
ICE UNIVERSIDAD DE OVIEDO

Aula Abierta, 86 (2005) 29-54

Aula
Abierta

ISSN: 0210-2773

Evaluación de experiencias integradoras en el proceso de envejecimiento de las personas con discapacidad

Samuel Fernández Fernández, M^a Teresa Iglesias García,
M^a Jesús Elizalde Sánchez*, Teresa Martínez Rodríguez*
y Pilar Rodríguez Rodríguez*

Universidad de Oviedo

**Consejería de Bienestar Social del Principado de Asturias*

Resumen

El trabajo analiza los procesos y resultados de dos experiencias desarrolladas por la Consejería de Bienestar Social del Principado de Asturias encaminadas a mejorar la participación social de las personas mayores con discapacidad. Para ello se organiza un análisis de tipo cualitativo, basado en contrastes de opinión de los participantes a partir de entrevistas grupales. Los resultados muestran que los recursos normalizados de atención a personas mayores (Residencias y Centros Sociales), pueden adaptarse sin grandes problemas a las necesidades especiales de las personas mayores con discapacidad. Se constata también que este tipo de experiencias provoca cambios positivos en la actitud de profesionales y usuarios, tanto de centros para personas con discapacidad, como de centros para personas mayores. Se pone también de manifiesto la necesidad de organizar estas experiencias con una planificación en detalle, bajo modelos de intervención colaborativa entre profesionales, que identifiquen objetivos y recursos disponibles y necesarios para la transición entre situaciones de vida.

Abstract

The work analyzes the processes and results of two experiences developed by the Department of Welfare of the Asturias Regional Authority directed to improve the social participation of the elderly people with disability. For it an analysis of qualitative type is organized, based on contrasts of opinion of the participants from group interviews. The results show that the normalized resources of attention to older people (Residences and Social Centres) can be adapted without problems in attention to elderly people with disability, of the ones that they obtain an adequate answer to their personal needs. It is verified also that this type of experiences causes positive changes in the attitude of professionals and users, so much of centres for

people with disability, as of centres for elder people. The need is also made clear to organize these experiences with a planning in detail, focused on a collaborative intervention model that identify objectives and necessary and available resources for the transition among situations of life.

Introducción: marco de las experiencias

La integración de personas con discapacidad ha sido en estas últimas décadas un tema estudiado de forma exhaustiva desde distintos contextos (educativo, social, jurídico...), habiéndose hecho especial hincapié en la identificación de necesidades y el desarrollo de experiencias, acciones y programas dirigidos a dar respuesta a estas necesidades e incrementar su participación en la sociedad.

Numerosos estudios y experiencias demuestran que las necesidades no son las mismas en las distintas etapas de la vida de las personas con discapacidad, no siéndolo tampoco en el caso de las personas “sin discapacidad”. En este sentido, la respuesta a estas necesidades debe ofrecerse desde distintos servicios y/o recursos, utilizando el más adecuado de entre los que estén disponibles en el entorno comunitario.

El interés por la participación social de las personas con discapacidad confluye con el que suscita la atención a las personas mayores, debido al gradual proceso de envejecimiento de la población. Cuando se abordan conjuntamente estas dos situaciones, discapacidad y envejecimiento, y se plantea dar respuesta a las necesidades de las personas con discapacidad que envejecen y demandan servicios y recursos adecuados, surgen dos posibilidades, consistentes en desarrollar programas y servicios desde la propia red de atención especial y dirigidos a las personas con discapacidad que van envejeciendo, o en orientar a estas personas hacia los recursos comunitarios para personas mayores que desarrollan programas ajustados a las necesidades derivadas de esta etapa vital.

Atendiendo a esta realidad, la Consejería de Bienestar Social del Principado de Asturias, desde la Dirección General de Atención a Mayores, Discapacitados y Personas Dependientes viene desarrollando diversas experiencias encaminadas a mejorar la participación social de las personas mayores con discapacidad en el Principado de Asturias. Comentamos brevemente las experiencias analizadas.

— “Programa de Realojamiento de personas con discapacidad en la Residencia de Personas Mayores Mixta de Gijón”

El programa de realojamiento de personas con discapacidad trata de ubicar a personas mayores de 50 años, residentes inicialmente en el centro para personas con discapacidad intelectual de Cabueñes, en la Residencia de Personas Mayores de Pumarín (actualmente Residencia Mixta), en la ciudad de Gijón.

La experiencia parte de la idea de que las personas mayores con discapacidad que viven en centros residenciales específicos, cuando llegan a una determinada edad, presentan una serie de necesidades que pueden ser atendidas mejor en centros ordinarios para personas mayores.

- “Programa de Envejecimiento saludable y positivo del Centro de Apoyo a la Integración (CAI) Naranco”

Esta actuación se dirige a los usuarios/as del CAI Naranco, mayores de 50 años, bajo la consideración de que la transición hacia los recursos disponibles para las personas mayores responde más adecuadamente a sus necesidades. En este sentido, su finalidad es favorecer la participación social y mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad que se van haciendo mayores.

El programa desarrolla dos tipos de intervención, consistentes en apoyar el acceso e integración de usuarios en recursos comunitarios específicos para personas mayores, y también, diseñar y desarrollar talleres específicos para usuarios/as mayores en el propio centro ocupacional. La primera de estas estrategias se desarrolla desde junio de 2001, en colaboración con los profesionales del Centro Social Municipal “La Tenderina”, a los que posteriormente se han añadido los de los Centros Sociales de “Sta. Teresa” y “Pumarín”. La segunda acción consiste en la organización de “grupos relacionales” para los usuarios de mayor edad del CAI y la organización de talleres específicos para estas personas.

Antes de comentar los resultados del estudio evaluativo, desarrollamos unas consideraciones teórico-conceptuales sobre aspectos relativos a la calidad de vida de las personas mayores con discapacidad.

Concepto de discapacidad

La Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó en 1980 la ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps), en la que se definían tres conceptos que han sido ampliamente utilizados:

deficiencia, discapacidad y minusvalía. Esta clasificación fue traducida y adaptada, publicándose la primera versión en nuestro idioma en 1983, por el Instituto Nacional de Servicios Sociales. En la tercera edición de esta publicación, conocida por las siglas CIDDM (IMSERSO, 1997), estos tres conceptos se definen de la siguiente manera:

DEFICIENCIA	“Dentro de la experiencia de la salud, una deficiencia es la pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica o anatómica” (p. 85)
DISCAPACIDAD	“Dentro de la experiencia de la salud, una discapacidad es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano” (p. 173)
MINUSVALIA	“Dentro de la experiencia de la salud, una minusvalía es una situación de desventaja para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de la edad, sexo y factores sociales y culturales)” (p. 229)

Por su parte, el Instituto Nacional de Estadística (INE), en la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud del año 2000 recoge los tres niveles de consecuencias planteados en la CIDDM:

Primer nivel, deficiencia: formado por los síntomas, señales o manifestaciones de una enfermedad a nivel de órganos o funciones de un órgano, cualquiera que sea su causa.

Segundo nivel, discapacidad: formado por las consecuencias de las deficiencias, desde el punto de vista del rendimiento funcional de la actividad del individuo.

