermedades tanto físicas como mentales.

En lo que a relaciones interpersonales se refiere, las personas mayores con DI se encuentran en una situación de cierta desventaja, siendo la edad un factor negativamente asociado con el tamaño y frecuencia del contacto con la red social, predominando la presencia de familiares en el conjunto de relaciones interpersonales de la población mayor con DI.

Contar con una buena red de apoyo social es fundamental y sobre todo en la vejez, ya que es la etapa en la que suelen perderse gran parte de los contactos sociales, debido en parte a la aparición de rasgos en la personalidad que dificultan el proceso de interacción con los demás (Timidez, desconfianza, introspección, aislamiento, etc.).

Algunos estudios concluyen que tan solo un tercio de las personas adultas con DI cuenta con alguien en su red social que carezca de relación alguna con el sector de la discapacidad o no sea parte del entorno familiar. Las características de las redes informales de apoyo de las personas mayores con DI, se ven condicionadas en gran medida por factores como su lugar de residencia, factor que incluso llega a ejercer una influencia mayor que los factores interpersonales en la red social de este colectivo.

Aquellos que han vivido la mayor parte de su vida en su comunidad (ya sea en el entorno familiar u otro tipo de vivienda), tienen mayor contacto con su red social que aquellos que han permanecido institucionalizados la mayor parte de su vida.

Identificar oportunidades y obstáculos para el desarrollo de relaciones sociales es un factor clave a tener en cuenta por parte de los servicios para favorecer la construcción de nuevas redes sociales durante el proceso de envejecimiento de las personas con DI.

Objetivos en este ámbito:

- Proporcionar oportunidades para el desarrollo de las relaciones sociales, la localización, continuidad, regularidad, tipo y significado de las actividades.
- Fomentar las relaciones interpersonales, a través de actividades de ocio para hacer frente a otros acontecimientos asociados con el proceso de envejecimiento como la jubilación y el cese de actividad y distanciamiento de la red social vinculada al ámbito laboral que ello conlleva.
- Promover la participación en programas y servicios genéricos, como crear un mínimo de servicios especializados de modo que podamos adaptarnos a las necesidades específicas y deseos individuales de este colectivo.

Acciones a desarrollar:

- Acciones de formación en habilidades relacionales y sociales
- Acciones de fomento de la participación y la comunicación (reuniones, revista, Intranet...).

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:

Trabajo en pequeños grupos: Tras haber transmitido el/la docente de manera breve y esquemática los derechos de inclusión social e integración en la comunidad de las personas con discapacidad. Se divide a los profesionales en tres pequeños grupos. A cada grupo se le hace entrega de la “Fábula del cangurito”, sobre la que deberán trabajar. El/la docente pedirá que lean y analicen de manera grupal la fábula y debatan sobre el significado de la misma.

Trabajo en gran grupo: Después de indagar en los pequeños grupos sobre el significado de la fábula se propone una reflexión conjunta a través de una serie de preguntas clave que guiarán el ejercicio: ¿Qué nos quiere enseñar esta fábula? Analizar qué actitudes de las descritas en la fábula adoptamos los profesionales con mayor frecuencia. ¿Cómo repercute en su desarrollo los mensajes que les transmitimos a lo largo de su vida? ¿Qué consideráis que puede mejorarse?

MATERIALES Y RECURSOS:

Folios, bolígrafos y el documento del anexo 8.

TEMPORALIZACIÓN:

1 hora aproximadamente.

EVALUACIÓN:

Evaluación inicial: la/el docente inicia la unidad con una pregunta para rescatar los conocimientos de los profesionales, haremos hincapié en la relación entre salud y comportamiento.

Evaluación final: Observación de los cambios que se han producido a lo largo de la sesión en relación a las contestaciones iniciales.

2.5 INCLUSION SOCIAL

En la dimensión de integración en la comunidad existe un riesgo de aislamiento de estas personas si no se articulan los apoyos suficientes y adecuados en el entorno comunitario. Se han de permitir ajustes personales y apoyos para evitar el desarraigo del entorno en el que la persona vive.

Se trata de analizar lo que nos ofrece la comunidad y las oportunidades que nos brinda nuestro entorno, y por otro lado analizar las actividades de integración que realizamos así como las que nos gustan y no realizamos normalmente.

De todas ellas debemos seleccionar aquellas que nos reporten mayores beneficios para nuestra salud física, psicológica y social, teniendo en cuenta que algunas actividades influyen sobre los tres aspectos antes reseñados, a esto lo llamamos OCIO SALUDABLE.

El ocio y la ocupación del tiempo libre en actividades placenteras producen un gran beneficio para nuestra salud física, psíquica y social. Entre el gran listado de ventajas se encuentra; desarrollo personal, autoafirmación, descanso, diversión, socialización, apertura a los demás, sentido de pertenencia, bienestar, etc.

Por ejemplo, actividades como caminar, la gimnasia, cultivar un huerto, etc. mejoran nuestra salud física. Actividades como leer, pintar, memorizar cosas, resolver crucigramas,... mejoran nuestro bienestar psicológico. Actividades realizadas en grupo, el voluntariado, participar con una ONG,... mejoran aspectos sociales. Pero si hacemos deporte en grupo, mejoramos aspectos físicos y sociales y psicológicos, ya que el deporte produce bienestar. Si participamos en una obra de teatro mejoramos aspectos sociales y psicológicos ya que también entrenamos la mente.

En definitiva, el ocio y tiempo libre significa en muchas ocasiones participar. Participar es mantenerse implicado en el mundo y no desconectarse del mismo, es comprometerse y disfrutar de la vida.

Objetivos:

- Proporcionar oportunidades y experiencias de participación en actividades de ocio desde las preferencias y potencialidades de la personas.
- Desarrollar planes de ocio junto con los beneficiarios, de unas vacaciones, la planificación del ocio semanal, las actividades culturales, deportivas, etc.
- Conocer las posibilidades que nos ofrece el entorno comunitario más cercano (espacios del barrio, asociaciones, propuestas de actividad, lugares de recreo) y promover el acceso de los beneficiarios a los mismos.

Acciones a desarrollar:

- Acciones de conocimiento y desenvolvimiento en los servicios y equipamientos comunitarios: tiendas, bancos, museos, centros culturales, polideportivos, centros de ocio, administraciones públicas, etc.
- Programas de promoción de la participación en el entorno, igualdad de género, grupos de autogestores.
- Acciones para la mejora de la movilidad en la comunidad.
- Actividades de ocio y vida social adaptadas tanto en entornos asociativos como en entornos próximos y habituales a las personas. (senderismo, paseos y usos de los recursos uso de la comunidad comunitarios del entorno, etc.)
- Talleres de Intercambio intergeneracional, de relaciones de apoyo y ayuda mutua entre mayores y adolescentes, o de participación junto a grupos de personas más jóvenes en otros talleres de cocina, oficios, etc.

- Diseño de un catálogo de recursos de ocio que contenga aquellas actividades que ofrece el servicio, las actividades y recursos comunitarios. Debemos planificar programas de ocio como:
 1. Planificación de vacaciones autónomas (donde ir, como ir, que hacer, etc.) con el consiguiente desarrollo de las actividades avanzadas de la vida diaria, planificación de lugares y asociaciones de referencia, etc.
 2. Planificación del ocio semanal a partir de una calendarización de las actividades de ocio
 3. Planificación del ocio saludable (recreativo y relacional).
 4. Planificación del ocio y tiempo libre a través de actividades deportivas y de ejercicio físico o de actividades extraordinarias.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:

Trabajo en gran grupo: Iniciamos un debate sobre la cantidad de tiempo que dedican los beneficiarios al ocio en sus vidas. Al analizar sus quehaceres diarios podemos encontrarnos que realizan diversas actividades que le impiden disfrutar de su tiempo. Posteriormente, se recoge el interés que tienen por diversas actividades de ocio mediante el Inventario de intereses de ocio.

Trabajo en pequeños grupos: Se constituirán pequeños grupos. Cada grupo pensará en un beneficiario. Una vez analizados los intereses del mismo. Los profesionales desarrollarán un plan de actividades para cada uno de los asistentes (anexo 9).

Para ello debemos tener en cuenta dos cuestiones diferentes en la elaboración de los planes:

- Aumentar aquellas actividades que supongan mayores beneficios para la salud partiendo de los gustos y recursos personales.
- Mejorar el planeamiento de proyecto personal.

MATERIALES Y RECURSOS:

Folio, bolígrafo y anexo 9.

TEMPORALIZACIÓN:

15 minutos.

EVALUACIÓN:

Evaluación inicial: la/el docente inicia la unidad con una pregunta para rescatar los conocimientos de los profesionales. Podemos preguntarles a los asistentes qué ventajas tiene realizar actividades de ocio y tiempo libre.

Evaluación final: Observación de los cambios que se han producido a lo largo de la sesión en relación a las contestaciones iniciales.

2.6 BIENESTAR MATERIAL

Las propias personas con DI así como sus familiares y profesionales que los atienden destacan la falta de recursos sociales, de alojamiento y económicos como algunas de sus mayores preocupaciones. Favorecer un sentido de seguridad (económica y de vivienda) así como de continuidad con las actividades realizadas en etapas anteriores, constituyen aspectos fundamentales a tratar en lo que a bienestar material se refiere.

Como áreas prioritarias de actuación en esta dimensión destacan:

- Favorecer el mantenimiento de un empleo u actividad ocupacional de la persona en proceso de envejecimiento siempre y cuando este sea su deseo y realizando los ajustes personales y sociales necesarios.
- Evitar el impacto psicosocial derivado de una interrupción brusca la actividad planificando cuidadosamente las transiciones y preparando a las personas con DI de cara a su jubilación (creando por ejemplo unidades de transición o desarrollando programas específicos que les acerquen a la realidad de la jubilación de las personas sin DI que envejecen). Cualquier cambio de vivienda o recurso ha de ser igualmente planificado dadas las consecuencias que una brusca transición pudiera tener para salud de la persona con DI que envejece.
- Favorecer un proceso de envejecimiento en el propio hogar (la investigación pone de manifiesto que las personas con DI en proceso de envejecimiento, experimentan mayor satisfacción y resultados personales más valorados cuando viven en su entorno y reciben ayuda por parte de servicios específicos cuando la situación así lo requiere) y cuando no sea posible, explorar las alternativas de cohabitación existentes, priorizando los deseos de la persona con DI.

Para una mejor reflexión sobre esta área, se recomienda el visionado de la Película “Arrugas”. Una película de animación española dirigida por Ignacio Ferreras y basada en la novela gráfica Arrugas de Paco Roca.

2.7 DERECHOS

La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad nos ha ayudado a reconocer el gran vacío que aún existe entre nuestro sistema de valores y un sistema más operacional (cómo estos valores se ponen en práctica en nuestra vida diaria) pues hasta el momento la jurisdicción en vigor se ha venido aplicando con mucho menor rigor a las personas con discapacidad, y especialmente, a aquellas con discapacidad intelectual.

Algunos de los Artículos recogidos en la Convención resultan especialmente importantes para el colectivo de personas mayores con discapacidad y tanto la administración como el tercer sector ha de trabajar de manera conjunta para defender que estos derechos se ven garantizados:

- (a) Artículo 9, relativo a la accesibilidad;
- (b) Artículo 12 referido al igual reconocimiento como persona ante la ley (especialmente importante en el caso de aquellas personas con o sin DI con capacidad legal que puedan verse sometidas a un proceso de incapacitación como resultado de una pérdida de facultades asociada al proceso de envejecimiento);
- (c) Artículo 19, relativo al derecho de las personas a vivir de manera independiente y en su comunidad (especialmente relevante para aquellas personas con DI en proceso de envejecimiento que, ante la dificultad de seguir viviendo con unos padres que envejecen, han de enfrentarse a un cambio de residencia);
- (d) Artículos 25 y 26 referidos al derecho a la salud, la habilitación y la rehabilitación, adquieren especial importancia para el colectivo de personas con DI que envejece quienes, a consecuencia del envejecimiento, padecerán otra serie de condiciones secundarias cuya detección y tratamiento han de ser garantizados;

(e) Artículo 28 señala que las personas con discapacidad han de gozar de un nivel de vida adecuado y de protección social (las administraciones han de promover durante el proceso de envejecimiento de las personas con DI la posibilidad de compatibilizar servicios y prestaciones, modificar los criterios que rigen en la actualidad para el personal laboral a partir de los 45-50 años o posibilitar una rápida tramitación en la obtención de pensión de discapacidad, entre otros).

Objetivos:

- Revisar las estrategias de atención directa con el fin de definir un nuevo modelo de atención para la implementación del modelo donde la persona y sus derechos pasan a constituir el eje alrededor del cual gira tanto el sistema organizativo y relacional.
- Dotar a los mayores a los mayores de habilidades para la defensa de sus derechos.

Todas las intervenciones profesionales han de estar fundamentadas en una serie de principios que aseguren su adecuación al valor de la persona y al respeto de sus derechos: participación, autonomía y elección, dignidad, individualidad, integralidad, integración social, independencia y continuidad de apoyos y cuidados.

Acciones relacionadas con la defensa de sus Derechos:

- Apoyo en aspectos relevantes de sus vidas.
- Participación de la persona con discapacidad en todas las entrevistas.
- Participación de diferentes informantes favoreciendo una visión completa e integral de la persona.
- Sistema de protección de datos de carácter personal.

- Cada persona dispone de un Plan de Acción Personalizado para planificar mejoras en su calidad de vida.
- Defensa de la participación de la persona en los procesos de duelo familiar.
- Acceso de las personas a servicios básicos de salud.

DERECHOS DE LAS PERSONAS

ÁMBITOS

CARACTERÍSTICAS

Dignidad

Reconocimiento del valor intrínseco de las personas, independientemente de cuáles sean sus circunstancias, respetando su individualidad y sus necesidades personales, y mostrando, en todo momento, un trato respetuoso.

Privacidad y confidencialidad

Derecho de las personas a estar solas si ese es su deseo, a no ser molestadas y a no sufrir repetidas intromisiones en sus asuntos personales.

Autonomía

Derecho de las personas beneficiarias a desarrollar sus capacidades para desenvolverse de forma autónoma y a que se les ofrezcan los apoyos y adaptaciones más idóneas para favorecer dicha independencia.

Participación y toma de decisiones

Posibilidad de elegir libremente entre diversas opciones.
Tienen derecho a pedir o solicitar cosas, acciones, situaciones y personas y a rechazar cosas, acciones, situaciones y personas.

Satisfacción y realización personal

Realización de las aspiraciones personales y desarrollo de las capacidades propias en todos los aspectos de la vida cotidiana.

Información

Tienen derecho a solicitar información y a ser informadas de los cambios que se produzcan en su rutina y en su entorno habitual.

1. Dignidad

- Garantizar que todos los miembros del personal traten a las personas con **amabilidad, respeto, corrección y comprensión**, tanto en las relaciones verbales como, en su caso, en el apoyo físico que pudieran requerir para realizar las actividades de la vida cotidiana.
- **Tratar de igual a igual**, –de adulto a adulto; –de persona a persona, sin identificar a la persona beneficiaria con su discapacidad. Actuar con naturalidad y no adoptar formas de hablar o términos infantilizantes. Evitar el proteccionismo y el asistencialismo. Ofrecer atención libre de abuso o negligencia.
- **Atender a las personas de forma individualizada**, teniendo en cuenta sus capacidades (experiencias, conocimientos, habilidades, aficiones) y sus hábitos; sus preferencias y sus deseos; sus limitaciones y sus necesidades de apoyo; las pautas de atención que conviene aplicar para prestar los apoyos requeridos y, en su caso, aquellas otras que no conviene adoptar.

2. Privacidad y confidencialidad

-  **Evitar hacer comentarios**, delante de otras personas, sobre cuestiones personales e íntimas que afectan a la persona y,

como regla general, evitar, entre profesionales, comentarios innecesarios sobre cuestiones de esa índole.

✚ **Pedir consentimiento.** Hacer las revisiones de los armarios, taquillas o enseres personales siempre en presencia de la persona interesada y con su consentimiento.

✚ **Respetar los espacios privados.** En el caso de los servicios de vivienda, asegurarse de que los miembros del personal llaman siempre a la puerta de las habitaciones y esperan a que se les invite a entrar.

3. Autonomía

- **Valorar el nivel de autonomía de la persona**, para ello hay que **estudiar el apoyo que necesita** cada beneficiario, dónde lo necesita y cuándo. Un buen apoyo es aquel que varía de igual modo en que varían las condiciones en las que se encuentra la persona y que le permite desenvolverse en el ambiente donde se encuentra.
- Dejemos que marquen el ritmo y nos dirijan en la forma de darles el apoyo necesario, siempre de **menos apoyo a más apoyo** (apoyo verbal, apoyo gestual, modelo, apoyo físico parcial o apoyo físico total).
- **Preguntemos antes de ayudar.** Preguntemos cómo ayudar antes de actuar. La persona con frecuencia podrá darnos a conocer qué es lo quiere y cómo prefiere ser apoyada.
- Con el fin de favorecer el mantenimiento de la autonomía, **no debe ofrecerse nunca más del apoyo que realmente necesita** la persona.

4. Participación y toma de decisiones

- **Ayudarles a participar en las actividades que deseen realizar**, cuando requieran ayuda para ello. No obligarles a participar en actividades culturales, deportivas o de ocio que no les resulten atractivas y evitar que se sientan obligadas a hacerlo.
- **Hagan elecciones y ofrecer la posibilidad de elegir**. Garantizar que, cuando tengan capacidad para ello, las personas beneficiarias puedan elegir, el modo de vida que desean llevar. Ej. de sitio en el comedor.

5. Satisfacción y realización personal

- **Enseñar habilidades funcionales o útiles para cada persona**. El aprendizaje de habilidades funcionales permite a la persona con discapacidad intelectual comportarse de manera similar a las personas sin discapacidad y hacer el mismo tipo de actividades que se espera para alguien de su edad. Promueve la dignidad y les ofrece más oportunidades para participar y usar los mismos sitios que las personas sin discapacidad (discotecas, centros comerciales, conciertos...). Lo que conlleva una vida acorde con los modos de vida habituales en las personas de su edad.
- **Facilitar el establecimiento y el mantenimiento de relaciones de amistad**, mejorar las relaciones sociales; participar en actividades ordinarias de ocio o trabajo y otras actividades comunitarias; acceder a actividades o situaciones que la persona con discapacidad aprecia y disfruta.
- **Consultar a las personas sobre sus preferencias** en la programación de las actividades que se desarrollen en el servicio o fuera de él.