Tercer nivel, minusvalía: formado por las consecuencias que la enfermedad produce a nivel social, es decir, las desventajas que la enfermedad origina en el individuo en su relación con las demás personas que forman su entorno, debido al incumplimiento o a la dificultad de cumplir las normas o costumbres que impone la sociedad. (p. 15)

El INE, consciente, no obstante, de las dificultades que esta terminología había provocado en la anterior encuesta del año 1986, y recogiendo las recomendaciones internacionales, introdujo una aclaración sobre lo que debía entenderse por discapacidad:

“se entiende por discapacidad, (a efectos de este estudio), toda limitación grave que afecte de forma duradera a la actividad del que la padece y tenga su origen en una deficiencia” (p. 16)

A pesar de que la CIDDMM ha sido utilizada durante muchos años para clarificar cuándo y cómo deben utilizarse cada uno de estos términos, esta clasificación ha tenido diversas críticas debidas al papel causal que se otorga a la deficiencia, a la ambigüedad de las relaciones entre las distintas dimensiones, y a no reflejar adecuadamente el papel de los factores contextuales en el funcionamiento de la persona. Como consecuencia de estas críticas ha surgido una nueva clasificación denominada “Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud” (CIDDMM-2 o CIF) (OMS, 2001).

En esta nueva clasificación no aparece el término minusvalía y los términos de deficiencia y discapacidad se definen de la siguiente manera:

DEFICIENCIA	es la pérdida o anomalía de una parte del cuerpo (ej. estructura) o función corporal (ej. función fisiológica). Las funciones fisiológicas incluyen las funciones mentales. Anormalidad se refiere estrictamente a una desviación significativa de las normas estadísticas establecidas (ej. como la desviación de la media de una población con normas estandarizadas) y sólo debe usarse en este sentido (p. 173).
DISCAPACIDAD	es un término baúl para déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Denota los aspectos negativos de la interacción entre el individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales individuales (factores ambientales y personales) (p. 173).

Vemos, pues, que la CIF incorpora el referente ambiental de la minusvalía al término de discapacidad, pasando a considerar éste como un fenómeno multidimensional, resultado de la interacción de las personas con su entorno físico y social.

El envejecimiento de las personas con discapacidad intelectual

La encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud (INE, 2000) señala que la población española incluye a tres millones y medio de personas con discapacidad (aproximadamente el 9% de la población total), de las que unos dos millones son personas de 65 años o más, cifra que representa el 58,74% del total de las personas con discapacidad.

Los avances en medicina y la mejora de los servicios a disposición de las personas con discapacidad intelectual permiten, afortunadamente, que su esperanza de vida siga aumentando, siendo en estos momentos prácticamente similar a la de la población en general, pero el curso de vida de las personas con discapacidad intelectual presenta una particularidad paradójica

(Ramos, 2002). Llegan más tarde, si no a la adultez biológica, sí, desde luego a la mayoría de edad intelectual, cultural y social; y precisamente por ello se habla de su condición de “retraso”, pero resulta que envejecen antes y más deprisa que las demás personas, de manera que, a partir de los 45 años, muchos han entrado en un proceso de envejecimiento que en el conjunto de la población no se da hasta los 65-70 años.

Vemos también que, cada vez, son más las personas con discapacidad intelectual que viven hasta alcanzar la vejez y su proceso de envejecimiento es tan variable como lo es para el resto de la población, por lo que siempre habrá que contar con las diferencias individuales y, por lo tanto, con un ritmo propio de envejecimiento, lo que nos lleva a hablar del tiempo y edad funcional. Teniendo en cuenta este concepto, se pueden distinguir tres grupos de población anciana con discapacidad intelectual (Janicki, 1987):

- Personas con retraso mental leve o mínimo, con una vida bastante autónoma e independiente y para quienes los problemas asociados al envejecimiento serán los que irán disminuyendo su independencia.
- En segundo lugar está el grupo formado por aquellas personas con un nivel de discapacidad moderado, que han necesitado más apoyos y atención especial a lo largo de su vida y para quienes, al envejecer, la dependencia de servicios va a ir en aumento
- Por último, las personas cuyo nivel de afectación es grave o profundo, que han tenido durante toda su vida un elevado grado de dependencia, y cuyas necesidades han exigido una cantidad importante de apoyos y servicios para ser cubiertos, situación que se agrava al llegar a la vejez.

Según la OMS (Millán, 2002, p. 39), las personas ancianas son aquellas de más de 60 años con un proceso de disminución de aptitudes físicas, intelectuales, y/o sociales que derivan en una pérdida progresiva de sus posibilidades de autonomía, debiendo valorarse en ellas tres componentes de envejecimiento, el biológico, considerado como la pérdida progresiva de las reservas fisiológicas de una persona; el psicológico, entendido como el deterioro de las capacidades adaptativas e intelectuales de un sujeto y el social por cuanto merma el cumplimiento de los roles sociales y culturales que se esperan de cada persona.

En el caso de las personas con discapacidad intelectual es especialmente difícil establecer un criterio cronológico para identificar la etapa correspondiente al envejecimiento. Un número importante de autores coincide en

señalar edades comprendidas entre los 45 y 55 años; por ejemplo, Janicki plantea el límite de edad en los 45 años, Hogg, Moss y Cooke se refieren a los 50 años, y Seltzer y Krauss hablan de los 55 años. Aunque no existe pleno acuerdo para establecer una única edad como marca cronológica, este margen nos sirve para acotar un nuevo periodo de la vida en el que se manifiesta la disminución de algunas reservas físicas y la aparición del ajuste mental a la ancianidad.

La mayoría de los autores que han estudiado el fenómeno del envejecimiento en las personas con discapacidad intelectual están de acuerdo en afirmar que no se aprecian diferencias importantes entre el proceso de envejecimiento de este grupo y el de la población en general y que las necesidades básicas de las personas mayores con discapacidad intelectual son las mismas que las de los demás. En relación con el proceso de envejecimiento poblacional, Rodríguez (1994), indica que las personas mayores, en general, dan importancia, sobre todo, a tener buena salud (92%), tener un espacio propio donde poder vivir (81%), disponer de independencia económica (79%), establecer relaciones sociales (46%), mantener el tiempo ocupado y no permanecer inactivo (45%). En definitiva, son necesidades relacionadas con el nivel de bienestar social y las expectativas de futuro.

En el proceso de envejecimiento de las personas con discapacidad intelectual, al igual que en las demás, el ambiente y las oportunidades que éste genera son fundamentales para la integración y la vivencia de experiencias. Sin embargo, es cierto que hasta hoy las personas con discapacidad intelectual, en general, han tenido restringidos los roles sociales y sus relaciones han sido más limitadas, con lo que sus oportunidades para experimentar situaciones habituales para los demás, son escasas, especialmente para los que han vivido más tiempo en instituciones, cuyas condiciones medioambientales son más restringidas. En este sentido, la falta de experiencias comunes con el resto de la población dificulta seriamente su integración en centros compartidos con otras personas mayores, a los que acaban siendo remitidos cuando su situación requiere un cambio de residencia. Además, los trastornos de comportamiento y el desconocimiento de normas sociales hacen difícil la aceptación de estas personas por parte de los otros ancianos (Millán, 2002, p. 43-44).

El afán por ir descubriendo las características del proceso de envejecimiento en las personas con discapacidad intelectual ha ido mostrando diversas situaciones que indican que, actualmente, se considera más relevante como situación diferencial y a efectos de prestación de servicios, el hecho de ser persona con retraso mental que el ser persona mayor y que, en general, las personas mayores con retraso mental que viven en la comunidad mues-

tran más capacidad intelectual y física y un comportamiento más adecuado que las de la misma edad que viven en instituciones, por lo que podemos decir con Millán (op.cit.,p. 166) que la atención a las necesidades de las personas mayores con discapacidad intelectual deberá ser considerada dentro de las acciones dirigidas a todas las personas mayores en general, pero añadiendo los apoyos que requieran en función del tipo de discapacidad y su grado de afectación, con la intención de mantener al máximo sus posibilidades de relación con la comunidad.