6. Información (Características de la comunicación)

- **Mantener interacciones con todos los beneficiarios.** Si no hacemos un esfuerzo en interaccionar con todos, estamos fomentando o creando un ambiente en el que es más probable que se den conductas inadecuadas o problemáticas.
- **Mostrar un sincero interés** por lo que la persona dice, sentarse cerca de ella, llamarle por su nombre, no interrumpirle, mirarle a los ojos, dirigirse a ella en la forma en que prefiera (de usted o de tú; por el nombre o el diminutivo, etc.)
- **Saber comunicar al nivel que cada persona necesita**, en relación con el tono, la cantidad de información, la vocalización, el ritmo de expresión y de comprensión, el tiempo de reacción, tipo de lenguaje, ofreciendo un feedback continuo. Establecer una comunicación, ya sea a través de la palabra, los gestos o mediante SAAC.
- **Prestar atención a las emociones** de las personas:
 - ✓ Identificarlas y valorarlas. Ayudarles a que ellas mismas reconozcan sus propias emociones y las de los demás y a respetarlas.
 - ✓ Favorecer que experimenten y expresen emociones positivas, facilitando relaciones y actividades significativas.
 - ✓ Ayudar a las personas a reconocer y a emplear sus mecanismos de regulación emocional (distracción, selección o modificación de situaciones, participación, relajación, etc.).
- **Utilizar un lenguaje positivo**, centrar los mensajes en las cosas que la persona sí puede hacer y evitando las palabras que indican negación porque pueden resultar difíciles de entender y, por lo tanto, pueden ser el antecedente claro de conductas muy negativas.

- Facilitar la comunicación mediante **la escucha activa**. Consiste en saber qué es lo que la otra persona quiere transmitir, no debemos criticarla, juzgarla, darle consejos, darle órdenes, intentar distraerla o darle la razón para que se calle... Debemos escucharla, repetir lo que nos dice, reconocer y hacerle ver que entendemos su sentimiento.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:

Trabajo en gran grupo: Tras haber transmitido el/la docente de manera breve y esquemática los derechos de las personas con discapacidad y los valores asociados. El/la docente pedirá que lean y analicen de manera grupal los derechos y reflexionen la situación en la entidad. Identificando el estado del conjunto de las estrategias trabajadas en el centro. Debemos conocer que estrategias están reflexionadas y desarrolladas en nuestro centro para poder definir líneas de actuación para implantar nuevas formas de trabajo basados en la calidad centrada en la persona, para ello deberemos valorar que estrategias están: Consolidadas, cuáles están reflexionadas, se están desarrollando y son susceptibles de ser mejoradas y consolidadas y cuáles deberíamos iniciar.

MATERIALES Y RECURSOS:

Folios y bolígrafos.

TEMPORALIZACIÓN:

1 hora aproximadamente.

EVALUACIÓN:

Evaluación inicial: la/el docente inicia la unidad con una pregunta para rescatar los conocimientos de los profesionales acerca de los derechos de las personas con discapacidad y del modelo de atención

que ofrecemos desde la organización. Se reflexionará sobre el trato que reciben las personas y cómo debería ser.

Evaluación final: Observación de los cambios que se han producido a lo largo de la sesión en relación a las contestaciones iniciales.

2.8 AUTODETERMINACIÓN

La autodeterminación es un proceso que implica ir ganando control y experiencia en nuestras vidas. Sin embargo, las personas con discapacidad a menudo se enfrentan a más dificultades para conseguir la autodeterminación, y están más limitadas que otros de diferentes maneras. Limitaciones impuestas por la propia discapacidad, la edad o por la asunción de que no pueden decidir. Por esta razón, pueden necesitar apoyos para la adquisición de competencias o habilidades que les ayuden a explorar todas las alternativas y oportunidades existentes en su vida.

En esta dimensión existe un claro riesgo de pérdida como consecuencia de la pérdida de capacidades asociada al deterioro/envejecimiento. Asimismo en las habilidades de autoprotección y para la identificación de situaciones de vulneración de sus derechos y activación de mecanismos de defensa. También se observa una incidencia en la capacidad de participación en los diversos ámbitos del entorno comunitario.

Es de vital importancia que las personas en proceso de envejecimiento dispongan de un plan centrado en la persona recogido en su Plan Individual que contenga información relevante sobre su vida, intereses y deseos así como propuestas de acciones necesarias para apoyar sus decisiones y conseguir sus objetivos. A la vez que de definen los responsables, espacios y apoyos para poder hacer seguimiento de su proyecto de vida.

Un proceso de envejecimiento activo implica ejercer el derecho a la autodeterminación en interacción constante con el entorno que nos rodea. Son muchas las áreas en las que podemos trabajar la autodeterminación de las personas con DI a lo largo de todo el ciclo vital.

Objetivos:

- Fomentar la autogestión y la toma de decisiones en todos los aspectos que afectan a la vida de la persona, en función de las capacidades que ésta tenga.
- Promover la autodeterminación en todo momento, en la medida en que cada persona pueda, en cuanto a la toma de decisiones y la resolución de problemas. Respetar los tiempos de respuesta que cada persona necesite, tratando de no forzar dichos tiempos, algo que podría conllevar que la persona se inhiba al respecto.
- Favorecer el ejercicio de libre elección en función de las capacidades e intereses individuales, para posibilitar una vida satisfactoria y disfrute de la vejez.

Estrategias de Intervención:

- Algunas de las estrategias que podemos poner en marcha para promover la autodeterminación durante el proceso de envejecimiento incluyen la Planificación Centrada en la Persona (sobre todo en el caso de aquellos con discapacidades más significativas), la formación del profesional que trabaja con aquellos con discapacidad que envejecen para que fomenten la autodeterminación de estos últimos y las modificaciones e intervenciones en el entorno que rodea a la persona con DI.

La PCP resultará especialmente importante de cara a tomar aquellas decisiones relacionadas con diversos eventos a los que las personas con DI que envejecen han de hacer frente y que incluyen, entre otros, salud y bienestar físico, jubilación, tiempo de ocio, decisiones con respecto al entorno de vivienda, aspectos financieros o decisiones relacionadas con el final de la vida.

Guía de apoyo recomendada: Centro de Documentación y Estudios SIIS Dokumentazio eta Ikerketa Zentroa Fundación Eguía-Careaga Fundazioa. Buenas prácticas en la Atención a Personas con Discapacidad. **Proyecto Vivir Mejor “Planificación Esencial del Estilo de Vida”**. Diputación Foral de Álava.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:

Trabajo en gran grupo: El docente explica a los participantes los conceptos clave de la metodología centrada en la persona (anexo 10). A continuación todos los asistentes piensan en un beneficiario en proceso de envejecimiento conocido por todos que será utilizado como ejemplo en el ejercicio de conocimiento inicial de la persona.

Esta estrategia debe ser aplicada a todas las personas con discapacidad. Conocer y respetar las expectativas e intereses de las personas es imprescindible desarrollando las habilidades para escuchar y observar. Los profesionales del equipo deben conocer y estudiar los intereses de cada persona para poder actuar con rigor en la vida cotidiana.

MATERIALES Y RECURSOS:

Folios y bolígrafos.

TEMPORALIZACIÓN:

30 minutos.

EVALUACIÓN:

Evaluación inicial: la/el docente inicia la unidad con una pregunta para reflexionar sobre la autodeterminación en las personas con discapacidad. Piense en las elecciones que tomamos los profesionales en nuestra vida cotidiana, por ejemplo desde que nos levantamos hasta que llegamos al trabajo. ¿Cuántas elecciones hacemos nosotros? ¿Cuántas elecciones hacen las personas para las que trabajamos en ese mismo periodo de tiempo? ¿Están limitadas? ¿Cómo podríamos ampliarlas? ¿Qué diferencias encontramos?

Evaluación final: Observación de los cambios que se han producido a lo largo de la sesión en relación a las contestaciones iniciales.

Taller de profesionales 3. Atención e intervención con personas mayores

3.1. ROL DE LOS PROFESIONALES EN EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

3.1.1. ACTITUD DE LOS PROFESIONALES ANTE EL TRABAJO CON LAS PERSONAS MAYORES

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA:

El envejecimiento es considerado un factor de vulnerabilidad social que puede contribuir a aumentar situaciones de mayor susceptibilidad a la exclusión y/o la discriminación. La figura profesional en este ámbito se reconoce actualmente como indispensable para garantizar la adecuada atención y servicios a la población de personas mayores con discapacidad intelectual (en adelante p.m.c.d.i.) facilitando la integración en el sistema socio-sanitario y educativo.

Este proceso de envejecimiento en personas con discapacidad intelectual (p.c.d.i.) comienza a preocupar a los profesionales que desarrollan su actividad en este colectivo, especialmente por cuanto se refiere a los cambios físicos y conductuales que se originan entre estas personas a partir de una edad que oscila entre los 45-50 años y que obliga a los profesionales a modificar el tipo de actividades y a reclamar más y mejores recursos por parte de las diferentes administraciones para atender mejor a las p.c.d.i. que inician un proceso de envejecimiento.

Entre los problemas con los que se pueden encontrar los profesionales a la hora de tratar con personas con necesidades especiales es la dificultad de éstas para comunicarse, debido a sus propias discapacidades, las mayores dificultades se presentan en el momento de utilizar el habla y la escritura manual como principal forma de expresión.

En algunos casos, las dificultades de comunicación y expresión pueden provocar que las personas con discapacidad intelectual presenten cambios de comportamiento (irritabilidad, alteraciones del sueño, pérdida de apetito, autoagresividad y/o heteroagresividad...) como manifestación del dolor o de malestar físico o psicológico (por ejemplo por ansiedad ante la pérdida de un ser querido...). Por eso es importante, que los familiares y las personas de atención directa estén atentos a dichos cambios para tratar de que la persona obtenga el tratamiento adecuado lo antes posible. Es especialmente importante, vigilar las alteraciones y cambios en el comportamiento, en la emotividad y en la comunicación, así como los declives en las capacidades de razonamiento y memoria, puesto que pueden ser indicativos de un trastorno mental o algún tipo de demencia.

OBJETIVOS:

- El objetivo es identificar las competencias que deben tener para realizar su trabajo de la forma más efectiva posible de cara a establecer futuras propuestas o modelos de formación y cualificación adecuados.
- Detectar a partir de una línea cuándo podría iniciarse un proceso de envejecimiento.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:

Trabajo en grupo:

El docente mostrará un powerpoint sobre competencias. Éste se presenta como una metodología y una fuente de información fundamental para aprovechar el potencial de los profesionales.

TEMPORALIZACIÓN:

Aproximadamente 20 minutos de power point.

MATERIALES Y RECURSOS:

- Ordenador, proyector, bolígrafos y folios.

EVALUACIÓN:

Inicial: ¿Cuándo podemos sospechar que se está iniciando el proceso de envejecimiento en las PCD?

Final: Contestar a la siguiente pregunta: ¿Cuál es vuestro rol profesional en el proceso de envejecimiento?

3.1.2. COMUNICACIÓN INTERPERSONAL EN LA RELACIÓN DE AYUDA

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA:

La comunicación es el proceso por el que interaccionan dos o más personas con la intención de transmitir o expresar una idea, información, emoción o necesidad, y cuyo resultado es el entendimiento mutuo, el intercambio, e incluso la influencia en la conducta del otro. En muchos casos, los pacientes dependientes, por sus condiciones de salud, ven mermadas sus aptitudes para llevar a cabo una comunicación óptima, por lo que necesitan adaptaciones para conseguir este intercambio mutuo que es la comunicación. Por otro lado, podemos encontrar personas con dificultades especiales para comunicarse, debido a sus propias discapacidades, y es por ello que en este apartado introducimos algunas orientaciones referidas a las necesidades que en estas situaciones pueden presentar algunas personas en situación de dependencia.

Proceso de comunicación

Características: El proceso de la comunicación es el conjunto de comportamientos que hace posibles las relaciones humanas. Cuando dos personas o más intercambian una serie de mensajes entendemos que se encuentran interaccionando socialmente, comunicándose a partir de palabras, gestos, expresiones emocionales, etc. Decimos que esta comunicación es eficaz cuando el receptor interpreta la información dada por el emisor de forma correcta; es decir, captando el sentido con el que éste la había transmitido.

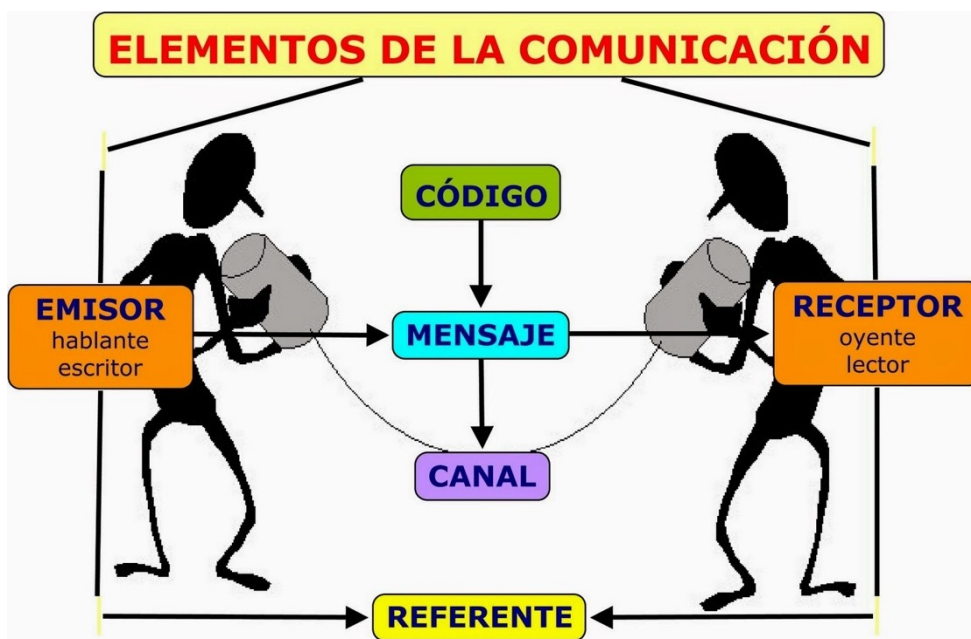


Gráfico 3.1. Elementos de la comunicación

En el proceso de comunicación intervienen una serie de elementos, que son los siguientes (ver Gráfico 3.1)

- Emisor: es quien codifica el mensaje y lo transmite al receptor, de forma que éste pueda entender la información transmitida.
- Canal: es el soporte por el que viaja el mensaje desde el emisor hasta el receptor.
- Mensaje: hace referencia a la información enviada; es el contenido del mensaje propiamente dicho.
- Receptor: es la persona que recibe el mensaje; debe descodificarlo e interpretar la información que el emisor le envía.
- Código: hace referencia al sistema de signos, símbolos y reglas del lenguaje utilizado por el emisor para transmitir su mensaje de forma que éste pueda ser comprendido por el receptor.

Comunicación verbal

En el marco de la comunicación verbal podemos distinguir:

- Comunicación oral o lenguaje hablado: cuya culminación es el lenguaje (sonidos articulados a partir de los que podemos emitir palabras y frases).

La adquisición del lenguaje oral viene determinada por la suma de un proceso madurativo e imitativo a partir de los estímulos que rodean al ser humano desde el momento de su nacimiento y se desarrolla hasta permitirle comunicarse con los otros a través de la conversación, atendiendo a una situación concreta y en función de los contextos espacio-temporales y socioculturales. Cuando por cualquier causa fisiológica o psicológica esta adquisición no tiene lugar o se pierde a lo largo del ciclo vital, surgen las necesidades especiales de comunicación.

Podemos concretar el lenguaje como una “conducta comunicativa específicamente humana, que cumple importantes funciones a nivel cognitivo y social; que permite al hombre manifestar sus intenciones, estabilizarlas y convertirlas en reguladoras de las acciones, permitiendo al sujeto alcanzar un nivel de autorregulación cognitiva y comportamental al que sería imposible acceder sin este lenguaje”.

La afasia Esta palabra hace referencia a la pérdida de capacidad para expresarse o para comprender el lenguaje, conllevando problemas de comunicación de diversa índole. La tan desarrollada capacidad de comunicación en los humanos es la que nos permite establecer unas relaciones extensas, plenas y satisfactorias. Cuando esta capacidad se deteriora (como sucede en la mayor parte de demencias), secundariamente aparecen dificultades para garantizar el bienestar tanto de la persona enferma como de quienes le rodean. La alteración del lenguaje puede suceder de forma brusca, como en el caso de los accidentes vasculares cerebrales, o gradualmente, como sucede en la enfermedad de Alzheimer. Es importante saber que el lenguaje puede

afectarse en distintos aspectos. Fundamentalmente, las alteraciones pueden agruparse según sean de la expresión o de la recepción del lenguaje. Así, el lenguaje expresivo se refiere a la capacidad de hablar y ser entendido. En las demencias, suele perderse de forma gradual: en un principio, lo más característico tal vez sea la dificultad para encontrar las palabras adecuadas, mientras que en fases avanzadas de la enfermedad quizá la persona parezca farfullar o murmurar, siendo francamente difícil, incluso imposible, entender lo que dice. Por otro lado, el lenguaje receptivo supone la capacidad de entender a los demás. En la mayor parte de ocasiones, su alteración no es paralela a la pérdida del lenguaje expresivo; es decir, una persona puede entender más de lo que es capaz de decir o, al contrario, puede hablar bastante bien pero comprender poco de lo que se le dice. Es muy importante tener la precaución de no decir nunca ante la persona enferma cosas que no queremos que oiga o comprenda, así como no hablar nunca en su presencia como si no estuviera. Además, la alteración del lenguaje no es un buen indicador del grado de pérdida de otras funciones. O sea, una persona con una gran alteración del lenguaje tal vez pueda desenvolverse razonablemente bien en muchas actividades cotidianas.

- Comunicación escrita: La escritura es la forma de expresión verbal creada partir de unos códigos lingüísticos de mayor complejidad, como son los sistemas de representación gráfica: pictogramas, ideogramas y el sistema alfabético (el abecedario de una lengua), que han sido seleccionados por el ser humano para comunicarse y que varían según las sociedades. La capacidad de escribir (es decir, de fijar en un soporte material las ideas) es el resultado de una adquisición cognitiva, lingüística, perceptiva y motora determinada.

La comunicación escrita ofrece numerosas ventajas para la transmisión de mensajes a personas con problemas de memoria y a pacientes con dificultades cognitivas. Por ejemplo, a través de

materiales básicos, como las agendas, los diarios, etc., se apoya la intervención terapéutica y también se facilita la comprensión de los mensajes complejos.