En esta línea, habrá que tener en cuenta que los programas y recursos que con este fin se organicen, deben partir de la variabilidad del grupo, por lo que se recomienda una planificación individualizada que se atenga a la personalidad, afectividad, fragilidad e intereses de cada persona. Otro aspecto importante a considerar para el buen funcionamiento de un programa especializado es la existencia de un equipo interdisciplinar de evaluación, tratamiento y seguimiento.

Calidad de vida y de servicio para las personas mayores con discapacidad intelectual

Hace 25 años surgió la expresión y concepto de “Calidad de Vida” en un contexto social relacionado fundamentalmente con problemas y deterioros de las condiciones de vida provocadas por la vida moderna.

La década de los 90 fue denominada por algunos autores como la «década de la calidad de vida y del conflicto de valores» (Schalock, 1997), lo que dio lugar a la aparición de dos planteamientos sociales muy consistentes, como es el de los valores centrados en la persona y el de la correspondiente reestructuración de servicios, o lo que es lo mismo, el enfoque de la Calidad de Vida y la Calidad de Servicio (Fernández, Dir., 1999). Estos dos conceptos, Calidad de Vida y Calidad de Servicio, ocupan, hoy día, un lugar destacado en la política social y, en concreto, en la política social para las personas con discapacidad (García Díaz, 1999)

La Calidad de Vida tiene un significado abstracto y es difícilmente asimilable. Además, durante mucho tiempo, el esfuerzo por conceptualizar la Calidad de Vida se ha visto ensombrecido por el uso de diversos términos, como bienestar, felicidad, moral, satisfacción con la vida, grado de participación en redes sociales, etc. Pero “*aunque estas dimensiones han sido ampliamente usadas y medidas como indicadores válidos y fiables de la calidad de vida, aún queda por determinar su correcta inclusión en el constructo*” (Salvador-Carulla, García, Romero y Montero, 1995, p.124).

Se puede decir que la Calidad de Vida es una percepción subjetiva de la persona, una comparación entre lo que dispone y sus aspiraciones, deseos y necesidades. En el caso de las personas mayores, se puede decir, igualmente, que es considerada en términos de satisfacción de necesidades expresadas o percibidas de forma individual, teniendo como referencia y criterio de comparación el deterioro de las condiciones de vida.

En anteriores trabajos (Fernández y Cabo, 1999) hemos identificado la Calidad de Vida con un concepto multidimensional y complejo que viene a indicar el “*grado de cumplimiento, cobertura, o satisfacción de las necesidades percibidas por una persona*” (p.36). Por su parte, Lacasta, López y Tamarit (2001), resaltan el aspecto de autodeterminación, ya que este concepto (Calidad de Vida) “*no se entiende sin facilitar y promover las elecciones, el control personal, la autonomía, la gestión de la propia vida, en la medida en que ello sea posible*” (p.542).

La multiplicidad de dimensiones, aspectos e indicadores que determinan la existencia de la calidad de vida convierten el concepto en multidimensional y por lo tanto, las diferentes formas de entender el concepto quedan constatadas cuando se aborda el estudio desde distintas perspectivas y grupos de población concretos.

En el ámbito de la discapacidad, la Calidad de Vida se erige en eje central de las intervenciones de orientación y apoyo y es también un indicador válido para la valoración de acciones o programas en la atención a las necesidades de las personas mayores con discapacidad.

El análisis de la literatura sobre la Calidad de Vida de las personas mayores con discapacidad indica que, en general, se detecta un deterioro en el bienestar físico y en el estado de salud, acompañado de un declive en la percepción en cuanto a satisfacción y Calidad de Vida.

El estudio de Arostegi (1999) sobre 1.200 personas adultas con discapacidad intelectual indica que sus condiciones de vida son aceptables a nivel general, percibiéndose de forma muy positiva las dimensiones de bienestar emocional y material, intimidad, productividad y seguridad; sin embargo, en lo referente a la salud y presencia en la comunidad, las puntuaciones decrecen considerablemente. En este sentido, se puede considerar que los elementos clave en la consideración de Calidad de Vida de las personas mayores con discapacidad y, en concreto, con discapacidad intelectual van asociados a la capacidad de toma de decisiones, autocontrol, independencia y autonomía.

La autodeterminación se refiere a cómo la persona mayor con discapacidad debe seguir actuando como primer agente causal de su propia vida,

haciendo elecciones y tomando decisiones sin influencias externas. Los componentes clave son la toma de decisiones autónomas, la elección entre alternativas, la solución de problemas, la formulación de objetivos personales, el conocimiento de uno mismo, la autoevaluación y las relaciones con los demás. A la hora de organizar la formación y los apoyos que favorezcan la autodeterminación de las personas con discapacidad, estos aspectos deberán tenerse en cuenta.

Valoración de experiencias

Para analizar los resultados de las dos experiencias comentadas anteriormente se ha planteado un análisis basado en contrastes de opinión de los participantes mediante entrevistas grupales. Esto nos permite conocer las actividades desarrolladas y a la vez, contrastar las opiniones y expectativas de los participantes, así como valorar la respuesta recibida de las entidades e instituciones.

Objetivos

Nos encontramos, pues, con que las personas con discapacidad llevan gran parte de su vida siendo atendidas por servicios específicos y en un determinado momento se ven sometidas a cambios hacia la utilización de recursos comunitarios y asociados principalmente con su condición de personas mayores. Con este planteamiento, *el objetivo de trabajo ha sido comprobar que esta transición se realiza desde un enfoque de calidad de vida y de servicio centrado en la persona*. Este objetivo se hace operativo en las acciones siguientes:

- *Valorar las necesidades* de los usuarios percibidas por los profesionales, antes, durante y después del cambio de residencia, y *valorar la adecuación* entre las necesidades y actividades en cada momento, así como los *cambios* apreciados.
- *Analizar el proceso de cambio de situación*, contrastando la calidad y adecuación de las actividades desarrolladas por los usuarios antes y durante su participación en la experiencia.
- *Estimar los resultados personales* obtenidos con la experiencia y el *nivel de satisfacción* conseguido en las personas y en sus cuidadores.

Metodología

Por nuestro convencimiento de que todo servicio social de calidad debe mantener un análisis continuo sobre la atención prestada, y no sólo valorar los resultados, hemos centrado la valoración de estas experiencias en ambos elementos, procesos desarrollados y resultados obtenidos.

Para cumplir con el objetivo, tratamos de comprobar, por tanto, no solo la eficacia de este tipo de acciones sino, también, su efectividad, lo cual supone valorar los procesos que condicionan la relación entre resultados y objetivos (Cohen y Franco, 1993), entendiendo por proceso el conjunto de actividades encadenadas que van añadiendo valor al programa o experiencia.

Nuestro planteamiento consiste en contrastar la información obtenida en las entrevistas grupales mantenidas con los participantes en las experiencias, tanto profesionales de los centros, como personas atendidas en ellos. Esta dinámica nos permite valorar las actividades desarrolladas en relación con las necesidades iniciales y actuales de los usuarios, así como apreciar la respuesta recibida desde las entidades e instituciones (Cuadro 1).

Técnica de análisis

La información es revisada y validada por los participantes y sigue el proceso de análisis siguiente:

- Identificación de temas clave en el desarrollo de la experiencia.
- Elaboración de mapas de significado y consideración de puntos fuertes y aspectos susceptibles de mejora en la experiencia. Esta técnica de resumen gráfico nos permite expresar los elementos más significativos relativos a:
 - Planificación y objetivos
 - Selección y expectativas de los participantes
 - Plan de intervención
 - Resultados en los profesionales y en los usuarios
- Matriz DAFO. El contraste de la información nos permite presentar un informe que ponga en evidencia las fortalezas, debilidades, amenazas, oportunidades, satisfacción e impacto de cada una de las acciones básicas de la experiencia.

Cuadro 1. *Descripción de las tareas desarrolladas a lo largo del análisis*

“Programa de Realojamiento de personas con discapacidad en la Residencia de Personas Mayores Mixta de Gijón”	“Programa de Envejecimiento saludable y positivo del Centro de Apoyo a la Integración Naranco”
<p>1. Reunión con el responsable de la acción y con un miembro del equipo directivo de las entidades CR Cabueñes y Residencia de Personas Mayores Mixta. La finalidad de esta primera reunión fue analizar las actividades desarrolladas a lo largo de la experiencia, conocer la documentación disponible (“Fichas del Programa” y “Fichas Individuales”), e identificar a los informantes clave para las entrevistas.</p>	<p>1. Reunión con el responsable de la acción y con un miembro del equipo directivo del CAI Naranco. La finalidad de esta primera reunión es analizar las actividades desarrolladas, recoger la información disponible (“Fichas del Programa” y “Fichas Individuales”), e identificar las personas a entrevistar.</p>
<p>2. Análisis de la documentación existente sobre la experiencia, búsqueda de información sobre experiencias similares, y elaboración de “Guiones de Entrevista”. Estos guiones contienen aspectos relativos a:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Necesidades previas detectadas en el centro o programa de origen. – Criterios de selección de usuarios y actividades desarrolladas. – Resultados apreciados tras la participación en la acción. 	<p>2. Análisis de la documentación existente sobre la experiencia y elaboración de “Guiones de Entrevista”. Estos guiones contienen aspectos relativos a:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Necesidades identificadas por el centro o programa de origen. – Criterios de selección de usuarios y actividades desarrolladas. – Resultados apreciados tras la participación en la acción.
<p>3. Realización de entrevistas con:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Profesionales del CR Cabueñes. Se han analizado las necesidades previas de las personas y los resultados apreciados tras la experiencia. Se ha considerado requisito de participación el haber visitado a los usuarios en la Residencia Mixta, al objeto de poder comprobar los cambios producidos en cuanto a necesidades. – Profesionales de la Residencia Mixta. Se analizan las necesidades apreciadas en los usuarios a la llegada al centro y después de participar en las actividades desarrolladas. 	<p>3. Visita al CAI Naranco y Centros Sociales de Personas Mayores, para la realización de entrevistas con:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Profesionales del CAI Naranco, en las que se analizan las necesidades previas de las personas y los resultados apreciados tras la experiencia. – Personas con discapacidad, al objeto de estimar el grado de satisfacción de los usuarios con las actividades desarrolladas en los Centros Sociales Municipales y los cambios que ha supuesto la participación en la experiencia. – Trabajadores Sociales de los Centros Sociales de Personas Mayores, en las que se analizan las necesidades apreciadas en los usuarios antes y después de participar en la experiencia. – Personas mayores que participan con los usuarios del CAI en las actividades de los Centros Sociales Municipales. Esta tercera reunión nos permite conocer las diferencias observadas por los compañeros respecto a la situación inicial y actual de los usuarios del CAI.

Nuestro procedimiento DAFO se concreta en un contraste matricial en el que se contraponen las valoraciones de cada uno de los aspectos identificados y mediante el que comparamos las percepciones de los participantes sobre la experiencia, sus efectos y su satisfacción (en tanto que diagnóstico interno), con los elementos de efectividad externa asociados a las condiciones de la acción y a las tendencias observadas (en tanto que diagnóstico externo).

Síntesis de Resultados

Presentamos a continuación una síntesis de valor de acuerdo con el contraste de significados expresado por los profesionales de los centros participantes. Los mapas de significado que se muestran a continuación reflejan los puntos fuertes de la experiencia (negrita) y los aspectos que se considera pueden mejorar (gris).

“Programa de Realojamiento de personas con discapacidad en la Residencia de Personas Mayores Mixta de Gijón”

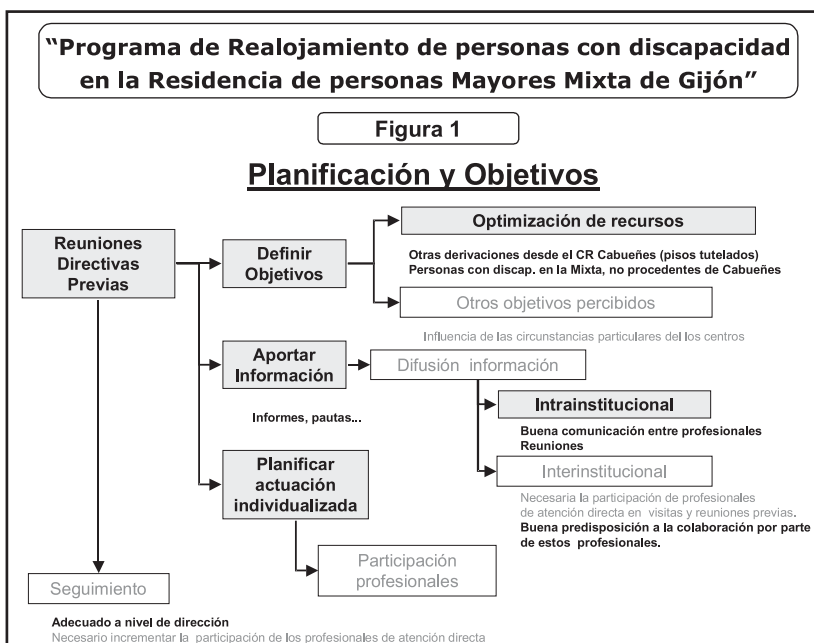
1. Planificación y objetivos

La existencia de reuniones, tanto previas como de seguimiento, por parte del equipo directivo y de algunos profesionales de los centros se considera un aspecto fundamental en el desarrollo de la experiencia, ya que permiten un conocimiento mutuo de los centros y facilitan algunos procesos básicos para la puesta en marcha de este tipo de acciones, tales como el intercambio de información o el establecimiento de objetivos y pautas de actuación.

La información aportada por el centro de origen se considera adecuada y suficiente, aunque se observa que los canales de difusión deben estar mejor definidos, tanto dentro de las instituciones, como entre ellas, ya que la información procedente del centro de origen no siempre llega a los profesionales que más la necesitan en el centro de destino.