En el caso de las personas con necesidades especiales, las mayores dificultades se presentan en el momento de utilizar el habla y la escritura manual como principal forma de expresión.

Como profesionales debemos tener en cuenta a la hora de comunicarnos con cualquier usuario que es preciso seguir una serie de pautas o normas que faciliten el establecimiento de un buen proceso comunicativo y asegurarnos de que nuestro interlocutor entiende perfectamente el sentido de las informaciones que queremos hacerle llegar, para ello:

- a) El mensaje debe estar correctamente estructurado.
- b) El mensaje debe ser claro y conciso, evitando dar pie a diferentes interpretaciones.
- c) Debemos seleccionar el momento más adecuado para iniciar la comunicación, evitando situaciones que puedan entorpecer la misma.
- d) Debemos comunicar sólo aquello que sabemos con certeza, evitando dar mensajes falsos o incompletos.
- e) Debemos adaptar el contenido y la forma del mensaje a las características del usuario al que nos dirigimos
- f) No podemos caer en contradicciones, siendo coherentes en nuestro lenguaje verbal y no verbal.
- g) Debemos prestar mucha atención al proceso de feedback, ya que a través de éste seremos conscientes de la interpretación que nuestro interlocutor ha hecho de la información y de si su grado de comprensión es el requerido.

Tabla 1 DIFERENCIAS CONTEXTUALES

LENGUAJE ORAL	LENGUAJE ESCRITO
El receptor capta el mensaje a través del oído	El receptor capta el mensaje a través de la vista.
Se produce espontáneamente. Es posible rectificar, pero no borrar lo dicho	Se produce en forma razonada. Es posible rehacer el texto
Es inmediato, es más rápido y ágil	Es diferido; por tanto, más lento
Es efímero. Se percibe sólo durante el tiempo en que se emiten los sonidos	Es duradero. La información se conserva a través del tiempo
Utiliza códigos no verbales	Utiliza poco los códigos no verbales
Hay interacción entre emisor y receptor	No hay retroalimentación por parte del receptor
Se apoya en el contexto extralingüístico	El texto es independiente del contexto

Comunicación no verbal

Con la comunicación no verbal se hace referencia a aquella información que se transmite al receptor sin emplear la palabra. Generalmente, se refiere al lenguaje corporal (postura, gestos, expresión facial, contacto visual, movimiento de brazos y manos, la inflexión de la voz, la secuencia, el ritmo, la cadencia de las palabras, ...) A diferencia de la comunicación verbal, ésta no se centra sólo en la transmisión de información, mensajes y conocimientos, sino que traspasa esa frontera del contenido para expresar también las emociones de la persona emisora. Además, los signos no verbales completan y apoyan o contradicen la comunicación verbal, sustituyen la comunicación oral, exteriorizan actitudes y favorecen las interacciones personales. No debemos olvidar que toda la comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional. Por tanto, ambos modos de comunicación no existen por separado, sino que se complementan entre sí en cada mensaje, se superponen y retroalimentan. Existe una necesidad de combinar estos dos lenguajes; la persona, en su papel de emisor y receptor, debe traducir de uno a

otro, siendo en este momento cuando pueden aparecer los dilemas de la comunicación, dando paso a la comunicación disfuncional y a las barreras de comunicación. Para conseguir una comunicación eficaz con el interlocutor debe producirse una armonía entre los mensajes verbales y no verbales emitidos, ya que en multitud de ocasiones es la discrepancia entre éstos la que entorpece el propio proceso comunicativo. Como profesionales debemos tener en cuenta que muchos de los pacientes en situación de dependencia poseen un pobre desarrollo del lenguaje, de modo que resulta indispensable comprender el lenguaje corporal y gestual de cada usuario y captar los matices del contacto visual para comunicarnos con más eficacia y comprender

Sólo una mínima parte de la comunicación es verbal; la mayor parte de la información expresada se hace a través de comunicaciones no verbales

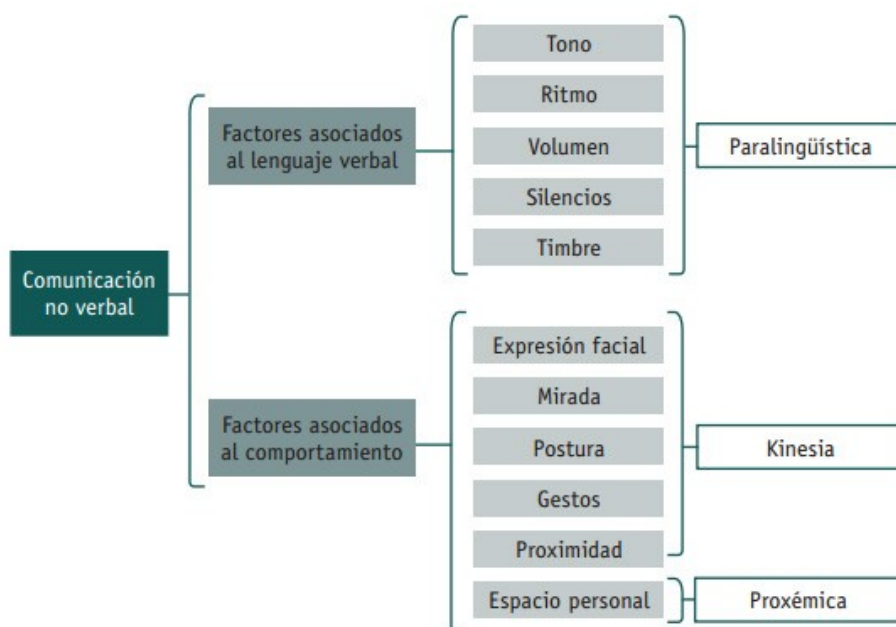


Gráfico 3.2. factores de la comunicación no verbal

3.1.2.1. OBSTÁCULOS Y FACILITADORES EN LA COMUNICACIÓN

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA:

Debemos tener presente que la incapacidad para comunicarse con los demás acarrea a las personas dependientes consecuencias como imposibilidad de acceder a la información y aislamiento social. Ya sabemos que en el proceso de comunicación intervienen una serie de factores fisiológicos y psicológicos que están presentes tanto en el emisor como en el receptor, y que estos elementos pueden entorpecer dicho proceso; y más aún en el caso de usuarios con incapacidad. En los procesos de comunicación, la principal barrera aparece cuando el lenguaje verbal no coincide con el lenguaje gestual o corporal pero también existen otras interferencias de tipo ambiental que pueden desvirtuar nuestras interacciones comunicativas. Como profesionales, debemos ser capaces de detectar todos estos elementos distorsionadores para evitarlos y establecer comunicaciones eficaces con los usuarios de los centros en los que desempeñemos nuestra actividad. Las barreras que pueden bloquear el proceso de comunicación entre el cuidador y el usuario pueden ser clasificadas en tres tipos:

1. Barreras de tipo físico.-Nos referimos a los factores medioambientales que rodean la interacción comunicativa y que pueden obstaculizarla. Entre otros, destacamos los siguientes: Ruido: implica distracciones de tipo auditivo que suponen la pérdida de información y, como consecuencia, el fracaso de la comunicación. Iluminación: una iluminación deficiente impide la correcta percepción visual de diferentes aspectos no verbales presentes (gestos, movimientos, miradas,...). Dimensiones físicas del sitio donde tiene lugar la comunicación. Canal o contexto inapropiado.

2. Barreras de tipo fisiológico.- Incluyen cualquier tipo de incapacidad física presente en el emisor o en el receptor y que pueda impedir una

correcta emisión o recepción de los mensajes. Es muy común encontrar en las instituciones para personas dependientes usuarios que presenten dificultades auditivas, visuales o verbales.

3. Barreras de tipo psicológico Hacen referencia a aquellas distorsiones que, debido a estados emocionales o déficits de tipo cognitivo, que el emisor o el receptor hacen de los mensajes. Pueden ser las siguientes:

a) Deformación del mensaje. Cuando el receptor recibe correctamente las diversas unidades del mensaje pero hace de forma inadecuada la organización de éste, lo que lleva a una incorrecta interpretación.

b) Percepción errónea. Las imágenes, impresiones o sensaciones que la persona capta del entorno a través de los sentidos pueden hacer que el emisor o el receptor atribuyan un significado equivocado a la información compartida, procesando la situación de manera errónea.

c) Olvidos. Son habituales los usuarios que presentan dificultad para retener en la memoria informaciones, consecuencia esto del proceso de envejecimiento natural o de trastornos cognitivos.

d) Falta de atención. Muchos tipos de discapacidades implican déficits atencionales que impiden al dependiente mantener la atención durante el periodo de tiempo completo que supone un proceso de comunicación.

e) Ausencia de feedback durante el proceso comunicativo. Ciertas alteraciones intelectuales también pueden afectar esta parte del proceso.

4. Dificultades en la comprensión. - No establecer un correcto contacto visual, lo que impide captar del usuario los elementos comunicativos no verbales.

Como profesionales debemos tener en cuenta, si nuestro objetivo es minimizar en lo posible las barreras presentes en la comunicación recomendamos:

- Observar atentamente el registro expresivo de los usuarios para obtener una buena información sobre el nivel de comprensión del mensaje y el estado emocional del paciente, lo que resulta de gran utilidad durante la realización de las labores profesionales.
- Pensar lo que vamos a decir y cómo vamos a decirlo; es decir, intentar que haya coherencia entre lo que decimos y el modo en que lo decimos, para que la interpretación de los mensajes por parte de los pacientes sea correcta y no genere desconfianza o incertidumbre.
- Escuchar con atención. La escucha activa supone comprender la comunicación situándonos en la perspectiva de la persona que emite el mensaje, centrándonos en sus emisiones verbales y no verbales. A través de ella, el hablante percibe muestras de que el oyente ha entendido sus palabras y también sus ideas y sentimiento.
- Establecer una conexión con los sentimientos e intereses del paciente; intentar ponernos en su lugar y compartir sus sentimientos (empatizar).
- Sencillez. Usar frases que no se presten a dobles interpretaciones y resumir las ideas en oraciones cortas. Se trata de que el lenguaje oral esté al alcance de la persona receptora, sea breve, conciso y con palabras fáciles de comprender y recordar.

OBJETIVOS:

- Adquirir estrategias comunicativas que permitan ofrecer una atención de calidad a pacientes con patologías que limiten su capacidad lingüística para ofrecerles recursos materiales y sistemas de comunicación adaptados a sus necesidades especiales, de forma que se estimule su desarrollo comunicativo y se favorezcan tanto su autonomía personal, como sus interacciones sociales.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:**Trabajo en grupo:****Dinámica: “Adivina la emoción”.**

El /la docente mostrará a dos de los/las participantes la misma emoción que representarán delante de sus compañeros/as. Separados por un biombo para que no interfieran entre ellos y con una máscara. Durante la simulación no pueden utilizar la palabra, ni la gesticulación facial. Los demás tienen que adivinar de qué emoción se trata. Todos los participantes representarán diferentes emociones.

Trabajo en grupo:

Role playing de como practicar estrategias de comunicación eficaz con los usuarios institucionalizados.

Trabajo por parejas:

Se elaborará una lista de problemas sobre los que se quiere dialogar, ordenados de mayor a menor carga emocional (es útil incluir al principio temas neutros). Después se colocan los asistentes por parejas (uno escucha y el otra expone y a la inversa).

MATERIALES Y RECURSOS:

- Para la actividad “Adivina la emoción”: Un biombo y máscaras.
- Emociones para representar (anexo 11).
- Folios y bolígrafos para hacer la Escala.

TEMPORALIZACIÓN:

30 minutos (10 minutos para la dinámica “Adivina la emoción, 10 minutos para el role playing, y 10 minutos para el trabajo por parejas).

EVALUACIÓN:

Inicial: El/la docente inicia el tema con una pregunta a los profesionales: ¿Qué entendéis por empatía? Después cada participante tendrá que responder en una escala del 1 al 5, donde 1 es nada empático y 5 totalmente empático, en qué grado se consideran empáticos.

Final: Identifica correctamente las emociones durante la actividad “Adivina la emoción”.

3.1.3. SÍNDROME DEL CUIDADOR DE LA PERSONA MAYOR

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA:

La presencia de un miembro que precisa de cuidados, el propio reconocimiento del proceso de envejecimiento en sus familiares afectados, el cambio de actitudes a fin de promover la autonomía personal de los mismos, y el conocimiento de las necesidades de los familiares con alguna persona afectada por discapacidad intelectual, son elementos de análisis que es necesario conocer para abordar el tema. Dichos elementos pueden generar una nueva situación familiar que puede provocar importantes cambios dentro de la estructura familiar y en los roles y patrones de conducta de sus integrantes. Estos cambios pueden precipitar crisis que ponen en peligro la estabilidad de la familia, pudiendo afectar a todos sus componentes, especialmente al cuidador principal, que es el miembro de la familia que soporta la mayor parte de la sobrecarga física y emocional de los cuidados. Se define como **cuidador principal informal (CPI)** a la persona encargada de ayudar en las necesidades básicas e instrumentales de

la vida diaria del paciente durante la mayor parte del día, sin recibir retribución económica por ello.

Por otra parte, los **cuidadores formales** son aquellos profesionales y responsables del establecimientos especializados que, habiendo recibido formación previa sobre los cuidados que necesita la persona dependiente, ofrecen atención con límites horarios y menor compromiso afectivo que los cuidadores informales. En las últimas décadas, y dadas las características de nuestra sociedad, el número de cuidadores formales está creciendo considerablemente, muchas veces como apoyo de los cuidadores informales, que ocupan el papel del cuidador primario de la persona dependiente.

Gran parte de los cuidados precisados por estas personas recaen sobre los denominados cuidadores informales, entre los que destacan los cuidados -prestados por la familia, que es el principal proveedor de cuidados de salud. Así, la labor de los cuidadores informales contribuye al mantenimiento de las personas en su entorno social, disminuyendo la utilización de recursos formales y demorando o evitando el ingreso en instituciones

La sobrecarga que soporta el cuidador, una vez superados los recursos disponibles, puede repercutir de forma negativa sobre su salud, dichas repercusiones negativas destacando por su frecuencia las referidas al malestar psíquico (principalmente ansiedad y depresión), aunque también se han descrito repercusiones importantes en otras esferas como la salud física, el aislamiento social, la falta de tiempo libre, la calidad de vida o el deterioro de la situación económica, dando lugar a lo que algunos autores han dado en denominar síndrome del cuidador.

Por ejemplo, es conocida la dificultad que tienen los cuidadores para destinar tiempo a realizar actividades de descanso y de ocio y/o, muy en relación con esta dificultad, para pedir ayuda a otras personas para

cuidar de su familiar. A través de esta guía se pretende modificar estas formas disfuncionales de afrontar el cuidado, para lo cual se hace imprescindible entrenar a los cuidadores en la reestructuración de sus pensamientos disfuncionales. De acuerdo con los planteamientos originales de la Teoría Cognitiva de Beck (Beck et al., 1979), las técnicas cognitivas a través de las cuáles se pretenden modificar los estilos de pensamientos de los cuidadores se complementan con técnicas conductuales necesarias para obtener resultados sólidos de la intervención. Por ejemplo, de forma paralela a la reestructuración de los pensamientos disfuncionales que obstaculizan, entre otras cosas, el dedicar tiempo para el autocuidado, se realizan ejercicios dirigidos a fomentar la realización de actividades placenteras por parte de los cuidadores. Aunque existen evidencias previas sobre la eficacia del componente psicológico de la intervención (Losada et al., 2006; Márquez-González et al., en prensa), se han introducido revisiones de los contenidos de las sesiones, modificaciones dirigidas a perfeccionar el componente conductual del programa y se han ampliado y revisado los procedimientos de evaluación de la implementación de la intervención. Por otra parte, el componente de la intervención en el que la Terapia Ocupacional juega un papel principal que tiene como objetivo entrenar a los cuidadores en habilidades para maximizar un comportamiento autónomo por parte de su familiar (evitar el exceso de dependencia) y en habilidades para proporcionar los cuidados de una forma que disminuya el riesgo de problemas de salud física para los cuidadores (por ejemplo, higiene postural y realización de transferencias).

El estrés laboral en los cuidadores formales

El estrés laboral es un fenómeno personal y social cada vez más frecuente y con consecuencias importantes a nivel individual y organizacional, es considerado como una falta de ajuste del individuo a las capacidades percibidas o reales del entorno. La mayoría de los

profesionales que prestan cuidados a personas dependientes, pasan gran parte de su tiempo en interacción con pacientes y familiares de éstos, de tal modo que las relaciones interpersonales suelen estar cargadas emocionalmente y acompañadas de sentimientos de tensión, ansiedad, miedo o incluso hostilidad encubierta personal.

Sirvan de ejemplo los estudios de Niederehe y colaboradores (Niederehe et al., 1983; Niederehe y Funk, 1987) quienes demostraron el impacto de las interacciones conductuales entre cuidador y receptor de cuidados. Sus resultados mostraron que aquellos cuidadores que utilizaban en sus interacciones con la persona cuidada respuestas autoritarias o evitativas informaron de mayores sentimientos de carga y malestar psicológico que aquellos cuyas respuestas apoyaban y estimulaban a la persona dependiente.

Estas conductas se fundamentan en que muchos cuidadores creen que los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia están bajo el control de la persona, interpretando el olvido del paciente como irresponsabilidad, la irascibilidad como una falta de aprecio, el cuestionamiento repetitivo como un intento deliberado de molestar; desarrollando así mayor probabilidad de expresar criticismo u hostilidad hacia el paciente.

Cuándo la relación profesional-cliente se deteriora, provoca la insatisfacción de ambos, la disminución de la calidad de la relación y de los servicios prestados, etc., y el profesional acaba reduciendo su eficacia autopercebida, cuestionando su propia capacidad profesional e incluso personal, perdiendo la confianza en si mismo, su equilibrio emocional y su capacidad para trabajar con sus compañeros.

En consecuencia, el estrés laboral se asocia con la insatisfacción laboral, con estados emocionales negativos, con una disminución de la

competencia profesional y con la caída de la autoestima y de la percepción de la propia imagen.

No todas las personas son susceptible al desarrollo del síndrome del cuidador, para que aparezca este síndrome es necesario que existan una o varias causas percibidas como estresantes, así como un sentimiento de pérdida de control de la situación, es decir, una ausencia de recursos para afrontar la situación de forma eficaz.

Entre estos factores se pueden diferenciar variables personales y sociales. Los factores personales incluyen características de la personalidad y estrategias de afrontamiento que una persona emplea para ayudarse a resistir la amenaza que representa el evento percibido como estresante.

Los factores sociales se refieren a la fuente o red social a que una persona puede recurrir para afrontar el estrés, y engloban familia, amigos, compañeros de trabajo, etc.

Este conjunto de variables decidirá el grado de activación a que se verá sometido el organismo, como resultado de su interacción con el entorno. Esta activación hará que una situación pueda generar estrés a un determinado individuo mientras que a otro no. Por lo tanto, esos factores personales actúan como mediadores y moduladores de los niveles de estrés en un contexto determinado pero los factores organizacionales frecuentemente intervienen junto con otros relativos a las peculiaridades del puesto de trabajo. Incrementar positivamente las condiciones objetivas y subjetivas del trabajo, constituye una de las intervenciones básicas en la prevención y el tratamiento del síndrome del cuidador formal. Los métodos de prevención, reducción o superación de dicho síndrome que se pueden utilizar son básicamente los mismos que para el estrés principalmente, los respaldados en los enfoques de afrontamiento individual, social y organizacional, como

ratifica la literatura y las diversas investigaciones acerca de este síndrome.

Veamos el siguiente ejemplo:

Juan es un chico que está implicado en muchísimos proyectos personales y profesionales. Acaba de encontrar su primer empleo, auxiliar en un centro de día de personas mayores, donde el personal es escaso y el Centro cuenta con 40 usuarios, por lo que la jornada laboral de 8 horas diarias es agotadora. Pero además tiene planificado acabar este año la carrera, está terminando enfermería, ya sólo le quedan tres asignaturas. Su grupo de música, del que forma parte hace muchos años, ha conseguido por fin meterse en los bares de música en vivo de su ciudad, pero esto también le acarrea muchos más compromisos, pues ya han firmado su primer contrato para tocar en directo todos los fines de semana.

Juan ha llegado a una situación, según él, “desesperante”, se siente muy agobiado y estresado, no puede con todo.

Situación Estresante: La historia de Juan (moldes y estrategias situacionales)

Molde Inadecuado
<i>Evaluación Selectiva Negativa: Juan siente que no puede disfrutar del tiempo de ocio con sus amigos, ni con su pareja; tendrá que dejar de lado muchas cosas que le gusta hacer, a pesar de que éste es el sueño de su vida. Ésta es una reacción habitual que suele tener ante las situaciones que vive a diario.</i>
Molde Adecuado

Transformación rentabilizadora: A pesar del esfuerzo que le va a suponer, piensa en sacarle el mayor partido a esta nueva situación, dándole la vuelta a los problemas que puedan surgir y disfrutando mucho de todo el proceso y de las nuevas experiencias. Ésta es una reacción habitual que suele tener ante las situaciones que vive a diario.

Estrategia Inadecuada

Evitación: Ha decidido no dedicarle mucho tiempo a pensar en cómo solucionar esta situación concreta que está viviendo. No tocar el tema quizás le venga bien para no sentirse tan mal. Esta decisión afecta sólo a este problema, pero si es habitual, estamos ante un molde de Oblicuidad cognitiva

Estrategia Adecuado

Precisión y supervisión: Se ha sentado a hacer una lista con todo lo que tiene que hacer, dedicando un tiempo específico a cada tarea y dejando tiempo libre para su descanso y ocio. Lo ha dejado por escrito y en un sitio visible para que le ayude a superar este momento de una manera más cómoda para él. Esta decisión afecta sólo a este problema, pero si es habitual, estamos ante un molde de Precisión y supervisión.

Como vemos, son diferentes las maneras en que podemos enfrentarnos a los problemas, a las situaciones que nos generan estrés. Moldes y estrategias nos permitirán dicho afrontamiento de una manera más o menos adecuada, según nos situemos en un polo más positivo o más negativo. Pero siempre teniendo en cuenta que el alcance de los moldes de la mente supera al de las estrategias de coping, pues los primeros suponen un posicionamiento ante la vida en general y no sólo ante un problema en particular.

OBJETIVOS:

- Identificar las múltiples dimensiones de la carga del cuidador.
- Aprender a utilizar estrategias de afrontamiento del estrés.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:

Trabajo en gran grupo:

El/la docente le pedirá a los asistentes que se sienten lo más cómodos posibles y les guiará a una sesión de relajación para sentir los beneficios de la misma (anexo 12).

TEMPORALIZACIÓN:

10 minutos para la relajación “Entrenamiento autógeno de Schultz”

EVALUACIÓN:

Inicial: Se les pide a los asistentes que visualicen una situación estresante de su día a día y que valoren el grado de estrés que le produce dicha situación, en una escala de 1 al 5, donde 1 es me siento nada estresado y 5 me siento muy estresado.

Final: Se les piden a los asistentes después de la relajación que valoren su grado de estrés en una escala de 1 a 5, donde 1 es me siento nada estresado y 5 me siento muy estresado.

3.2. ESTRATEGIAS ADECUADAS PARA ENVEJECER CON ÉXITO

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA:

El envejecimiento es un proceso de cambio que se desarrolla de forma natural y que supone la adaptación a ese cambio por parte de la persona. A pesar de que con frecuencia van ligados los conceptos de vejez y dependencia, es necesario remarcar que es la enfermedad y no la edad la principal causa de dependencia, lo que implica que vejez no ha de ser en ningún caso sinónimo de enfermedad o dependencia. Es más, a lo largo de los últimos 20 años desde distintos estamentos se ha tratado de estimular el envejecimiento exitoso, activo o competente, conceptos todos que señalan un nuevo tipo de vejez libre de enfermedad y de incapacidad funcional.

A nivel individual, las personas pueden hacer mucho para mejorar su manera de envejecer y prevenir enfermedades. Puede afirmarse que en ausencia de enfermedades demenciales, el funcionamiento cognitivo puede potenciarse a lo largo de la vejez a través de técnicas y medidas adecuadas

Autores como Díaz-Veiga han remarcado la importancia del apoyo social a la hora de describir el funcionamiento social en la vejez. La cantidad y calidad de las relaciones que tiene un individuo y que le proveen de ayuda, afecto y autoafirmación personal tienen no sólo influencia en el funcionamiento social de la persona, sino que median en el mantenimiento de la autoestima durante la vejez y tienen una posible función amortiguadora en relación con las pérdidas.

Dada la mayor incidencia de algunas patologías concretas en p.c.d.i. en proceso de envejecimiento, a la menor capacidad para la recuperación que la propia edad implica y a las dificultades que, especialmente las personas gravemente afectadas, presentan para la

expresión de su malestar físico, es importante llevar un control y seguimiento específico del estado de salud de las personas con discapacidad intelectual, especialmente a partir de los 45 años.

El inicio del proceso de envejecimiento suele ir acompañado de cambios emocionales y en el comportamiento de las personas, en muchos casos como consecuencia de los cambios fisiológicos y a nivel sociofamiliar que acontecen en la vida de las personas conforme van avanzando en edad, tengan o no discapacidad intelectual. Estos cambios pueden manifestarse de forma más evidente en personas con discapacidad intelectual en proceso de envejecimiento, como consecuencia de sus mayores dificultades de adaptación a los cambios, su falta de recursos de afrontamiento de los mismos y, en muchos casos, a la falta de información acerca de los mismos y, por tanto, de preparación para la asunción de los mismos.

Para desarrollar un envejecimiento activo positivo, la sociedad debe proporcionar a los mayores oportunidades para que puedan ser independientes, para que gocen de buena salud y para que sean productivos. Asimismo es importante que disfruten de una mayor seguridad y comodidad, fomentando el bienestar y creando entornos ambientales más propicios y favorables. Hay que pensar más en capacitar que en discapacitar, considerando a los mayores como participantes y contribuyentes activos de la sociedad.

3.2.1. MODELOS DE INTERVENCIÓN EN PDI EN PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA:

Tal como ocurre al hablar de la salud de las p.c.d.i en proceso de envejecimiento, desde el punto de vista geriátrico, no existen indicadores psicológicos del inicio del proceso de envejecimiento que sean diferentes a los que aparecen en la población sin discapacidad intelectual al iniciar dicho proceso. El aspecto diferencial se centra en el momento de aparición de los mismos y en el modo de manifestarlos y/o expresarlos. Tradicionalmente, los cambios a nivel psicológico que se producían en las personas con discapacidad intelectual, conforme avanzaban en edad se achacaban a la propia discapacidad intelectual y no se consideraban signos o síntomas indicadores de un inicio temprano del proceso de envejecimiento. Las investigaciones actuales muestran que algunos síndromes, como por ejemplo el Síndrome de Down se caracterizan por un envejecimiento prematuro y la esperanza de vida se sitúa en torno a 15 años por debajo de la de la población general. Así pues, es importante observar los cambios que se van produciendo en la persona conforme avanza en edad para poder detectar cuanto antes todos aquellos síntomas que puedan ser indicativos de un inicio del proceso de envejecimiento y poder, de este modo, adecuar la intervención a las nuevas necesidades de la persona.

CAMBIOS COGNITIVOS

Dado que la discapacidad intelectual afecta, especialmente, al desarrollo de las capacidades cognitivas de la persona, resulta complejo delimitar el deterioro cognitivo que se produce como consecuencia del proceso de envejecimiento. Será, por tanto, fundamental en este caso observar los cambios que se producen en la persona respecto a sus capacidades habituales. Detectar de manera

temprana los signos de envejecimiento va a permitir adecuar la intervención atendiendo a cada uno de los cambios. Diferentes estudios e investigaciones presentan los siguientes cambios como los más significativos durante el proceso de envejecimiento en relación con las capacidades cognitivas de la persona:

Alteraciones de la memoria y olvidos

Recomendaciones: Realizar específicamente ejercicios de estimulación de la memoria, para favorecer el mantenimiento de la misma y ralentizar la pérdida. Existen en el mercado diversos programas desarrollados para ello.

Disminución de la capacidad de reacción y de resolución de problemas ante situaciones y dificultades de la vida cotidiana

Recomendaciones: Promover la autodeterminación en todo momento, en la medida en que cada persona pueda, en cuanto a la toma de decisiones y la resolución de problemas. Respetar los tiempos de respuesta que cada persona necesite, tratando de no forzar dichos tiempos, algo que podría conllevar que la persona se inhiba al respecto.

Pérdida de las capacidades sensoriales y perceptivas (vista, oído, gusto, tacto y olfato)

Recomendaciones: Realizar revisiones periódicas de vista y oído, con objeto de poder facilitar a la persona la utilización de gafas o audífonos en caso de pérdida de capacidad o la operación de cataratas en caso de que éstas aparezcan y estén afectando a la capacidad visual. En caso de pérdidas grandes será recomendable tener cuidado con el uso de máquinas y herramientas, tanto en los talleres, como en el entorno residencial, cuya manipulación pueda ser peligrosa.

Dificultad para el reconocimiento de personas y espacios y desorientación espacio-temporal

Recomendaciones: Favorecer el recuerdo y el reconocimiento mediante la utilización de elementos facilitadores del mismo, tales como colocar carteles con símbolo y denominación de los diferentes espacios habituales, colocar las fotos y los nombres de las personas con contacto habitual en lugares accesibles para el usuario... En casos de gran desorientación espacial, como ocurre en personas con enfermedad de Alzheimer, es recomendable colocar a la persona alguna pulsera o chapa identificativa, que permita que la persona pueda recibir apoyos para volver en caso de pérdida al salir al exterior.

Dificultades en la expresión y comprensión del lenguaje

Recomendaciones: Favorecer la comprensión del lenguaje mediante la simplificación de los mensajes y su apoyo con sistemas de comunicación aumentativa (tales como acompañamiento de signos de apoyo al lenguaje oral, como en el sistema bimodal, o de sistemas pictográficos acompañando al lenguaje escrito) y fomentar el uso de sistemas de comunicación alternativa cuando no sea posible la utilización del lenguaje oral a nivel expresivo (facilitando la utilización, por ejemplo, de sistemas pictográficos como el SPC, adecuados a las necesidades expresivas de la persona).

Disminución de la capacidad de concentración y atencional

Recomendaciones: Fomentar el mantenimiento de las capacidades de atención y concentración mediante la realización específica de ejercicios de estimulación de las mismas. Existen en el mercado diversos programas desarrollados para ello. También puede trabajarse de manera informal mediante la utilización de las nuevas tecnologías o la práctica de ejercicios cotidianos que puedan resultar motivadores

para la persona (por ejemplo, “búsqueda de las 7 diferencias” en los periódicos...).

Dificultades para la toma de decisiones

Recomendaciones: Fomentar que las personas tomen decisiones que afecten a su propia vida aunque sea para pequeñas circunstancias vitales (por ejemplo, a la hora de decidir lo que se va a poner cada día o al elegir la fruta o el sabor del yogur que se tomará de postre,...).

CAMBIOS EMOCIONALES Y DEL COMPORTAMIENTO

El inicio del proceso de envejecimiento suele ir acompañado de cambios emocionales y en el comportamiento de las personas, en muchos casos como consecuencia de los cambios fisiológicos y a nivel sociofamiliar que acontecen en la vida de las personas conforme van avanzando en edad, tengan o no discapacidad intelectual. Estos cambios pueden manifestarse de forma más evidente en personas con discapacidad intelectual en proceso de envejecimiento, como consecuencia de sus mayores dificultades de adaptación a los cambios, su falta de recursos de afrontamiento de los mismos y, en muchos casos, a la falta de información acerca de los mismos y, por tanto, de preparación para la asunción de los mismos.

Sentimientos de falta de utilidad como consecuencia de la disminución en la actividad o a la jubilación, que pueden afectar a la autoestima de la persona

Recomendaciones: Fomentar que la persona participe en actividades que la mantengan activa y proporcionarle pequeñas responsabilidades, en función de sus intereses y capacidades, que hagan que se sienta útil.

Preocupación por la pérdida de las personas queridas y duelo ante las pérdidas

Recomendaciones: Preparar a las personas para la pérdida, hablando de la posibilidad, adecuando la información a la capacidad comprensiva de la persona, y no haciendo del tema de la muerte un “tabú”. Proporcionar información veraz a la persona acerca de la muerte de sus seres queridos, no enmascararla contándole que la persona “se ha ido de viaje”... las personas necesitan pasar el duelo por sus seres queridos y no sentir que les han abandonado cuando va pasando el tiempo y no vuelven. Acompañar a la persona durante el proceso de duelo para facilitar que asimile la pérdida.

Sentimientos de miedo ante la posibilidad de la propia muerte

Recomendaciones: La cercanía de la propia muerte genera sentimientos de miedo y es bueno que la persona pueda hablar de sus miedos, exteriorizar sus sentimientos,... para lo que será fundamental proporcionarle esos momentos de escucha activa, momentos en los que la persona se sienta comprendida y apoyada.

Dificultad para expresar y comunicar afectos

Recomendaciones: Favorecer un clima de confianza y afecto, en el que la persona se sienta querida y reconocida como persona. El ser huma- 17 no tiene la necesidad de afecto en todas las etapas de su vida y conforme se va haciendo mayor y va perdiendo seres queridos va haciéndose necesario que las personas que le quieren le comuniquen sus afectos expresamente.

Sentimientos de soledad, desamparo y tendencia al aislamiento

Recomendaciones: Fomentar que las personas con discapacidad intelectual en proceso de envejecimiento participen en actividades que impliquen relación social y favorecer la interacción con otras personas.

Sentimientos de dependencia ante la pérdida de facultades

Recomendaciones: Fomentar la autogestión y la toma de decisiones en todos los aspectos que afectan a la vida de la persona, en función de las capacidades que ésta tenga.

CAMBIOS PSICOSOCIALES

Desde el nacimiento, la familia es la responsable del desarrollo del nuevo ser. Todos sus esfuerzos se dirigen a que la persona logre su autonomía y sepa desenvolverse en su vida diaria de la mejor manera posible. Las p.c.d.i que envejecen se encuentran dentro de un sistema familiar y social de cuidados que deben ir adaptándose a los cambios que van surgiendo. A medida que van envejeciendo, además de enfrentarse a un deterioro físico y psíquico, aparecen nuevas circunstancias, ya que no sólo envejecen los hijos, los padres también avanzan en edad y, las fuerzas para seguir con los cuidados ya no son las mismas. La situación que se presenta es la de mayores cuidando a mayores y esto provoca que se necesiten diversos apoyos que garanticen el mantenimiento del tipo de vida llevado hasta el momento. Es importante tratarles en función de su edad, respetando sus ritmos, sus gustos y sus elecciones. A medida que se va envejeciendo las personas se vuelven más lentos, necesitan más atención en actividades tan comunes de la vida diaria, como son vestirse, asearse, desplazarse.... A menudo cambian los gustos y preferencias en lo que a actividades se refiere. Es en este contexto en el que comienzan a plantearse cuestiones sobre el futuro, es decir,

temas como la tutela futura, la residencia u hogar en el que se vivirá, la pérdida de los seres queridos,... Serán aspectos fundamentales a concretar cuando se inicia el proceso de envejecimiento tanto de la persona con discapacidad intelectual como de su familia.

Recomendaciones de intervención:

- Planificar el futuro legal de la persona: tutela, curatela, patrimonio protegido.
- Concretar cuál será el hogar o residencia en el que vivirá la persona con discapacidad intelectual en proceso de envejecimiento.
- Solicitar, si no se ha hecho a otra edad, la valoración de dependencia y la derivación a los recursos correspondientes en función de la edad de la persona.
- Favorecer que la persona cuente con las ayudas técnicas y para la movilidad que pueda necesitar para el mantenimiento de su autonomía.

En resumen, las personas con discapacidad intelectual en proceso de envejecimiento son personas “que no tienen que aprender, pero aprenderán, no tienen por qué trabajar, pero podrán estar activos y ocupados y que, fundamentalmente, tienen que vivir lo mejor posible” (Millán Callenti, J.C., “Situación actual de las personas con DI”).

OBJETIVOS:

- 1- Incrementar la participación de esta población en las actividades ofertadas por las distintas entidades para poder conseguir una serie de objetivos más específicos.
- 2.- Fomentar el envejecimiento activo a través de las TICs.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Trabajo en pequeños grupos:

Se dividirán a los participantes en grupos de 3 y se nombrará un portavoz de cada subgrupo. Se le entregará un folio a cada portavoz y se les pedirá que escriban sobre los recursos disponibles y saber seleccionar los más apropiados para cada situación sobre el envejecimiento activo.