La experiencia se considera adecuada para dar respuesta a las necesidades que aparecen en las personas con discapacidad cuando se van haciendo mayores. Responde a objetivos de participación social y optimización de recursos. No obstante, se percibe la influencia de otras circunstancias relacionadas con los cambios en los centros (procesos de reconfi-

Figura 1. “Programa de Realojamiento de personas con discapacidad en la Residencia de Personas Mayores Mixta de Gijón”. Planificación y Objetivos



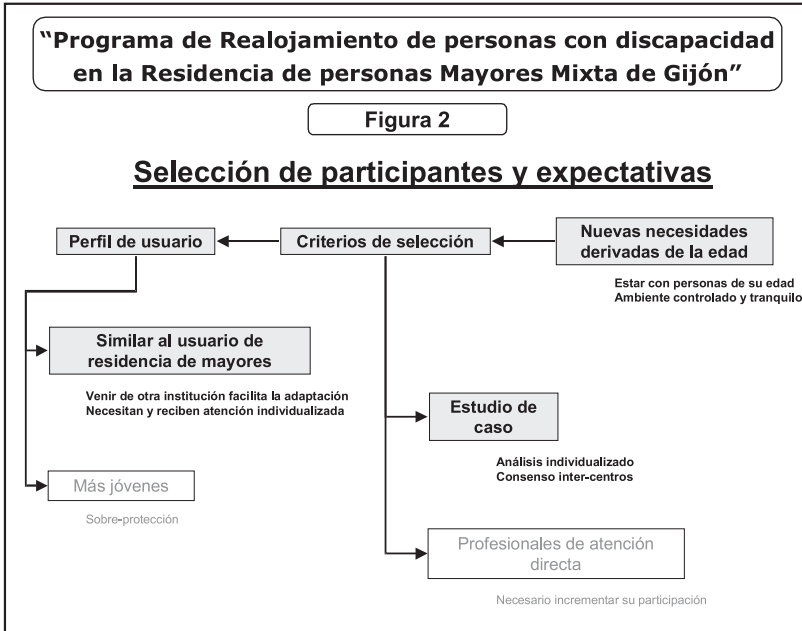
guración y transformación de los recursos), que no tienen una relación tan directa con objetivos de política social, si no con intereses de los propios centros.

La planificación de las actividades que se establece conjuntamente por las dos instituciones debería tener más en cuenta a los profesionales de atención directa, ya que son los que más información pueden aportar sobre los usuarios y quiénes más sugerencias pueden hacer sobre algunos aspectos del proceso de adaptación al nuevo recurso.

Estos profesionales de cuidados directos deberán, asimismo, tener una participación mayor en las acciones previas al traslado (visita de centros, conocerse entre sí, analizar los perfiles de los usuarios, etc.) y en las acciones de seguimiento, ya que son los que mejor podrían percibir los cambios producidos en los usuarios.

2. Selección y expectativas de los participantes

Figura 2. “Programa de Realojamiento de personas con discapacidad en la Residencia de Personas Mayores Mixta de Gijón”. Selección y expectativas de los participantes



Los usuarios que participan en esta experiencia responden a un perfil similar al de los residentes en centros para personas mayores y el hecho de proceder de otra institución favorece el proceso de integración, al estar ya habituados a las “rutinas” de este tipo de centros. Por su parte, el centro de destino está preparado para ofrecer a estas personas la atención individualizada que precisan; sin embargo, se aprecia cierto riesgo de que se produzcan situaciones de sobre-protección de estos nuevos usuarios por parte del resto de los residentes, situación fomentada por el hecho de ser más jóvenes.

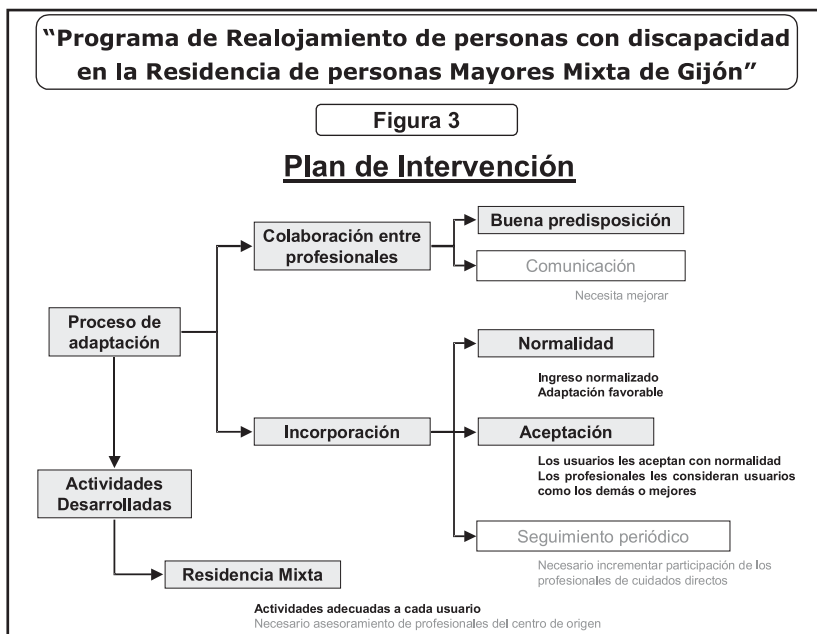
El proceso de selección de los participantes resulta adecuado al realizarse mediante estudio individual de cada caso y con acuerdo de los centros. Este proceso, sin embargo, debería contar, también, con más participación de los profesionales de atención directa, ya que pueden aportar información muy valiosa sobre las características y personalidad de cada usuario.

El nuevo alojamiento reúne las características requeridas por las necesidades derivadas de la edad de las personas con discapacidad y ofrece un

entorno que favorece la relación con personas que tienen intereses más parecidos a los suyos que los jóvenes con discapacidad con los que convivan en el centro de origen.

3. Plan de intervención

Figura 3. “Programa de Realojamiento de personas con discapacidad en la Residencia de Personas Mayores Mixta de Gijón”. Plan de intervención



El proceso de incorporación al nuevo alojamiento es similar al seguido por cualquier otro residente, siendo recibidos por sus compañeros sin ningún problema y, aunque el nivel de interacción social no es muy alto, la convivencia y aceptación mutua son buenas. El centro de destino considera que estos residentes no son diferentes a los habituales y está en condiciones de ofrecerles una atención adecuada, no suponiendo ningún problema para el desarrollo de su trabajo diario.

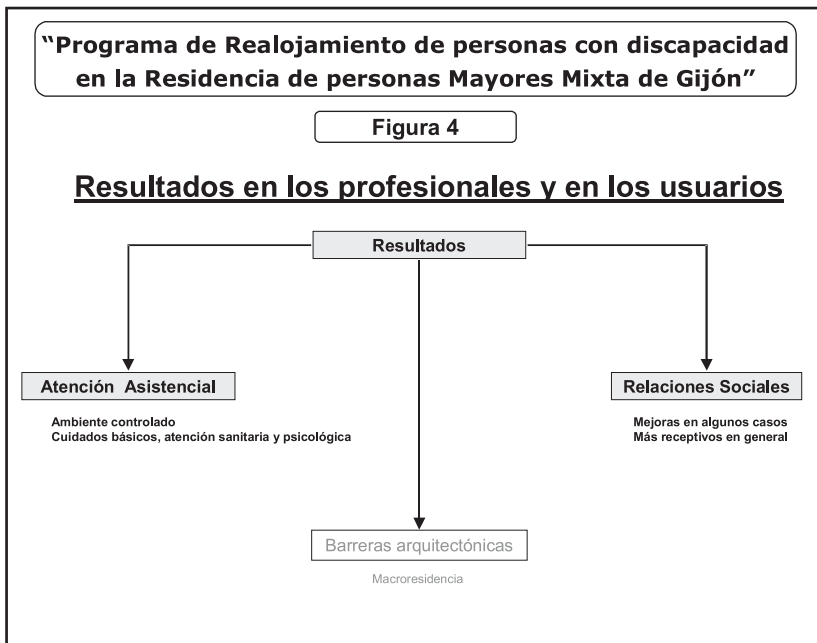
Destaca la buena predisposición de los centros para compartir información y organizar el plan de actuación de forma conjunta. Sin embargo, a pesar de esta buena predisposición, el proceso de colaboración necesita formalizarse más, dando mayor participación a los profesionales de atención directa, de

forma que puedan establecer líneas de comunicación más directas y operativas. También se considera necesaria la participación de estos profesionales en la realización de un seguimiento periódico, que ponga de manifiesto las mejoras obtenidas en la calidad de vida de las personas realojadas.