Trabajo en grupo:

Se pondrá sobre la mesa el siguiente tema para comentar entre todos: “áreas en las que las TICs pueden contribuir a mejorar la calidad de vida de los ancianos y mejorar el envejecimiento”.

Trabajo individual:

Cada participante jugará una partida con la wii, comprobando por el mismo las ventajas de su uso.

TEMPORALIZACIÓN:

1 hora (20 minutos cada actividad).

MATERIALES Y RECURSOS:

- Encuesta (anexo 13).
- Folios y bolígrafos.
- Wii o cualquier dispositivo similar.

EVALUACIÓN:

Inicial: El docente evaluará los conocimientos de los participantes mediante una encuesta sobre los beneficios de las TICS en el envejecimiento

Final: Se repartirá a cada participante la encuesta de la anterior evaluación y se les pedirá si desean añadir nueva información.

3.3. COORDINACIÓN CON OTROS SERVICIOS

Servicios Sociales

Es un servicio público de atención a la ciudadanía que tiene como objetivo asegurar el derecho de las personas a vivir dignamente durante todas las etapas de su vida, teniendo cubiertas las necesidades sociales básicas. Entendemos por necesidades sociales aquellas dificultades que las personas pueden tener en el entorno donde conviven o en la relación familiar o personal que establecen. El sistema de servicios sociales es el conjunto de actuaciones y recursos dirigidos a la promoción y desarrollo pleno de todas las personas y colectivos, con el objetivo de lograr la mayor cota de bienestar social y calidad de vida. El sistema de servicios sociales es de carácter universal, esto quiere decir que va dirigido a toda la población, independientemente del municipio en el que residan. De forma complementaria las diferentes Administraciones pueden adaptar estos servicios teniendo en cuenta sus particularidades socio-demográficas, territoriales, económicas, etc.

Para comprender mejor el funcionamiento del Sistema Público de Servicios Sociales, es importante señalar que se encuentra estructurado en dos niveles de atención:

a. Servicios Sociales Generales o Básicos

1) Los dirigidos a la población general:

- Servicios básicos de atención social
- Servicio de Ayuda a domicilio (SAD): El servicio de ayuda a domicilio se dirige a individuos o familiares en situación de riesgo o dependencia y tiene por objeto prevenir y atender situaciones de necesidad prestando apoyo de carácter doméstico, social, educativo, rehabilitador o técnico. Su objetivo es facilitar la autonomía personal en el medio habitual (en el domicilio, generalmente), evitando así un posible internamiento, potenciando la autonomía del beneficiario del servicio.

El Servicio de Ayuda a Domicilio puede incluir las siguientes prestaciones básicas de carácter personal y doméstico: - Movilización, aseo personal y vestido. - Apoyo tareas de limpieza de la vivienda, lavado y planchado de ropa. - Realización de compras, preparación o servicio de comidas. - Acompañamiento.

- Servicio de tecnologías de apoyo y cuidado

2) Los servicios especializados comunes para personas con discapacidad (para todos los tipos de discapacidades):

- Servicio de orientación

- Servicio de valoración

- Servicio de atención precoz

- Servicio de transporte adaptado

- Servicio de centro para la autonomía personal

3) Servicios Sociales Especializados. Los servicios sociales Especializados, van destinados a determinados sectores de población que, por su particular vulnerabilidad, requieren de una atención específica. Dentro de este segundo nivel de atención, encontraríamos servicios como: residencias de personas mayores, centros ocupacionales para personas con discapacidades, etc. El acceso a este nivel especializado de atención depende de la valoración inicial realizada en los Servicios Sociales Generales, ya que es desde el nivel básico de atención desde el que se puede derivar hacia recursos específicos.

¿Cuáles son sus funciones generales? Ser centros de información, valoración, diagnóstico y orientación para la población. - Prestar servicios de ayuda a domicilio y apoyos a la unidad de convivencia (familia). - Realizar actuaciones preventivas de las situaciones de riesgo

y necesidad social. - Gestionar prestaciones de emergencia social (ayudas económicas, entre otras.).

¿Qué programas se desarrollan? Los recursos, programas y prestaciones que se desarrollan a través de los servicios sociales pueden agruparse en relación a los objetivos generales que antes señalábamos: Servicio de Información, Orientación y Asesoramiento: sobre los derechos y prestaciones a los que podemos tener acceso, tanto del propio sistema de servicios sociales como de cualquier otro ámbito (empleo, educación, vivienda... etc.). A partir de la evaluación de las necesidades expresadas por cada persona, se informa de los recursos y prestaciones disponibles que más se ajusten a nuestro perfil, derivándonos si fuese necesario al segundo nivel de atención, constituido por los Servicios Sociales Específicos o a otras entidades.

- Para la atención a la **discapacidad intelectual** se mencionan de forma explícita los siguientes servicios:
 - Servicio de centro de día de atención especializada temporal o permanente (CAE)
 - Servicio de apoyo a la autonomía en el propio hogar
 - Servicio de hogar (piso) con apoyo para personas con DI con necesidad de apoyo intermitente (son los estándar)
 - Servicio de hogar residencia temporal o permanente para personas con DI
 - Con necesidades de apoyo intermitente
 - Con necesidades de apoyo limitado
 - Con necesidades de apoyo limitado (trastorno de conducta)
 - Con necesidades de apoyo extenso
 - Con necesidades de apoyo extenso (trastornos de conducta)

- Con necesidades de apoyo generalizado
- Servicio de centro residencial temporal o permanente para personas con DI
- Con necesidades de apoyo extenso
- Con necesidades de apoyo extenso (trastornos de conducta)
- Con necesidades de apoyo generalizado
- Con necesidades de apoyo generalizado (con problemas de salud o de salud mental añadidos)
- Servicio de Terapia Ocupacional (STO)
- Servicio de Terapia Ocupacional con Auxiliar (STO con auxiliar)
- Servicio Ocupacional de Inserción (SOI)
- Servicio de tiempo libre
- Servicio de tutela.

TALLER DIRIGIDO A PERSONAS USUARIAS

Taller personas usuarias 1. Entendiendo el significado de envejecer de forma activa

1. 1. EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO. EXPERIENCIA EN PRIMERA PERSONA

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA:

Hoy en día nos encontramos con que las personas cada vez viven a edades más avanzadas y las personas usuarias que se encuentran en nuestra organización van a formar parte de este colectivo. Numerosos estudios indican que la adaptación a los cambios es un buen síntoma de salud psicosocial, por lo que nuestro enfoque debe ir encaminado a educar a las personas a vivir este proceso con normalidad en una sociedad en continuo cambio, los cuales afectarán directamente a las personas con diversidad funcional y repercutirán en el modelo familiar en el que tradicionalmente han vivido.

El proceso de envejecimiento requiere además de la adaptación a los cambios, la incorporación de nuevos proyectos personales que obliguen a mantener una vida sana, activa y con vínculos sociales. El fruto de esta actitud dará no sólo años a la vida sino también más vida a los años. Es lo que llamamos envejecimiento activo.

En este apartado se pretende hacer partícipe a las personas usuarias de su propio proceso de envejecimiento, partiendo de que ellos son los protagonistas de su propia vida y planificando nuevos programas que se distingan de los ya realizados en etapas anteriores en su desarrollo vital.

OBJETIVOS:

- Conocer el proceso de envejecimiento y el significado del término de envejecimiento activo.
- Crear una imagen alternativa a la visión negativa del envejecimiento.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:

Trabajo individual:

Se presentará a los participantes un folio dividido en 6 partes (3x2 casillas) y a continuación una serie de pictogramas. Se les pedirá que piense en su vida, seleccione 6 con los que se sienta identificado y los pegue en el folio¹³.

Trabajo en gran grupo:

El docente pedirá a uno o dos participantes que salgan como voluntarios, les preguntará por las imágenes que ha pegado en el folio y le pedirá que cuente la historia a partir de las imágenes haciendo hincapié en cómo ha ido evolucionando ésta a lo largo de los años.

Trabajo individual:

El docente hará un breve resumen de lo acontecido en la actividad anterior y lanzará la siguiente pregunta a los participantes: ¿Cómo os veis u os gustaría estar en un futuro?, volverá a darles un folio con 6 casillas y utilizando de nuevo los pictogramas o recortes de revistas, les pedirá que peguen en los espacios aquellos que consideren oportunos.

Trabajo en gran grupo:

Se hará una puesta en común de la actividad, donde todos los participantes que quieran podrán contar su percepción acerca del futuro. El docente resumirá las semejanzas encontradas dando una imagen positiva del proceso de envejecimiento.

¹³ Durante la actividad también se pueden utilizar recortes de revistas. Otra variante si se dispone de información de los participantes es utilizar fotografías de momentos de su vida, pedirle que las seleccione y a partir de ahí contar la historia de su vida.

Trabajo final:

Se recogerán en un folio tamaño a3 utilizando las similitudes en imágenes y/o pictogramas y se pegarán acompañándola de una frase que resuma las claves que los participantes consideren necesarias para un bien envejecimiento.

TEMPORALIZACIÓN:

1 hora.

MATERIALES Y RECURSOS:

Revistas, fotografías, recortes de los pictogramas, dos folios tamaño a4 divididos en 4 casillas (anexo 14), tijeras, pegamento, folio a3, diapositivas explicativas de la actividad, ordenador con proyector, rotuladores de colores.

EVALUACIÓN:

Inicial. El docente lanzará la siguiente pregunta a los participantes. ¿Sabéis que es el envejecimiento activo? ¿Habéis notado algún cambio (físico, cognitivo, social, etc.) en los últimos años?

Final. Claves para el buen envejecimiento recogido en el folio a3.

1.2 FORMAS DE VIDA Y CONVIVENCIA: EL PAPEL DEL MAYOR

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA:

Por todo es sabido que el ser humano es un ser social. Nadie vive aislado del resto y la interacción con otros individuos es imprescindible para el bienestar y la salud. La convivencia es la primera forma de relación entre las generaciones de una familia, habiendo numerosas formas de convivencia y siendo estas cambiantes con el paso del tiempo debido a las transformaciones demográficas. En numerosas ocasiones, no es extrañar ver que un hogar conformado por padres e hijos se transforma en un nido vacío por la emancipación de familiares o muerte de algún familiar.

Uno de los sentimientos más experimentados por las personas mayores es la soledad y la incertidumbre, emociones en las que la comunicación va a desempeñar un papel fundamental, comunicar qué me pasa y qué siento, así como reflexionar acerca de su papel en su relación con otras personas, a nivel social y familiar. Por tanto, en este apartado vamos a hacer especial hincapié en el rol de mayor y en la relación de ayuda a partir del aprendizaje de habilidades comunicativas.

OBJETIVOS:

- Conocer cuál es el rol de la persona mayor dentro del ámbito familiar y social
- Adquirir habilidades comunicativas para relacionarse con los profesionales, familiares y compañeros en la relación de ayuda.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:

Trabajo en gran grupo:

El docente pedirá a los asistentes que se sienten en un círculo y les hará una serie de preguntas que reflejen los sentimientos y las

emociones asociadas a la vejez. Las frases que vayan diciendo se anotarán en una pizarra o papelógrafo para que el docente haga un resumen final de los sentimientos más exteriorizados por los asistentes.

Trabajo en pequeños grupos:

El docente pedirá a los asistentes que formen 3 grupos pequeños y les repartirá una tarjeta para que escenifiquen una situación. El resto del grupo participará como observador y al final de la actividad comentarán lo que han observado proponiendo mejoras de la escenificación.

TEMPORALIZACIÓN:

1 hora (30 min para la primera actividad y 30 min para el role play).

MATERIALES Y RECURSOS:

Anexo de la actividad, pizarra digital o papelógrafo, dispositiva explicativa, aula con sillas móviles, folios y bolígrafos.

EVALUACIÓN:

Inicial. El docente lanzará la siguiente pregunta al alumnado: ¿Sabéis que es la relación de ayuda? ¿Cómo comunicáis lo que os pasa?

Final. Escenificación en la actividad de role-play

TALLER USUARIOS 2. ANTICIPANDO EL FUTURO

2. PLANIFICANDO LA VEJEZ

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Es en este contexto en el que comienzan a plantearse cuestiones sobre el futuro, es decir, temas como la tutela futura, la residencia u hogar en el que se vivirá, la pérdida de los seres queridos,... Serán aspectos fundamentales a concretar cuando se inicia el proceso de envejecimiento tanto de la persona con discapacidad intelectual como de su familia.

Recomendaciones de intervención:

- Planificar el futuro legal de la persona: tutela, curatela, patrimonio protegido.
- Concretar cuál será el hogar o residencia en el que vivirá la persona con discapacidad intelectual en proceso de envejecimiento.
- Solicitar, si no se ha hecho a otra edad, la valoración de dependencia y la derivación a los recursos correspondientes en función de la edad de la persona.
- Favorecer que la persona cuente con las ayudas técnicas y para la movilidad que pueda necesitar para el mantenimiento de su autonomía.

2.1 ACTIVIDAD FÍSICA

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Varios estudios longitudinales con personas mayores han indicado que el ejercicio físico está asociado a un menor declive cognitivo y a un menor riesgo de demencia o al menos, que la participación en determinados programas de ejercicio físico para personas mayores ha repercutido, positiva y moderadamente, en el rendimiento en evaluaciones de la función cognitiva.

El ejercicio físico es un aspecto fundamental en el mantenimiento y cuidado de la salud del adulto mayor, su práctica implica un estilo de vida saludable reduciendo la incidencia a enfermedades y mortalidad. En este sentido, el nivel educativo puede ser un factor que favorezca una mejor condición de vida y por tanto mejor salud, ya que una persona que tenga mayor preparación, podrá tomar decisiones más atinadas, o por lo menos informadas en torno a su salud y estilo de vida (Gjonca, Tabassum, & Breeze, 2009).

Como se ha puesto repetidamente de relieve, la actividad física regular reduce la mortalidad en torno a un 35% (ADA 2005; Bogers et al., 2006, Havemans-Niels, 2003). Las personas mayores que realizan ejercicio regular (y no fuman) muestran cuatro veces menos discapacidad que quienes no hacen ejercicio, fuman, y están obesos (Fries, 2002). Un meta-análisis llevado a cabo por Colcombe and Kramer (2003) sobre 18 intervenciones examinando los efectos de entrenamientos físicos en la función cognitiva, arrojó efectos notables en la distintas medidas del funcionamiento cognitivo. Posteriormente, Colcombe et al (2006) han contrastado tales efectos del ejercicio físico aeróbico en la función ejecutiva y han puesto de relieve incrementos en el tejido cerebral en aquellas áreas del cerebro que reciben efectos adversos con la edad. Hertzog et al. (2009) señalan que el ejercicio físico es uno de los factores protectores del declive y el deterioro

cognitivo y que produce efectos benéficos sobre personas que presentan demencia. Finalmente, Netz et al. (2005) ha realizado meta-análisis de los estudios que relacionan la actividad física con la salud mental y el bienestar poniendo de relieve sus efectos benéficos sobre medidas de salud mental y satisfacción y bienestar subjetivo, ya que, entre las personas mayores que realizaban ejercicio físico eran tres veces más altas que las de control. En resumen, existen cientos de investigaciones transversales, longitudinales y experimentales que ponen de manifiesto los efectos benéficos del ejercicio físico regular sobre la salud y el ajuste físico y el funcionamiento cognitivo, afectivas y sociales de las personas mayores.

La recomendación de solicitar orientación médica antes de iniciar cualquier programa de actividad física debe ser ineludible siempre que se padezca cualquiera de estas condiciones: problemas cardíacos, tensión arterial alta, problemas de espalda, artritis, dolores en las articulaciones, diabetes, o cuando se esté en proceso de recuperación de una enfermedad o de una intervención quirúrgica, o se padezca cualquier enfermedad crónica. No es raro sentir pequeñas molestias o incomodidades tras realizar ejercicio, especialmente cuando se está empezando a practicarlo o cuando no se ha practicado durante cierto tiempo, pero si siente dolor deje de realizarlo y consulte a su médico.

Además de los clásicos ejercicios como caminar o asistir a sesiones dirigidas de tonificación y ejercicio aeróbico, existen otros, de más reciente incorporación en nuestra cultura, como el yoga o el taichi que, además de resultar beneficiosos para el tono muscular y el equilibrio, requieren concentración para su práctica. A diferencia de otros ejercicios, como las sesiones de tonificación muscular o los paseos, que permiten pensar en otras cosas mientras se practican, el yoga y el taichi requieren centrar la atención en los movimientos corporales y parecen reportar beneficios añadidos a las funciones mentales.

Sea cual sea el tipo de ejercicio que decida realizarse, es muy importante que resulte atractivo y que encaje en las posibilidades e intereses de la persona. Aunque los efectos positivos del ejercicio dependan del tipo de actividad que se realice y el tiempo que se le dedique, es indiscutible que cualquier nivel de ejercicio físico reportará más efectos positivos en la salud mental y física que la absoluta pasividad. Sin embargo, estos efectos positivos irán disipándose si se abandona la actividad física. De ahí la importancia del mantenimiento.

Algunas ideas para estar motivado y mantener el interés en la realización del ejercicio físico:

—Conocer los beneficios de la realización habitual de ejercicio físico, entre los que destacan:

- Reducción del riesgo de problemas cardiovasculares y de tensión arterial alta.
- Aumento de la densidad ósea y disminución del riesgo de osteoporosis.
- Aumento de la fuerza muscular.
- Incremento de la coordinación y el equilibrio.
- Mejora de la flexibilidad.
- Mejora de la respiración.
- Mejora de la circulación.
- Contribución al control del peso corporal.
- Contribución a la prevención y tratamiento del estreñimiento.
- Mejora de la sensación global de bienestar y reducción del estrés.

—Pensar en el ejercicio como algo esencial para nuestro bienestar, al igual que la nutrición o el descanso, y que, por tanto, debe formar parte de nuestro estilo de vida, algo que hagamos de forma habitual. Si solo es considerado como un hobby, probablemente no tendrá la regularidad necesaria ni reportará todos los beneficios que de él pueden esperarse. Aun así, no hay que tener una actitud de «todo o nada», sino que debe ser considerado como un proceso. Aunque algún

día no pueda realizar el ejercicio previsto, por cualquier circunstancia, no pasa nada. Simplemente, reanude la actividad en cuanto pueda.

—Fijarse objetivos realistas. Si, por ejemplo, lleva un tiempo caminando 20 minutos cada día y quiere aumentar el tiempo, propóngase primero tratar de llegar a 25 minutos, con un incremento progresivo, y no pretenda pasar de 20 a 40 en pocos días.

—Tratar de variar las actividades y ejercicios o la forma de realizarlos. Por ejemplo, alternar entre distintos ejercicios en un mismo día o en días distintos, cambiar la ruta al caminar o correr, etc. En definitiva, no permitir que se convierta en algo monótono y aburrido. Si practica ejercicio solo, una buena compañía puede ser escuchar música o la radio, utilizando un pequeño reproductor y auriculares.

—Realizar las actividades en compañía agradable (familiares, amigos, etc.) también contribuye a disfrutar y mantener la motivación.

—Utilizar ropa y calzado adecuados a la actividad para evitar incomodidades, presiones, lesiones, problemas de transpiración, etc.

OBJETIVOS:

- Reflexionar sobre las ventajas de hacer ejercicio de forma regular.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:

Trabajo individual:

-Se repartirán pinzas de madera y de colores a todos los participantes. Cada uno cogerá primero la pinza de madera y tendrá que realizar diferentes movimientos con los dedos según el color de las pinzas (ver anexo 17).

TEMPORALIZACIÓN:

15 minutos

MATERIALES Y RECURSOS:

Pinzas de madera y de plástico de colores.

EVALUACIÓN:

Inicial. Expresar su estado de ánimo y de inquietud antes de realizar el ejercicio.

Final. Expresar su estado de ánimo y de inquietud después de realizar el ejercicio.

2.2 DETERIORO COGNITIVO Y PROCESO DE DUELO

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA:

La muerte es el acto cierto de la vida. El resto es “depende”, “quizás”. La vida es cierta, y en ella el morir es el proceso mismo de vivir. Y ante tamaña afirmación, otra: en nuestra cultura la muerte queda aparcada, y no se integra en la arena educativa o social. Los niños y niñas de nuestra cultura presenten o no una discapacidad, pasan años y años en la escuela sin, generalmente, aprender y reflexionar sobre la muerte, sin aprender a afrontar y sobrellevar la lógica pena, el normal sufrimiento, que la muerte del ser querido conlleva

En las personas con D.I. el panorama es igual de desafortunado o incluso más y no se reduce a la etapa de la niñez o adolescencia sino que persiste durante la etapa adulta. Implícitamente subyacen actitudes de infravaloración: “pobrecitos, no se enteran...”; nos arrogamos la toma de decisiones que no nos corresponden, que son suyas: “mejor que no vaya al hospital, así no sufre...”. Pero el sufrimiento existe, la percepción de la pérdida existe, aún cuando para el resto nos pasen desapercibidos. En algún estudio se ha llegado a valorar que el 50 % de las personas con discapacidad intelectual que mostraban cambios repentinos emocionales o conductuales, habían experimentado recientemente una muerte o pérdida. En las personas con D.I. puede verse demorado el proceso de duelo y la tristeza que conlleva. Por ejemplo, una persona puede manifestar tristeza y depresión tras seis o más meses de haberse producido la pérdida de un ser querido. Incluso la pena mayor puede venir tras una segunda pérdida aparentemente menor que la primera, producida meses después. Además en estas personas, en nuestra cultura, existe aún una muy alta historia vital de dependencia de los padres por lo que cuando estos fallecen la aflicción, el duelo, se ve potencialmente incrementado, añadiendo a esto que, a diferencia de lo que suele ocurrir en el resto de la población, estas personas generalmente no

cuentan con una familia propia (pareja de convivencia estable con o sin hijos) y con una red de amigos con los que atravesar la pena. Entendemos que el sufrimiento, el dolor por la pérdida de alguien o algo preciado es un comportamiento natural que encuentra sentido en el apoyo del otro que “siente con”, que acompaña ese sentimiento, como señal de humanidad: y por lo tanto, nuestro punto de partida es que el duelo es un proceso inherente a la condición de vida, que es común a toda la comunidad humana y, que una educación (en el sentido amplio del término) reflexiva, centrada en la vida diaria, contemplada desde la cultura de cada contexto, tiene un enorme significado de cara a generar actitudes esenciales ante la vida y ante la muerte, ante el disfrute vital y ante el duelo por la pérdida. Las personas con D.I. necesitarán, probablemente, un mayor apoyo para alcanzar estos objetivos, pero necesitan también que sus familias, los profesionales que les prestan ese apoyo y las organizaciones creadas para la defensa de sus derechos e intereses generen actitudes de revalorización, de posibilidades de progreso en vez de actitudes de “no hay nada que hacer” (FEAPS, 2001).

Recomendaciones: Preparar a las personas para la pérdida, hablando de la posibilidad, adecuando la información a la capacidad comprensiva de la persona, y no haciendo del tema de la muerte un “tabú”. Proporcionar información veraz a la persona acerca de la muerte de sus seres queridos, no enmascararla contándole que la persona “se ha ido de viaje”... las personas necesitan pasar el duelo por sus seres queridos y no sentir que les han abandonado cuando va pasando el tiempo y no vuelven. Acompañar a la persona durante el proceso de duelo para facilitar que asimile la pérdida es bueno para que la persona pueda hablar de sus miedos, exteriorizar sus sentimientos, para lo que será fundamental proporcionarle esos momentos de escucha activa, momentos en los que la persona se sienta comprendida y apoyada.



2.3 MANTENER LAS CONEXIONES SOCIALES

“Las grandes ciudades surgieron en el último siglo, pero nuestra vida social es la misma que hace cien mil años” Robin Dunbar.

La socialización puede entenderse como un proceso mediante el cual las personas interiorizan experiencias de su entorno social de forma que influye en su conducta, sus creencias y sus emociones. La participación social de las personas mayores es una de las estrategias derivadas del concepto de envejecimiento activo promovido en el presente proyecto, desde el que se sostiene que cada persona debe afrontar su propio proceso de envejecimiento desde un papel activo y sin desconectarse o aislarse de la sociedad. La participación en actividades sociales y en actividades cognitivamente estimulantes ha sido asociada a una reducción del riesgo de la enfermedad de Alzheimer. Además, las personas mayores poseen una valiosa experiencia vital insustituible que debe contribuir a la propia evolución de las sociedades. El aislamiento y la soledad son factores de riesgo para el deterioro cognitivo. De hecho, se ha demostrado que el tener una red social muy limitada aumenta considerablemente el riesgo de demencia y, al contrario, el tener una amplia red social parece proteger contra ella. Las relaciones personales de cada persona suelen derivar de su compromiso social a lo largo de su vida, pero una vez más este es un factor susceptible de cambio. Debe animarse a las personas mayores a establecer interacciones sociales para lograr su implicación. Los beneficios de mantener relaciones y vínculos familiares y sociales, así como de ser socialmente activo, contribuyen, sin duda, a envejecer con éxito. En general, los niveles de conexión social suelen mantenerse en edades avanzadas, pero también es cierto que existen algunos factores, como la jubilación o la pérdida de amigos y familiares, que pueden inducir a menor actividad y contacto social, lo que incrementa los riesgos de salud.

La participación social es, por lo tanto, otro de los factores cruciales contribuyentes al mantenimiento de la salud y a la promoción de la calidad de vida. La actividad y la creatividad social pueden mantenerse por uno mismo y sus vínculos personales, por la asistencia a programas de actividad social promovidos por distintos organismos, públicos o privados, o por ambas cosas. Son muchos y muy variados los programas diseñados para promover la participación social de personas mayores. Entre otras cosas, los centros de interés de estos programas pueden incluir grupos y/o cursos de baile, arte, canto, costura, cocina, deportivos, de jardinería, de juegos de mesa, de excursiones, de debate, etc. El abanico puede llegar a ser muy amplio, lo suficiente como para que cada persona encuentre alguna actividad de su interés. Este tipo de actividades, además de brindar la oportunidad de aprender cosas nuevas, facilita la interacción con personas que compartan los mismos intereses y, probablemente, también muchas de sus preocupaciones, ofreciendo la posibilidad de ayudar y de ser ayudado. Puede informarse en el ayuntamiento de su localidad sobre la realidad de estos programas en su municipio. De forma individual, la persona puede fomentar su participación y enriquecimiento social y cultural asistiendo a exposiciones, charlas, actos públicos de diversa índole, etc., sin descuidar el disfrute del ocio que cualquiera de estos y otros tipos de actividades reporta (cine, teatro, espectáculos, viajes, etc.), compartiéndolo con aquellas personas con las que sienta mayor afinidad. Las relaciones familiares tienen un valor esencial en la integración de las personas mayores. La necesidad de sentirse querido es inagotable en el proceso de la vida. La participación en reuniones y celebraciones familiares nos hace sentirnos integrados, activos, en definitiva, tenidos en cuenta. **OB:**

OBJETIVOS:

- Indagar nuevos hábitos y formas saludables de disponer del tiempo libre.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:

Dinámica “**Relaciones sociales: Las personas que nos rodean**”

Trabajo en gran grupo:

Se visualizará el vídeo en el que se muestran las ventajas de socializarse. El/la docente sugerirá preguntas sobre la opinión de los participantes en el tema a tratar, para ello puede parar el vídeo y comentar los ejercicios que se presentan en el mismo **<https://www.youtube.com/watch?v=3px5VM9y22o>** .

TEMPORALIZACIÓN:

30 minutos.

MATERIALES Y RECURSOS:

- Ordenador y proyector para visualizar el video.

EVALUACIÓN:

- **Inicial.** Expresar su opinión acerca de las relaciones sociales antes de ver el video.
- **Final.** Expresar su opinión acerca de las relaciones sociales después de ver el video.

2.4. PENSANDO EN LA JUBILACIÓN

En caso de tener una discapacidad, ¿sabe cuáles son los requisitos para poder optar a la jubilación anticipada? Son dos los Reales Decretos que regulan la jubilación anticipada de las personas con discapacidad. La ley establece que el interesado puede acogerse al que le resulte más interesante.

1. El **Real Decreto 1851/2009 del 4 de diciembre**, por el que se desarrolla el artículo 161 bis de la Ley General de la Seguridad Social en cuanto a la anticipación de la jubilación de los trabajadores con discapacidad en grado **igual o superior al 45 por ciento**. Con este decreto podrán jubilarse a partir de los 58 años.
2. El **Real Decreto 1539/2003, de 5 de diciembre**, por el que se establecen los coeficientes reductores de la edad de jubilación a favor de los trabajadores que acrediten un grado importante de discapacidad. Los pacientes cuyo grado de discapacidad sea inferior al 65% no podrán jubilarse por este Real Decreto. Si cumplen este requisito, y además tienen más de 18 años cotizados, este Real Decreto resulta más beneficioso para aquellos que necesiten de una tercera persona para las actividades más esenciales de la vida diaria

Requisitos que debe cumplir:

Dependiendo del Real Decreto al que se acoja, los requisitos son diferentes.

- Acogiéndose al Real Decreto 1851/2009, de 4 diciembre, se puede aplicar a todos los trabajadores por cuenta ajena y por cuenta propia. El grado requerido es del 45% para alguna de las discapacidades que se recogen en la siguiente lista:

1. Discapacidad intelectual

2. Parálisis cerebral
 3. Anomalías genéticas, como Síndrome de Down, Síndrome de Prader Willi, Síndrome X frágil, Osteogénesis imperfecta, Acondroplasia, Fibrosis Quística y Enfermedad de Wilson.
 4. Trastorno del espectro autista
 5. Anomalías congénitas secundarias a Talidomida
 6. Secuelas de polio o Síndrome postpolio
 7. Daño cerebral por traumatismo craneoencefálico o Secuelas de tumores del SNC, infecciones o intoxicaciones.
 8. Enfermedad mental: esquizofrenia o trastorno bipolar.
 9. Enfermedad neurológica: Esclerosis Lateral Amiotrófica, Esclerosis múltiple, Leucodistrofias, Síndrome de Tourette o Lesión medular traumática.
- En el Real Decreto 1539/2003, de 5 diciembre, es aplicable a los trabajadores por cuenta ajena del Régimen General y de los Regímenes Especiales Agrario, de Trabajadores del Mar y de la Minería del Carbón y también a los trabajadores autónomos, pero no al resto de trabajadores por cuenta propia. Como ya hemos mencionado anteriormente, es necesario acreditar un 65% de discapacidad, y la edad mínima requerida es de 52 años.

Es importante destacar que en ambos casos es necesario tener cotizados al menos 15 años, el mismo que se exige con carácter general para poder acceder a la pensión. Por otro lado, en abril de 2013 fue aprobada una norma que facilita el acceso a las pensiones contributivas, para aquellos que por dificultades de inserción laboral no hayan podido completar el período de cotización mínimo exigido (15

años). De esta forma, podrán cotizar a la Seguridad Social, pagando una cuota mensual de 190 euros y sin tener que trabajar hasta cubrir los años mínimos para cobrar una pensión.

Los períodos que se tienen en cuenta son los exclusivamente cotizados en condiciones de [discapacidad](#) y es imprescindible estar en situación de alta en el momento de solicitar el derecho a jubilación anticipada.

Por regla general la pensión es incompatible con el trabajo, aunque se permite la compatibilidad con trabajos por cuenta propia cuyos ingresos anuales totales no superen el salario mínimo interprofesional.

Para el cálculo de la pensión, la página web de la seguridad social cuenta con un apartado que le permite el autocálculo de la pensión de jubilación.

2.5. APRENDIENDO A LO LARGO DE LA VIDA

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA:

El aprendizaje a lo largo de la vida es un concepto que coloca al aprendizaje más allá de las instituciones educativas y a su alrededor, han surgido una serie de prácticas y modelos en el mundo en las últimas décadas. Desde el reporte de Faure (1972), Aprender a ser, se retomó la crítica de los años sesenta a la educación formal por escritores como Iván Illich, Paulo Freire, Everett Reimer y otros, que promovían que la educación dejara de ser el privilegio de una élite, o un asunto de un único grupo de edad. En cambio, debería ser a la vez universal y permanente. Posteriormente, el Informe Delors (1996), La educación encierra un tesoro, advirtió el aprendizaje durante toda la vida como el "latido" de una sociedad que se basa en cuatro pilares: Aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a vivir juntos y aprender a ser- y pronostica un aprendizaje de la sociedad en la que todo el mundo pueda aprender de acuerdo a sus necesidades e intereses individuales, en cualquier lugar y en cualquier momento de una manera libre, flexible y constructiva.

Necesitamos mirar a la variedad y variabilidad de los resultados, una amplia gama de aprendizajes para toda la vida, que incluye una definición de educación de adultos, reconociendo la necesidad de aprender habilidades sociales y de adaptación, habilidades para el empleo, la administración del hogar, recreación y ocio, lo mismo que tener un compañero y casarse y en algunos casos formar una familia con niños pequeños. Este asunto puede ser demasiado difícil para muchos, pero aún estas oportunidades deben estar disponibles para permitir a los individuos de "viajar" en lo que les gusta y en la medida en que puedan. Cada etapa abre nuevas oportunidades. El rol de los responsables de las aseguradoras, de profesionales y de los padres es de constatar que estas diversas oportunidades sean disponibles o apoyadas. Esto es coherente con la definición de la OMS en la

Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y Salud, que exige la oportunidad de la "participación" (OMS, 2006).

Es importante garantizar que los individuos con discapacidad intelectual y del desarrollo cuenten con las oportunidades y opciones para la vida adulta. Debido a las diferencias en el rendimiento de desarrollo de los individuos tal vez necesitan educación más tarde o en diferentes tiempos que otros individuos. Mucha gente con discapacidad intelectual deja la escuela a una edad más tardía que los niños sin discapacidad, según las regulaciones locales de educación. Pero cuando dejan la escuela, la vida a menudo se estanca y en muchos países las personas todavía van a diferentes tipos de talleres, a los centros de formación, aunque otros, más afortunados, cada vez más asisten a los colegios o van directamente al empleo. En algunos países las personas están restringidas a las escuelas especiales, mientras otros en muchos países en vías de desarrollo tienen pocas posibilidades de educación formal por una variedad de razones (por ejemplo, cuestiones de género, las distancias para el desplazamiento a las escuelas, a menudo a pie, el trabajo necesario en el hogar y muy pocas oportunidades de trabajo más adelante en la vida). Todos estos factores argumentados por amplias oportunidades para la educación en la vida. Hoy en día, el empleo de las personas con discapacidad intelectual varía considerablemente y la historia que se va a mencionar a lo largo de estas páginas son unas en las que el cambio se produce todo el tiempo, y la predicción exacta es notoriamente débil. Muchas personas con discapacidades intelectuales y cognitivas hacen mucho más que lo que la gente espera, y en particular mejor que la mayoría de los profesionales y muchas personas de sus familias.

OBJETIVOS:

- Aprender habilidades de adaptación social y estrategias sociales, incluidos los requisitos básicos para vivir una vida comunitaria normal.

- Propiciar nuevos escenarios de aprendizaje que permitan la participación de la familia y la comunidad en los procesos educativos de PCDI.

Por ejemplo, véase la siguiente lista.

- Tener cuidado de su propia ropa
- cuidar con su higiene personal
- Llevar a cabo lo básico en cocinar
- Tener la capacidad para mantener su espacio de vivir ordenado y limpio
- Hacer llamadas por teléfono por lo menos a las personas claves de apoyo, incluyendo a la familia
- Hacer las compras básicas que son fiables y eficaces
- Utilizar el dinero y la capacidad de utilizar una cuenta bancaria y / o un cajero automático
- Desarrollar relaciones con otras personas y comportarse de una forma socialmente aceptada dentro de la sociedad trabajar medio tiempo o tiempo completo
- Hacer amigos a través de las organizaciones en las cuales se está registrado o afiliado
- Ser consciente de los peligros comunes y reconocer a uno mismo como importante

- Protegerse a sí mismo en términos de derechos y de libertad sexual, así como en términos de otros derechos personales y contra la discriminación.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:

Trabajo individual:

El/la docente repartirá a cada participante en el taller una copia de la lista del ejemplo anterior y, a modo individual, cada uno anotará con un Si, si considera que lo que se cita lo aprendió, o con un NO si todavía no.

Trabajo en grupo:

Después de la dinámica anterior se abrirá un debate entre todos sobre ¿cuál es la mejor forma de aprender en la vida? Se anotarán las ideas en la pizarra.

TEMPORALIZACIÓN:

45 minutos (15 minutos para el trabajo individual y 30 minutos para el trabajo en grupo).

MATERIALES Y RECURSOS:

- Fotocopias de la lista y bolígrafos.
- Pizarra y rotulador para anotar las ideas que vayan surgiendo.

EVALUACIÓN:

Inicial: El/la docente iniciará esta dinámica con la siguiente pregunta: ¿Creéis que habéis aprendido lo suficiente a lo largo de vuestra vida?