En relación a las actividades en las que participan estos usuarios en el nuevo centro, destaca el estudio individualizado que se hace sobre la adecuación de las actividades disponibles a las necesidades de cada persona (sistema de “tutoría”), aunque se debe de contar para esta tarea con el asesoramiento de los profesionales de cuidado directo del centro de origen.

4. Resultados en los profesionales y en los usuarios

Figura 4. “Programa de Realojamiento de personas con discapacidad en la Residencia de Personas Mayores Mixta de Gijón”. Resultados en los profesionales y en los usuarios



Las personas con discapacidad realojadas en la Residencia Mixta están bien atendidas a nivel asistencial y tienen cubiertas sus necesidades básicas (cuidados, atención sanitaria y psicológica) en un entorno más adecuado a su edad que en el CR Cabueñes. En algunos casos, ha mejorado la relación social con otros residentes cuyos intereses son más afines a los suyos que los

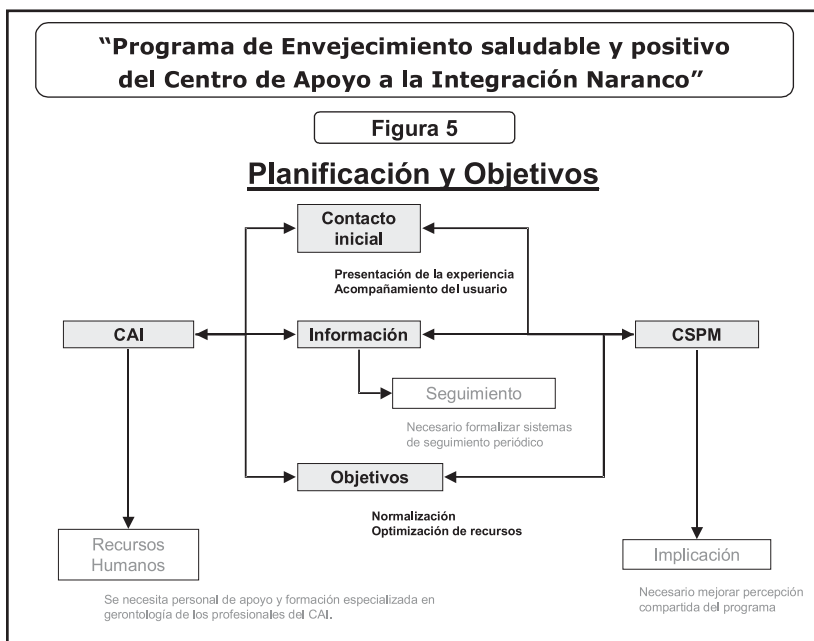
de los antiguos compañeros. Hay que precisar, no obstante, que el grado de interacción social siempre va a estar condicionado por la personalidad de los usuarios y que, si a veces no se produce, es por falta de habilidades comunicativas y/o sociales o por falta de interés de la propia persona, y no porque las condiciones del centro no sean favorables.

El edificio en el que residen los participantes en esta experiencia presenta barreras arquitectónicas propias de una macro-residencia, viéndose limitada su movilidad e independencia, situación que lleva a la consideración de la conveniencia de que estos realojamientos se hagan en residencias más pequeñas. Para muchos profesionales la residencia pequeña sería más adecuada ya que tendría más aspectos en común con el centro del que proceden estas personas; para otros, esto supondría disponer de menos recursos humanos.

“Programa de Envejecimiento Saludable y Positivo del Centro de Apoyo a la Integración Naranco”

1. Planificación y objetivos

Figura 5. “Programa de Envejecimiento Saludable y Positivo del Centro de Apoyo a la Integración Naranco”. Planificación y Objetivos



Se valora positivamente el contacto inicial establecido por el CAI Naranco para presentar la experiencia a los Centros Sociales, así como la información recibida sobre las características de los participantes y las recomendaciones de actividades más adecuadas para cada uno. No obstante, estos contactos iniciales deben completarse con visitas de seguimiento, de forma que los profesionales de ambos centros puedan revisar su información y trabajar conjuntamente a lo largo del proceso de adaptación.

Tanto los profesionales, como los participantes en la experiencia y sus compañeros de actividades en el CSPM, conocen y consideran adecuado el objetivo perseguido, es decir, la Normalización y Optimización de recursos; ya que esta experiencia permite a las personas con discapacidad acceder a los distintos recursos existentes en la comunidad, al margen del centro especializado.

El CAI Naranco ha hecho un gran esfuerzo para poner en marcha esta experiencia y se considera que para generalizarla se necesita una mayor dotación de recursos humanos, ya que en algunos casos, se precisa personal de apoyo y una formación especializada en gerontología de los profesionales implicados. Sólo de esta manera se puede garantizar un seguimiento adecuado de la acción y la puesta en marcha de talleres específicos para las personas mayores del CAI que no pueden participar en las ofertadas desde otros recursos.

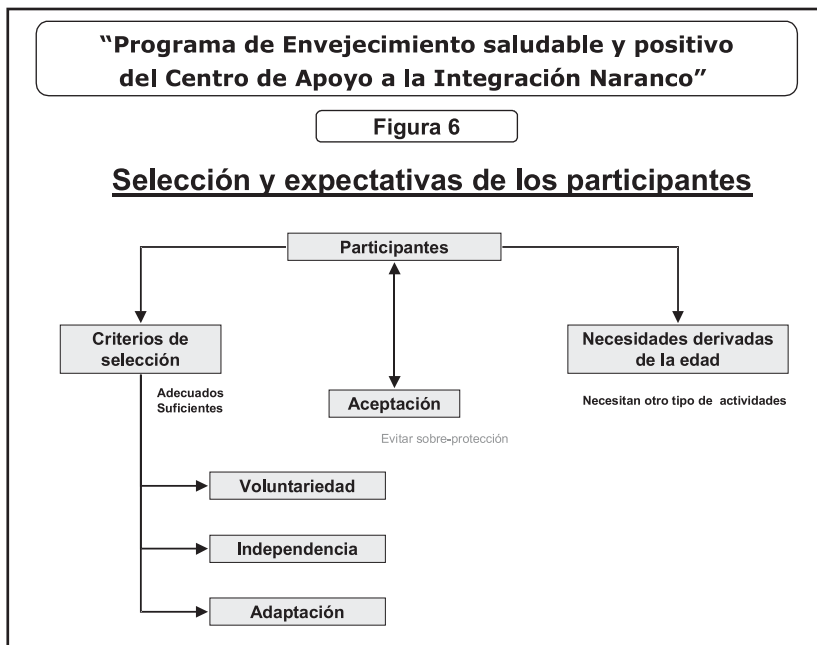
Tanto el equipo directivo, como los profesionales de los CSPM, manifiestan una predisposición positiva hacia la colaboración, pero en algunos casos no ven el programa como propio. Es necesario, también, abordar conjuntamente el diseño y desarrollo de la experiencia, ya que de esta manera se dispondría de más recursos humanos y materiales.