Final: Al terminar la actividad se le volverá hacer la misma pregunta para comprobar si las respuestas difieren.

2.6 PLANIFICACIÓN Y TOMA DE DECISIONES RESPECTO AL FUTURO

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA:

La persona mayor tiene derecho a tomar decisiones, a la definición de su plan de vida, a la autorrealización, a desarrollar una vida autónoma e independiente aun en condiciones de vulnerabilidad, conforme a sus tradiciones y creencias, así como a disponer de mecanismos para poder ejercer sus derechos de manera directa o por delegación.

OBJETIVOS:

- Identificar las características más sobresalientes que se deben tener en cuenta a la hora de escoger la decisión que va a ser la más acertada.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:

Trabajo en pequeños grupos:

-El/la docente leerá un texto basado en un cuento de L. Tolstoy (anexo 18) para presentar una posibilidad de análisis en un proceso de toma de decisiones. La roca se nos presenta como un conflicto que requiere soluciones creativas que tendrán que surgir de entre todos los participantes. La idea es generar múltiples soluciones y nunca una sola respuesta.

-Se abre un turno de debate en grupos pequeños tras una reflexión individual de unos pocos minutos. Se intentará alcanzar un consenso entre los grupos para poder decidir cuál es la mejor solución sobre lo que podemos hacer con la roca.

TEMPORALIZACIÓN:

30 minutos

MATERIALES Y RECURSOS:

- Pizarra y tiza para anotar la tormenta de ideas.

EVALUACIÓN:

Inicial: El docente lanzará la siguiente pregunta a los asistentes: ¿Os cuesta tomar decisiones importantes?

Final: Al finalizar el taller el docente preguntará: ¿Crees que el taller te ha sido útil para aprender a lograr tus metas y saber tomar decisiones?

2.7. DERECHOS

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA:

“La persona mayor tiene: “derecho [en todas partes / en todo momento] al reconocimiento de su personalidad jurídica”y “capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida.”

Hay que tener en cuenta que las personas con discapacidad tienen los mismos derechos que todas las personas, pero encuentran limitaciones y barreras que les impiden o dificultan su ejercicio y, en consecuencia, su participación y pleno

Las personas con dependencia funcional gozan jurídicamente de los mismos derechos, libertades y deberes civiles y políticos constitucionales que los demás ciudadanos, ya que únicamente se les podrá privar de los mismos en los casos de incapacitación, a través de una sentencia judicial y en los términos y extensión que la misma establezca. Sin embargo, en la práctica la vulnerabilidad de su situación dificulta el ejercicio real de dichos derechos, como ponen de manifiesto diversos estudios e informes sobre los casos de maltratos, abusos o extorsiones a que se ven sometidos. Así pues, este colectivo, especialmente frágil, precisa de la concreción de los derechos que les corresponden, especialmente como destinatarios y usuarios de las prestaciones y servicios, así como de medidas protectoras específicas para garantizar el ejercicio efectivo de sus derechos y responsabilidades. En relación con los derechos sociales, cuya debilidad constitucional ha sido señalada reiteradamente, recordemos que incluyen la mayoría de los derechos relacionados con la satisfacción de muchas necesidades generadas por la dependencia, como los relativos a la protección social económica y jurídica de la familia (artículo 39), a un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos que les garantice la asistencia y prestaciones

sociales suficientes ante situaciones de necesidad (artículo 41), a la protección de la salud (artículo 43), al disfrute de una vivienda digna y adecuada (artículo 47), a una política de previsión, tratamiento y rehabilitación e integración, así como a la atención especializada que requieran las personas con discapacidad física, sensorial y psíquica (artículo 49). Este artículo es la única referencia explícita a las personas con discapacidad que contiene la Constitución española de 1978 (en adelante, CE): “Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos”. Se trata, sin duda, de un precepto redactado en un lenguaje obsoleto, y que trasluce una mirada hacia las personas con discapacidad desde los parámetros del modelo médico o rehabilitador, que hoy debe considerarse superado. El artículo 49 forma parte además del Capítulo III del Título I CE, cuya garantía, a tenor de lo dispuesto por el artículo 53, es notoriamente más débil que la de los preceptos incluidos en los dos capítulos anteriores de la declaración constitucional de derechos. Por todas estas razones, podría pensarse que los derechos de las personas con discapacidad adolecen de una deficiente protección constitucional, por lo que, para ofrecerles la tutela adecuada, resultaría necesario reformar la Constitución.

BIBLIOGRAFIA

- ✚ Abad, F. (2012). *Empresa y envejecimiento activo* (Vol. 1). LID Editorial.
- ✚ Aguado, A. L., Alcedo, M. A. y Fontanil, Y. (2005). Las necesidades de las personas con discapacidad que envejecen percibidas por los profesionales que les atienden. *Psicothema*, 17(4), 657-662.
- ✚ Berjano, E. y García, E. (2010). Discapacidad intelectual y envejecimiento: Un problema del siglo XXI. Madrid: FEAPS. Discapacidad intelectual y envejecimiento - Un problema social del siglo XXI.
- ✚ Bermejo García, L. Guía de buenas prácticas en residencias de personas mayores en situación de dependencia. I Parte: Bases y reflexiones en torno a las Buenas Prácticas en Residencias de personas mayores en situación de dependencia.
- ✚ Berzosa Zaballo, G. (2013) Las personas con síndrome de Down y sus familias ante el proceso de envejecimiento. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Federación Española de Síndrome de Down.
- ✚ Centro de Documentación y Estudios SIIS Dokumentazio eta Ikerketa Zentroa Fundación Eguía-Careaga Fundazioa (2011) Buenas prácticas en la Atención a Personas con Discapacidad. Proyecto Vivir Mejor “Planificación Esencial del Estilo de Vida”. Diputación Foral de Álava.
- ✚ Centro de Documentación y Estudios SIIS Dokumentazio eta Ikerketa Zentroa Fundación Eguía-Careaga Fundazioa (2012) Buenas prácticas en la Atención a Personas con Discapacidad. Proyecto Vivir Mejor “Cómo promover el bienestar emocional”. Diputación Foral de Álava.
- ✚ De Lorenzo, R. (2003). El futuro de las personas con discapacidad en el mundo. Desarrollo humano y discapacidad. Madrid: Fundación ONCE.
- ✚ Díaz Veiga P., Bermejo L, Yanguas, J. (2007): Guía didáctica saber envejecer. Prevenir la Dependencia. Madrid: Obra Social Caja Madrid

- ✚ Díaz, A. L. A., Rodríguez, M. Á. A., Gómez, Y. F., Martínez, B. A., & Alonso, M. Á. V. (2003). Calidad de vida y necesidades percibidas en el proceso de envejecimiento de las personas con discapacidad.
- ✚ Fernández, S. F., García, M. T. I., Sánchez, M. J. E., Rodríguez, T. M., y Rodríguez, P. R. (2005). Evaluación de experiencias integradoras en el proceso de envejecimiento de las personas con discapacidad. *Aula Abierta*, 86, 29-54.
- ✚ Instituto provincial de bienestar social de la Diputación de Córdoba (2009) *"Guía de intervención para la promoción de la autonomía y prevención de las dependencias desde el envejecimiento activo"*.
- ✚ Matías Martínez, Luis Cases y Gisela Villaró (2006) *"El envejecimiento de las personas con necesidades de apoyo generalizado"* Colección Feaps Madrid. Área de Gobierno de Empleo y Servicios a la Ciudadanía.
- ✚ Morales, M y Bravo, I. (2006): El ocio terapéutico. En Girón, J. (coord.): *Envejecimiento activo, envejecimiento positivo*. Logroño: Universidad de la Coruña
- ✚ Muñoz, J. (2002): *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Pirámide
- ✚ Navas, P., Uhlmann, S., & Berástegui, A. (2013). *Envejecimiento activo y discapacidad intelectual. Ministerio de Educación Cultura y Deporte. España.*
- ✚ Novell, R., Nadal, M, Smilges, A., Pascual, J. y Pujol, J. (2008). *SENECA Envejecimiento y discapacidad intelectual en Cataluña INFORME EJECUTIVO*. Apps, Federación Catalana Pro-personas con Discapacidad Intelectual. Diciembre 2008.
- ✚ Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Cermi.
- ✚ Para la Igualdad, C., & Social, B. (2010). *Libro Blanco del envejecimiento activo. C. p. Social, Participando y construyendo la sociedad*. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.
- ✚ Pérez Negro, Juan José y Etxebarrena Agirre, I. (2005) *Estudio sobre las necesidades de las personas mayores de Etxebarri*. Bilbao.
- ✚ Torres, R. M. (2003). Aprendizaje a lo largo de toda la vida. *Educación de Adultos y Desarrollo. Suplemento*.

- ✚ *Unidad Técnica Gerencia Provincial (2009) “Programa para promocionar el envejecimiento activo y saludable y prevenir las situaciones de dependencia”. Diputación de Córdoba.*
- ✚ *Verdugo Alonso, M. Á., Gómez Sánchez, L. E., Arias Martínez, B., Santamaría Domínguez, M., Clavero Herrero, D., & Tamarit Cuadrado, J. (2013). Escala INICO-FEAPS: Evaluación Integral de la Calidad de Vida de personas con Discapacidad Intelectual o del Desarrollo (Vol. Colección Herramientas 7/2013). Salamanca: INICO.*
- ✚ *Verdugo, M.A. (2002). Calidad de vida en el envejecimiento de las personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo. En R. Pérez Gil (Ed): Hacia una cálida vejez. Calidad de vida para la persona mayor con retraso mental, (ps.79-101). Madrid: FEAPS.*
- ✚ *Zugazaga, E. E., Restrepo, W., Bayarri, V., & Delgado, Y. F. (2012). Envejecimiento y deterioro de las personas con discapacidad intelectual de Lantegi Batuak en el ámbito ocupacional y del empleo en Bizkaia. Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria= Revista de servicios sociales, (51), 119-135.*

LISTA DE RECURSOS WEBS Y VIDEOS

- Aspectos psicológicos y emocionales del envejecimiento en personas con discapacidad intelectual:

<https://www.youtube.com/watch?v=YwqUfR2JI94>

- Película de animación española dirigida por Ignacio Ferreras y basada en la novela gráfica Arrugas de Paco Roca:

<https://www.youtube.com/watch?v=lWbddjRdd4o>

- Relaciones sociales. Las personas que nos rodean (Vídeo de Elsa Punset):

<https://www.youtube.com/watch?v=3px5VM9y22o>

- Vive el envejecimiento activo. Memoria y otros retos cotidianos. Obra Social Fundación la Caixa:

http://www.copib.es/pdf/Vocalies/Envelliment/Vive_el_envejecimiento.pdf

- Necesidades de las personas con discapacidad intelectual en proceso de envejecimiento. Diputación Foral de Bizkaia:

<http://www.bizkaia.eus/home2/Archivos/DPTO3/Temas/Pdf/Necesidades%20de%20las%20p%20discapacidad%20intelectual%20en%20proceso%20de%20envejecimiento.pdf?idioma=CA>

- Envejecimiento activo y discapacidad intelectual. Ministerio Educación Cultura y Deporte:

http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO26810/envejecimiento_activo_DI.pdf

- Cortometraje “cambio de pilas”

<https://www.youtube.com/watch?v=fSHLAW9L50E>

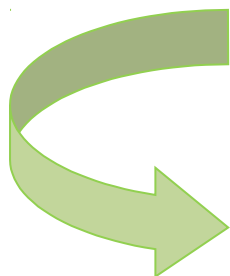
ANEXOS

ANEXO 1. “Posibilidades y limitaciones de la edad”



ANEXO 2. “Características del proceso de envejecimiento”

PROCESO DE ENVEJECIMIENTO (Características)



- Disminución de la autonomía
- Duelo. Desaparición de familiares y otras personas significativas
- Conciencia de proximidad de la muerte
- Dispensa de responsabilidades
- Improductividad

CONDICIONANTES

Comportamientos de la sociedad	Condicionantes personales
1. Exclusión y marginación 2. Se vive más años pero no mejor 3. Los mayores y la política social 4. Manipulados por la información	1. Patrones de maduración y cultura 2. Variaciones de personalidad 3. Desarraigo 4. Falta de cultura en la sociedad 5. Problemas comunicativos 6. Existencia de trastornos mentales

ANEXO 3. “Desterrando viejos mitos”

Mitos acerca del envejecimiento:

1. El envejecimiento es cronológico, lejos de la juventud.
2. Improductividad. La persona es demasiado mayor para aprender.
3. Desvinculación con la vida importante y con sentido.
4. Mito de la inflexibilidad, de la rigidez personal
5. Mito de la senilidad (“El viejo Chocho”)
6. Mito de la serenidad.
7. Viejo verde unido a la inexistencia de apetito sexual
8. Cascarrabias y resentimiento
9. Retorno a la infancia

Preguntas para desterrar los estereotipos:

- ¿A cuántas personas mayores conoces que no hayan tenido ninguna enfermedad grave o no hayan sido alguna vez hospitalizadas?
- ¿Conoces a alguna persona mayor ágil y que le guste hacer ejercicio a diario?
- ¿Conoces algún testimonio que ratifique la actividad sexual en la vejez?
- ¿Conoces a una persona mayor llena de energía y optimismo?
- ¿A cuántas personas mayores conoces que no utilice gafas, audífono, lleve a alguna prótesis o no utilice algún ayuda técnica (andador, muletas, etc.)?
- ¿Conoces a alguna persona mayor que no tenga problemas de memoria?
- ¿Conoce a dos personas mayores iguales entre sí?

ANEXO 4. “Buena vejez”

BUENA VEJEZ

- I. Poder decidir sobre el propio cuerpo y la propia vida
- II. Liberarse de los condicionantes laborales
- III. Adaptación a las nuevas condiciones biológicas y sociales
- IV. Tener vínculos de intimidad, afecto y cariño
- V. Tener un proyecto de vida
- VI. Buscar nuevas metas, nuevos motivos de satisfacción y orgullo
- VII. Permanecer activo y buscar nuevas actividades
- VIII. Promover la integración social del individuo
- IX. Estar formado y aprender cosas nuevas
- X. Participación activa en la sociedad

ANEXO 5. “Me siento bien cuando...”

- **Cuando hago ejercicio físico**

El ejercicio físico a cualquier edad contribuye a mejorar el estado físico y mental de las personas como factor de protección, mantenimiento y promoción de la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores al reducir los niveles de estrés y mejorar la cognición, la capacidad de pensar y de no perder lo que se conoce como habilidades funcionales que nos permiten sentirnos joviales y aminorar el nivel de dependencia con respecto a otras personas.

En definitiva, el ejercicio físico se puede practicar independientemente de la edad y es positivo en la vejez porque ayuda a mejorar el funcionamiento de nuestro cuerpo y nuestra mente. No obstante, deberemos tener en cuenta cuáles son las posibilidades y necesidades de cada persona para no acelerar el proceso de envejecimiento, aportando bienestar, salud y calidad de vida.

- **Cuando sigo una dieta equilibrada**

Cada día se hace más necesario que las personas mayores tomen conciencia de la importancia que tiene la adquisición de hábitos alimenticios saludables que repercutan favorablemente en su calidad de vida, y que una dieta desequilibrada puede producir estados carenciales de vitaminas y minerales que incidan negativamente en su estado de bienestar y salud.

- **Cuando duermo bien**

Como promedio la recomendación es dormir entre siete y ocho horas aunque es menor en las personas mayores. Una de las alteraciones físicas del sueño más comunes a edades avanzadas es la apnea. Este trastorno respiratorio supone la interrupción de la respiración durante unos diez segundos que producen, entre otros síntomas, sequedad bucal, cansancio, cefaleas y trastornos musculares como las mioclonias nocturnas, es decir, continuas sacudidas de las piernas. Cualquier alteración del ciclo vigilia-sueño repercute en la actividad diaria. De hecho, la falta de sueño es uno de los factores dañinos para la salud física y psicológica, entre las que destacan el deficiente rendimiento durante el día, alteraciones en el estado de ánimo, menor concentración, irritabilidad y mayor propensión a las caídas o accidentes.

Las personas mayores tienden a consumir más fármacos hipnóticos-sedantes que pueden alterar la calidad y cantidad de sueño con consecuencias nocivas en el organismo y en el funcionamiento motor e intelectual de las personas, ya que producen efectos secundarios no deseados como interacciones tóxicas.

ANEXO 6. “Mis recuerdos”

PROYECTO REVISEP... ¿En qué consiste?

El objetivo del proyecto es desarrollar procesos de envejecimiento digno, activo y saludable en la población con discapacidad intelectual o del desarrollo, apoyando a las personas mayores con discapacidad intelectual a construir una memoria vital significativa y positiva.