2. Selección y expectativas de los participantes

Se valora positivamente el que la propia persona manifieste su interés por acudir a las actividades de los Centros Sociales Municipales, así como la autonomía y la capacidad de adaptación a un nuevo entorno. Estos criterios se consideran suficientes para ser usuarios del Centro Social, no planteándose la necesidad de cumplir ningún otro requisito por el hecho de tratarse de personas con discapacidad.

Las personas con discapacidad, a medida que se hacen mayores, se encuentran menos motivadas por algunas actividades que se realizan en el centro y se vuelven más selectivas en sus relaciones sociales, al no encontrar temas de conversación con los más jóvenes por lo que se estima que estas personas necesitan un entorno más adecuado a su edad y un mayor abanico de actividades, sobre todo lúdicas.

Figura 6. “Programa de Envejecimiento Saludable y Positivo del Centro de Apoyo a la Integración Naranco”. Selección y expectativas de los participantes

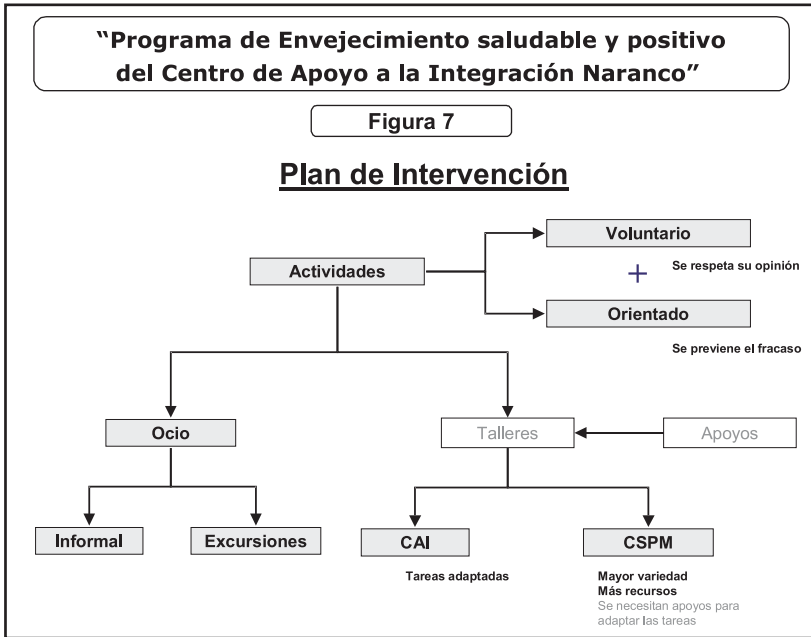


Tanto los profesionales de los Centros Sociales, como las personas mayores que acuden a estos centros, manifiestan plena aceptación de las personas con discapacidad como usuarios. Se considera que, al igual que ocurre con el resto de los usuarios, unos son más sociables que otros y en ningún caso se han producido rechazos ni han surgido problemas en el desarrollo de las actividades. Sin embargo, en algunos centros se observan conductas de sobre-protección, aunque en ningún caso se consideran excesivas o preocupantes, ya que para una persona mayor, ayudar a otra que tiene más dificultad en una tarea, sea por la razón que sea, también es una forma de sentirse útil.

3. Plan de intervención

Un aspecto muy valorado desde todos los puntos de vista es el hecho de que se respeten las preferencias de las personas, pero también se valora positivamente que los profesionales, tanto de un centro como del otro, asesoren a cada persona, orientándola hacia las actividades en las que es más fácil su adaptación, evitando, de esta manera, que se produzcan fracasos.

Figura 7. “Programa de Envejecimiento Saludable y Positivo del Centro de Apoyo a la Integración Naranco”. Plan de intervención



Fundamentalmente, estas personas quieren realizar otras actividades que no hay en el CAI, y prefieren realizar actividades de ocio, tanto informales, como leer el periódico, tomar café o jugar al billar, como organizadas, como es el caso de las excursiones.

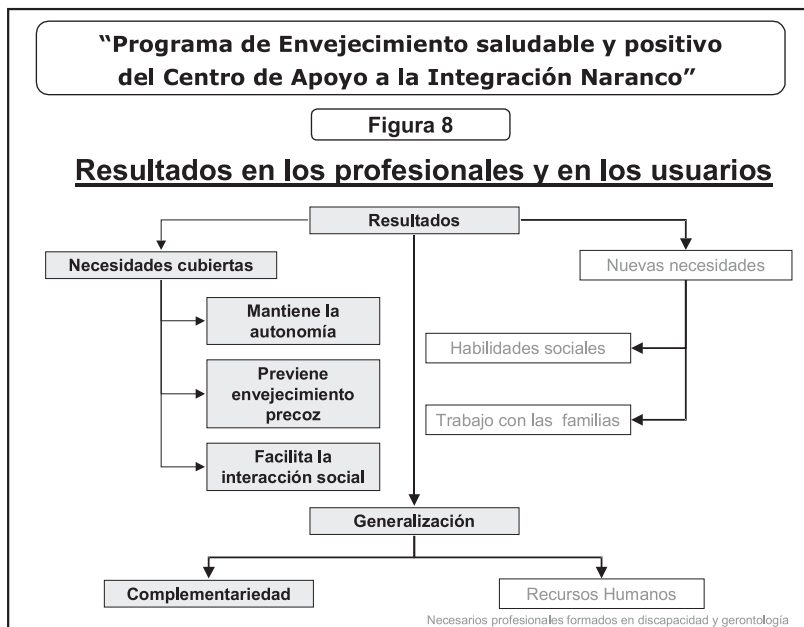
Cuando se les ofrece la posibilidad de participar en un taller, suelen preferir aquellos en los que han participado o participan en el CAI, ya que conocer el trabajo les proporciona más seguridad. En todo caso, valoran muy positivamente la variedad y recursos de los que disponen los Centros Sociales Municipales.

La presencia de estas personas en las actividades ofrecidas por los Centros Sociales no ha generado ninguna adaptación especial, ya que todos pueden seguir la actividad con más o menos ayuda por parte del monitor y de sus compañeros, si bien se aprecia que en algunas actividades, sería necesario contar con apoyos para que estas personas pudieran participar.

Las personas con discapacidad que participan en la experiencia manifiestan su satisfacción con el trato recibido por los trabajadores sociales y monitores del Centro Social al que acuden.

4. Resultados en los profesionales y en los usuarios

Figura 8. “Programa de Envejecimiento Saludable y Positivo del Centro de Apoyo a la Integración Naranco”. Resultados en los profesionales y en los usuarios



En general, esta experiencia es válida para cualquier persona con discapacidad que tenga suficiente autonomía para desplazarse hasta el Centro Social de su zona, o que disponga de apoyo familiar para ello, y que, además, tenga interés por participar en actividades diferentes a las que se realizan en el Centro de Apoyo a la Integración y en un entorno más acorde con su edad. Las principales necesidades que cubre esta experiencia en las personas con discapacidad son el mantenimiento de las habilidades de autonomía y vida independiente, la prevención de actitudes como el aislamiento y el incremento de las posibilidades de interacción social con personas de su edad.

Resulta importante tener la posibilidad de conocer a otras personas y hacer nuevos amigos, aunque el paso por la experiencia pone de manifiesto nuevas necesidades relativas a la carencia de habilidades sociales básicas (presentarse, entablar conversación,...) o la creación de falsas expectativas sobre sus posibilidades de participación e integración en determinadas actividades.

Otro aspecto en el que debe incidirse es en el trabajo con las familias, al objeto de aumentar su implicación en la experiencia, ya que pueden ser un apoyo fundamental.

Desde todos los ámbitos se ve factible la generalización de la experiencia bajo un enfoque de complementariedad de los dos tipos de recursos (Centro de Apoyo y Centro Social). Se entiende que el CAI es el centro de referencia desde el que se facilita la transición a otros recursos del entorno pero de una forma flexible, de manera que el usuario participe de los aspectos más positivos de cada uno de ellos mientras los necesite.

Conclusiones

Las experiencias analizadas mantienen un enfoque dirigido a incrementar la participación social de las personas con discapacidad en entornos de vida normalizada, en línea con lo indicado por otros autores (Millán, 2002), resultando éste innovador por cuanto consigue superar planteamientos obsoletos, como el de que las personas con discapacidad, en su proceso de envejecimiento, deben ser atendidas mediante recursos especializados debido a que presentan necesidades diferentes a las de las personas mayores sin discapacidad

La organización de estas experiencias ha permitido apreciar la mejora en la calidad de vida de las personas con discapacidad que han participado en ellas, entendiendo la calidad de vida como el grado de cobertura o satisfacción de sus necesidades percibidas (Fernández y Cabo, 1999). En concreto, se ha podido constatar que las personas con discapacidad, incluso aquellas que han pasado gran parte de su vida en centros específicos, pueden adaptarse sin grandes problemas a los recursos normalizados de atención a personas mayores, tales como Residencias y Centros Sociales, lugares en los que obtienen una respuesta adecuada a sus necesidades personales y en un entorno socialmente más enriquecedor.

Las experiencias desarrolladas provocan también cambios de actitud en los profesionales, tanto de los centros para personas con discapacidad, como de los centros para personas mayores, de tal forma que aquellos que en principio mostraban ciertas reticencias y dudas sobre el éxito de estas acciones, manifiestan en el análisis que los participantes se adaptan bien a los nuevos recursos y reciben una respuesta adecuada a sus necesidades.

También hemos podido constatar que, tanto los profesionales, como los usuarios habituales de los recursos normalizados para personas mayores,

desarrollan una percepción diferente de la persona con discapacidad después de haber participado en estas experiencias ya que, antes consideraban, básicamente, las limitaciones que produce la discapacidad y ahora, valoran más la capacidad e interés que tienen estas personas, siendo esta apreciación, por lo tanto, resultado de una visión social superadora de enfoques minusvalorizantes y discapacitantes para la personas.

El análisis efectuado pone igualmente de manifiesto que la organización de experiencias de participación social de personas mayores con discapacidad requiere una planificación en detalle, bajo modelos de intervención colaborativa y que identifiquen objetivos y recursos disponibles para el desarrollo del proceso. La comunicación entre profesionales, su formación permanente, la participación de las familias y la difusión institucional de las experiencias constituyen, por lo tanto, elementos esenciales en el desarrollo de programas de transición.

Las acciones desarrolladas no requieren grandes adaptaciones, aunque toda acción de transición para personas con discapacidad debe cuidar especialmente los espacios en los que las personas se desenvuelven y también el apoyo que pueden brindar los especialistas de los centros de los que provienen. En este sentido, la adecuación de espacios residenciales y la organización de actividades especializadas a cargo de los profesionales de los centros de origen pueden enriquecer la actividad de participación social.

Resulta también importante que los usuarios se sientan partícipes directos de su transición, ejerciendo la autodeterminación en el sentido indicado por Lacasta, López y Tamarit (2001) y que la acción programada responda, como realmente ocurre en estas experiencias, a sus intereses y necesidades. El sistema de tutoría deberá no obstante objetivarse más, de manera que permita estimar los resultados personales de la acción en comparación con lo previsto y en especial, en lo referido a habilidades comunicativas y sociales.

Con vistas a la generalización de experiencias, somos partidarios de abordar un análisis complementario a éste de efectividad de los procesos, que contemple la eficiencia de las acciones en términos de coste-eficacia, de manera que pueda estimarse el esfuerzo, tanto personal como económico, que se asume institucionalmente con este tipo de acciones y programas.

Referencias

- Arostegi, I. (1999). Evaluación de la calidad de vida en personas adultas con retraso mental. En M.A. Verdugo Alonso y F.B. Jordán de Urríes Vega (Coords.), *Hacia una nueva con-*

- cepción de la discapacidad. *Actas de las III jornadas científicas de Investigación sobre personas con discapacidad* (pp. 405-414). Salamanca: Amarú.
- Fernández, S. (Dir.) (1999). *Analizando la Calidad de Vida*. Madrid: MTAS.IMSERSO.
- Fernández Fernández, S. y Cabo Pérez, J. (1999). Calidad de vida, calidad de servicio. *Minusval*, n^o, 121, 35-37.
- García Díaz, N. (Coord.) (1999). Observatorio de la Discapacidad. Calidad de vida, calidad de servicio. *Minusval*, n^o 121, 35-42.
- Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (1997). *Clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías. Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad*. Madrid: Autor. [1980: Organización Mundial de la Salud]
- Instituto Nacional de Estadística (2000). *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud 1999. Avance de resultados. Datos básicos*. [Consultado en <http://www.ine.es/discapa/disctodo.pdf> el 16 de Noviembre de 2003].
- Janicki, M.P. (1987). Perspectiva general del envejecimiento y la deficiencia mental. Ponencia presentada en el Simposio Internacional sobre envejecimiento y deficiencia mental. Madrid: Real Patronato de prevención y de atención a personas con Minusvalía.
- Lacasta, J.J., López, A. y Tamarit, J. (2001). Manuales de buenas prácticas de FEAPS. Un proceso de calidad (o el esfuerzo de un sector por situarse en nuevos paradigmas. En M.A. Verdugo Alonso y F.B. Jordán de Urrés Vega (Coords.), *Apoys, autodeterminación y calidad de vida. Actas de las IV Jornadas Científicas de Investigación sobre personas con discapacidad* (pp. 537-580). Salamanca: Amarú.
- Millán Calenti, J.C. (Coord.) (2002). *Inclusión Socio-Laboral y Envejecimiento en las personas con discapacidad intelectual*. A Coruña: Instituto Gallego de Iniciativas Sociales y Sanitarias. [Consultado en <http://gerontologia.udc.es/libros/pdf/InclusionSocioLaboral.pdf> el 30 de agosto de 2003]
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Borrado Final, versión completa. [Consultado en <http://imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/clasificaciondiscapacidad.pdf> el 16 de Noviembre de 2003].
- Ramos Ibáñez, F. (2002). Perspectivas del envejecimiento en las personas con discapacidad intelectual. En J.C. Millán Calenti (Coord.), *Inclusión Socio-Laboral y Envejecimiento en las personas con discapacidad intelectual* (pp. 220-244). A Coruña: Instituto Gallego de Iniciativas Sociales y Sanitarias. [Consultado en <http://gerontologia.udc.es/libros/pdf/InclusionSocioLaboral.pdf> el 30 de agosto de 2003]
- Rodríguez, C.G. (1994). *Envejecimiento y familia*. Madrid: Siglo XXI.
- Salvador Carulla, L., García Mellado, M.J., Romero López-Alberca, C. y Montero Aguilera, S. (1995). *Evaluación Psicosocial del Retraso Mental*. Madrid: IMSERSO.
- Schalock, R.L. (1997). Evaluación de programas sociales, para conseguir rendimientos organizacionales y resultados personales. En M.A. Verdugo et al. (Comps.), *II Jornadas científicas de investigación sobre personas con discapacidad. Libro de actas* (pp. 85-105). Salamanca: Universidad de Salamanca e IMSERSO.