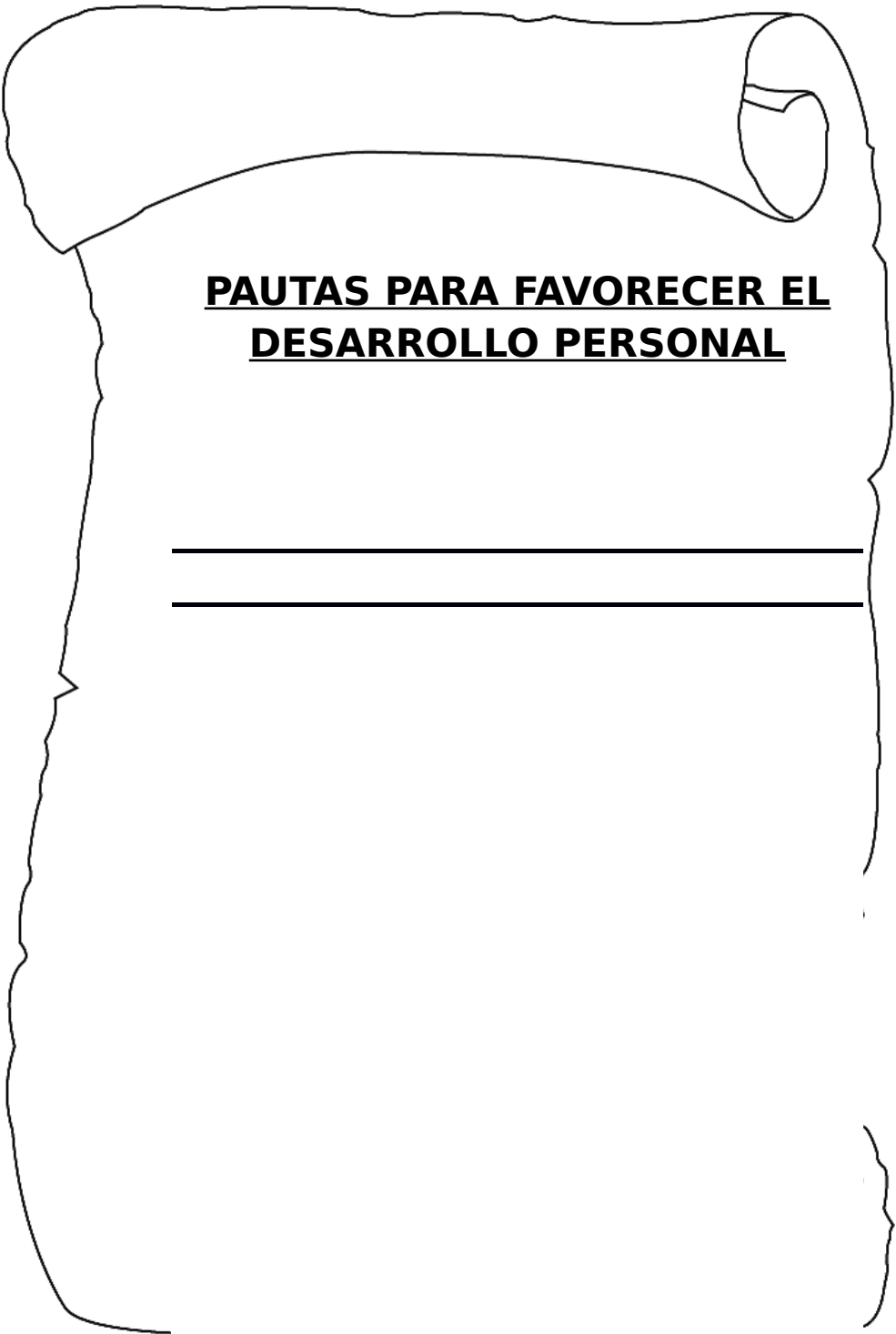
REVISEP es una terapia basada en el modelo estructurado de Revisión de Vida (Haight, 1979) dirigida a recuperar recuerdos y rememorar momentos y eventos específicamente positivos.

Se fundamenta en la idea de que la recuperación de sucesos específicos positivos aumenta la satisfacción con la vida, el bienestar subjetivo y disminuye la desesperanza y la sintomatología depresiva.

Explora de forma sistemática 4 etapas de la vida de la persona: la infancia, la adolescencia, la edad adulta, y una revisión general de vida.

Es un método que está demostrando que la recuperación de vivencias personales positivas es un motor que incide positivamente en la mejora de la autoestima y el estado de ánimo, en un mayor reconocimiento y satisfacción por la propia vida, y en la reducción de los niveles de desesperanza.

ANEXO 7. “Pautas para favorecer el desarrollo personal”



PAUTAS PARA FAVORECER EL DESARROLLO PERSONAL

ANEXO 8. “Fábula del canguro”

Cangurito se asomó al exterior desde el bolsillo de mamá Canguro. “Huum” ¡Qué grande es el mundo! ¿Cuándo me dejarás salir a recorrerlo?

- *“Yo te lo enseñaré sin necesidad de que salgas de mi bolsillo. No quiero que conozcas malas compañías, ni que te expongas a los peligros del bosque. Yo soy una canguro responsable y decente”.*

Cangurito lanzó un suspiro y permaneció en su escondrijo sin protestar.

Ocurrió que Cangurito empezó a crecer y lo hizo de tal manera que el bolsillo de mamá

canguro se rompió por todos lados.

- *¡Te prohíbo que sigas creciendo!*

Y cangurito obediente, dejó de crecer en aquel instante.

Dentro del bolsillo de mamá canguro, comenzó cangurito a hacerse preguntas acerca de todo lo que veía. Era un animalito muy inteligente y mostraba una clara vocación de científico.

Pero mamá canguro le molestaba no encontrar a mano las respuestas necesarias para satisfacer la afanosa curiosidad de su pequeño hijo.

- *¡Te prohíbo que vuelvas a hacer más preguntas! y cangurito que cumplía a la perfección el cuarto mandamiento, dejó de preguntar y con cara inocente aceptó la orden de su madre.*

Un día, las cosas estuvieron a punto de volver a su normalidad. Ocurrió que cangurito vio cruzar ante sus ojos una canguro de su misma edad. Era el ejemplar más hermoso de la especie.

- *“Mamá quiero casarme con esa canguro”.*

- *¡Oh! ¿Quieres abandonarme por una canguro cualquiera? Este es el pago que das a mis desvelos. ¡Te prohíbo que te cases! Y cangurito no se casó.*

Cuando mamá cangura murió, vinieron a sacar a cangurito del bolsillo de la difunta.

Era un animal extrañísimo. Su cuerpo era pequeño como el de un recién nacido, pero su cara comenzaba a arrugarse como la de un viejo animal. Apenas tocó la tierra, su cuerpo se bañó en un sudor frío.

- *Tengo... tengo miedo a la tierra, parece que baila a mi alrededor. Y pidió que le metiesen en el tronco de un árbol. Cangurito pasó el resto de sus días asomando el hocico por el hueco del tronco. De cuándo en cuándo se le oía repetir en voz baja: “¡verdaderamente, qué grande es el mundo...!”*

ANEXO 9. “Mis planes”

Características del Ocio y Tiempo Libre

- Libertad de elección y voluntariedad: la persona debe tener libertad para decidir qué quiere hacer y poder elegir entre varias opciones.
- Vivencia placentera y satisfactoria: una actividad de ocio debe ser vivida con placer.
- Debe ser deseable por sí misma, no por el resultado final (si leo por placer es una actividad de ocio, si leo por mejorar mi vocabulario no lo es).

En todos los casos la planificación del ocio debe perseguir que la persona ocupe su tiempo libre en actividades que sean significativas para ellas mismas y que le confieran un sentimiento de utilidad.

- ¿Cuál debe ser el rol de los profesionales en la planificación y desarrollo de las actividades?
 - ✓ Analizar los recursos y limitaciones personales.
 - ✓ Analizar posibles cambios de planteamiento en las actividades que actualmente componen nuestro ocio.
 - ✓ Motivar a la persona a que ocupe su tiempo libre en actividades que le sean significativas.
 - ✓ Respetar las opciones de la persona de participación y no participación en programas de ocio.
 - ✓ Fomentar los aprendizajes múltiples en actividades funcionales, de dominio y control que conlleva la gestión del ocio inclusivo.

ANEXO 10. “¿Qué son planes centrados en la persona?”

“La Planificación Centrada en la Persona es un proceso continuo de escucha y aprendizaje, que se centra en lo que es importante para la persona en el momento presente y en el futuro, avanzando hacia ese objetivo con la ayuda de familiares, amigos, etc”. Helen Sanderson

Principios de la PCP:

- ♦ La persona es el centro.
- ♦ La familia y los amigos de la persona con discapacidad intelectual intervienen en la planificación.
- ♦ La PCP refleja lo que es importante para la persona (en el presente y pensando en el futuro), sus habilidades y el apoyo que necesita.
- ♦ La PCP contribuye a que la persona tenga su lugar y sea bienvenido en su comunidad.
- ♦ La PCP se trata de seguir escuchando, aprendiendo y ayudando para que la persona pueda disfrutar del estilo de vida que ha elegido.

Desarrollo de la actividad:

Recoger y registrar las preferencias individuales en un cuadro que contenga información sobre hábitos, formas de trabajo del equipo, entornos, formas de relación personal que le agraden o le generen incomodidad. Categorizando las preferencias según criterios:

1. Generales.
2. De comunicación y sugerencias para iniciar nuestra comunicación con la persona.
3. Toma de decisiones: tipología de elecciones que podemos proponerle.
4. Cómo quiere que la llamemos.

5. Acerca del cuidado personal: costumbres relativas al cuidado de sí mismo (del aseo, estética, etc.).
6. Sobre espacios: cómo le gusta tener su habitación, etc.
7. Sobre la alimentación: preferencias, gustos sobre todo lo referido a las diferentes comidas del día.
8. Sobre los talleres y actividades en los que se involucra con motivación, ocio y participación en la comunidad.
9. Sobre sus relaciones personales: Familia, amigos, miembros de la comunidad, personas asalariadas. Definir cuáles de esas personas forman parte del grupo de apoyo, del cual recibe ayuda. Creación de un mural con fotos y nombres de las personas que estén en el mismo.
10. Sobre sus lugares significativos, donde la persona le gusta desarrollar actividades o donde siente seguridad en el entorno (pueden ser desde un centro comercial por que le gusta ir de compras a la habitación, el taller, etc.)
11. Sobre sus miedos, sueños, esperanzas, deseos, etc.

ANEXO 11. “Adivina la emoción”

Emociones para representar en la dinámica “Adivina la emoción”:

- Alegría.
- Tristeza.
- Miedo.
- Enfado.
- Sorpresa.
- Amor.

ANEXO 12. “Entrenamiento autógeno de Schultz”

Este **entrenamiento en relajación** es uno de los más usados en terapia psicológica y, a su vez, uno de los más amplios. Aquí vas a encontrar una **versión reducida** del entrenamiento, apta para llevarla a cabo en un tiempo más o menos corto.

1. Escoge un lugar cómodo y tranquilo donde no te distraiga nada.
2. Cierra los ojos y respira profundamente.
3. Con cada exhalación repite mentalmente “estoy relajado, cada vez más tranquilo”.
4. Fija tu mente en tu pierna derecha y concéntrate en su calor. Ves relajándola lentamente a medida que te repites “mi pierna derecha está relajada, cada vez más”.
5. Cuando esa extremidad esté relajada, pasa a la pierna izquierda y repite el ejercicio. Continúa después con el abdomen, los brazos y el cuello.
6. Cuando tu cuello esté relajado pasa a la cabeza. Concéntrate en ella y repite “mi cabeza está despejada”. En este momento todo tu cuerpo debería estar sumido en un estado de relajación.
7. Respira hondo antes de abrir los ojos. Retén esa sensación de relajación y, antes de levantarte, estira los músculos y activa tus sentidos.

ANEXO 13. "Encuesta para conocer la importancia del uso de las tics en el proceso de envejecimiento en las PCD"

- 1.- Para usted, ¿qué significan las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs)?
- 2.- Desde su punto de vista, ¿cuáles son las ventajas y desventajas del uso de las TICs en el Centro dónde trabaja?
- 3.- La confianza que siente al emplear los medios tecnológicos frente al grupo es: (buena, regular, mala)
- 4.- ¿A qué problemas (no técnicos) se ha enfrentado en la utilización de los medios en el ámbito profesional?
- 5.- Considera que el uso de las TICs en las PCD: (Es un factor determinante en el aprendizaje de los usuarios. Es una moda dada la era tecnológica en la que vivimos. Es una herramienta de apoyo alternativa para la enseñanza de los diversos contenidos. Es una herramienta totalmente prescindible. Es una alternativa que no necesariamente influye en la mejora de las PCD. Es un recurso importante para mejorar el proceso de envejecimiento. Promueve el interés y la motivación de las PCD. Facilita el trabajo en grupo y la colaboración con los usuarios. Otro.)
- 5.- ¿Considera necesario cursos especiales de formación en el uso las TICS para los profesionales?
- 6.- La formación en el uso de las TICS que ha recibido a lo largo de su trayectoria profesional es: (Insuficiente, suficiente, óptima, excesiva).
- 7.- ¿Ha tomado recientemente cursos para el conocimiento de las TICs? Si es así, ¿cuáles?

ANEXO 14. “Historia de mi vida”

Tabla para pegar las imágenes:

HISTORIA DE MI VIDA		

Imágenes para la actividad:



CASA



TRABAJAR



SALIR DE COMPRAS



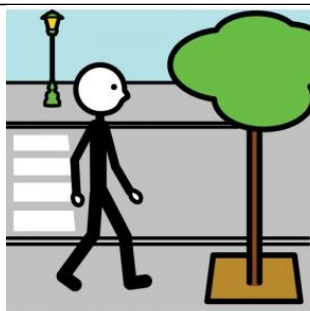
CENTRO



REALIZAR
ACTIVIDADES



VIAJAR



PASEAR



PLAYA



FAMILIA



VER LA TV



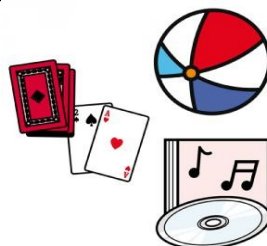
COMUNICACIÓN



CULTURA



INTERNET



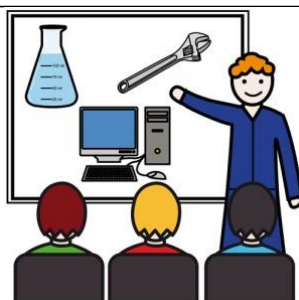
OCIO Y TIEMPO LIBRE



SALUD



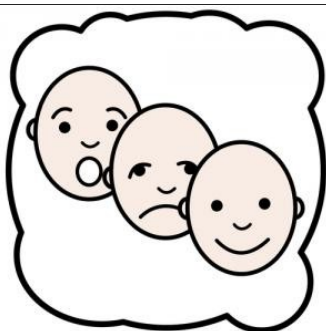
DEPORTE



FORMACIÓN



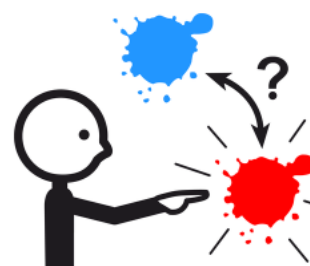
REDES SOCIALES



EMOCIONES



TELÉFONO



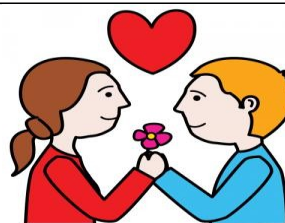
AUTODETERMINACION



ACCESIBILIDAD
UNIVERSAL



AUTONOMÍA
PERSONAL
Y SOCIAL



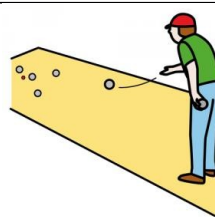
PAREJA



BAILAR



PELUQUERÍA



PETANCA



FERIA



FARMACIA



BAR

¿Cómo me veo en un futuro?

ANEXO 15. “Sentimientos y emociones asociados a la vejez”**PREGUNTAS PARA LA ACTIVIDAD “Sentimientos y emociones asociados a la vejez”**

1. ¿Podrías decirme las cosas que os hacen sentir bien? ¿Y las que os hacen sentir mal?
2. Cuando os sentís mal, ¿a quién le soléis contar lo que os pasa (familia, amigos, personal del centro...)? ¿Sientes que te escuchan y te ayudan?
3. ¿Os gusta el sitio en el que vivís? ¿Qué os hace sentir?
4. ¿Pensáis a menudo en el futuro, por ejemplo, donde estarás el año próximo? ¿Qué sientes cuando piensas en eso?
5. ¿Consideras que tienes menos energía que antes? ¿En qué lo notas?
6. ¿Cuál es su estado de ánimo normalmente (triste, alegre, enfadado, de buen humor, etc...)?

En el caso de personas usuarias del taller ocupacional que por edad pasen a realizar próximamente otro tipo de actividad o acudan a otro centro residencial, también se les preguntaría:

- ¿Qué echaríais de menos cuando dejéis de acudir al taller (sentiros útiles, realizar una actividad, salir de casa o de la residencia o nada)?
- ¿Qué cosas crees que cambian cuando una persona deja de trabajar (tiene más tiempo para disfrutar, pasa más tiempo en casa, lleva una vida más tranquila, se siente solo, etc.)?
- ¿Cómo crees que os sentiríais cuando dejéis de acudir al centro ocupacional (o a trabajar)?

ANEXO 16. “Aprendiendo a comunicar lo que me pasa”

ROLE PLAY “Aprendiendo a comunicar lo que me pasa” (Relación de ayuda)

SITUACIÓN 1. Después de vivir toda la vida con su hermana, Nicolás se incorpora a la residencia. Está asustado, pues nunca ha vivido en una residencia, ni dormido con “extraños”, llamando así a sus compañeros. No quiere quedarse ahí, siente que su familia lo ha abandonado y a partir de ahora su vida será lo que quieran otros hacer con ella. ¿Cómo facilitarías al nuevo compañero la incorporación a la residencia?

SITUACIÓN 2. Hoy ha fallecido Juan, que llevaba asistiendo a la residencia y al taller ocupacional desde hace 12 años. Sus compañeros del taller están muy tristes, sobre todo Manolo, que además era su compañero de habitación. ¿Cómo lo apoyarías en este momento?

SITUACIÓN 3. María, tiene 70 años y desde hace una semana se encuentra mal, muy cansada y algo fatigada. No tiene ganas de participar en las actividades que implican salir a la calle, ya que dice que ella ya “no está para tanto trote”. ¿Cómo la animaríais?

PREGUNTAS PARA LOS OBSERVADORES:

- ¿Qué es lo que quiere expresar cada uno?
- ¿Cómo actúa la persona que intenta ayudarlo?
- ¿Consideráis que ha actuado bien?
- ¿Qué hubierais echo vosotros en su lugar?

ANEXO 17. “Pinzas”**ACTIVIDAD FÍSICA CON PINZAS DE COLORES PLÁSTICAS DE TENDER LA ROPA-**

Asociar un movimiento a cada color:

- **Rojo:** Mantén la pinza con el dedo pulgar y corazón durante 4 segundos.
- **Verde:** Mantén la pinza con el dedo pulgar e índice durante 4 segundos.
- **Amarillo:** Mantén la pinza con los dedos pulgar y anular durante 5 segundos.
- **Azul:** Mantén la pinza con los dedos pulgar y meñique 6 segundos.

Repetir los movimientos 10 veces.

ANEXO 18. “La Roca”.

En el centro de un bonito pueblo existía una enorme roca que nadie había sido capaz de destruir. Cierta día el alcalde decidió que ya era hora de deshacerse de la piedra.

Varios ingenieros propusieron sus ideas. Alguien propuso construir un sistema especial de grúas que arrastraran la piedra, lo que costaría 50.000 euros. Otra persona propuso trocearla primeo con explosiones controladas de baja potencia lo que reduciría el costo a 40.000 euros. Se les pide más ideas para evitar el problema de la roca.

Con esta dinámica se suelen proponer soluciones diversas:

-Estéticas, sacar beneficios económicos, implicar a la comunidad,...

La de Tolstoy: Cavar un hoyo, sacar la arena y enterrar la roca.

