

Estudio sobre la situación de las personas con discapacidad en proceso de envejecimiento y necesidades de prestación de apoyos en Extremadura



Contenido

1	Marco teórico y conceptual.....	4
1.1	Introducción	4
1.2	Personas con discapacidad en proceso de envejecimiento, necesidades y apoyos: Marco conceptual	6
1.2.1	La comprensión actual de la discapacidad: claves para afrontar los procesos de envejecimiento	6
1.2.2	Envejecimiento activo.....	10
1.2.3	Calidad de Vida y Planificación Integral Centrada en la Persona	11
1.3	Contexto político-normativo	11
1.4	El envejecimiento de las personas con discapacidad: perfiles y líneas emergentes de investigación	12
1.4.1	Discapacidad intelectual y TEA.....	13
1.4.2	Discapacidad física	21
1.4.3	Discapacidad sensorial	29
1.4.4	Discapacidad psicosocial, salud mental	31
1.4.5	Factores contextuales y barreras: un balance transversal	32
1.4.6	1.4.6. Otras líneas emergentes de investigación.....	37
2	Personas con discapacidad en proceso de envejecimiento	40
2.1	La heterogeneidad del proceso de envejecimiento y el concepto de edad biológica	40
2.2	El proceso de envejecimiento en las personas con discapacidad...	41
2.3	El incremento de las situaciones de discapacidad conforme la población envejece.....	43
2.4	Las personas con discapacidad en proceso de envejecimiento en Extremadura	45

2.4.1	Distribución por edad y sexo de las personas con discapacidad administrativamente reconocida.....	45
2.4.2	Distribución por tipo y grado de discapacidad.....	49
2.4.3	Distribución territorial	55
2.4.4	Situaciones de dependencia	60
2.4.5	Percepción de servicios MADEX	63
2.4.6	Percepción de prestaciones del SAAD	66
3	Bibliografía.....	69

1 Marco teórico y conceptual

1.1 Introducción

El aumento en la esperanza de vida en nuestra sociedad, relacionado con avances médicos y mejores condiciones en el entorno, trae consigo un proceso de envejecimiento, con cambios demográficos y sociales. Como parte de este cambio, un fenómeno nuevo y emergente es la creciente población de personas con discapacidad en proceso de envejecimiento. Personas con discapacidades de nacimiento o adquiridas en la infancia alcanzan edades que no se imaginaron en generaciones anteriores. Por otro lado, personas que adquirieron discapacidades en la juventud o edades intermedias se acercan en esperanza de vida a otras personas sin discapacidad. El aumento de la longevidad en la sociedad y, en particular, entre las personas con discapacidad, es un logro colectivo que, a su vez, abre problemáticas y retos nuevos. Requiere innovar en modelos de apoyo que garanticen la dignidad, la calidad de vida y la ciudadanía a este colectivo diverso, para lo cual se precisa generar conocimiento que permita fundamentar las actuaciones.

El objetivo general del estudio es conocer la situación de las personas con discapacidad que se encuentren en proceso de envejecimiento y las necesidades sanitarias y sociales de provisión de apoyos que reciben o desean recibir en el ámbito de los servicios de la red del MADEX. Combina la revisión del conocimiento disponible, el análisis de fuentes estadísticas, junto con otras metodologías empíricas.

El presente documento ofrece un avance del Marco teórico del estudio, basado en la revisión del conocimiento disponible. El primer apartado ofrece las perspectivas conceptuales la comprensión general de los procesos de envejecimiento de las personas con discapacidad, fundamentalmente desde el enfoque biopsicosocial, esto es, atento a los aspectos psicocorporales de salud como a los factores personales y contextuales, que incluyen servicios sanitarios y sociales, económicos, de género, hábitat, etc. Se considera también el "envejecimiento activo",

propuesto por la OMS, y que aplican en distinto grado tanto entidades asociativas como otros agentes en la consideración del envejecimiento de las personas con discapacidad. Se tendrán en cuenta, en esta revisión y propuesta teórica para la fundamentación de las intervenciones, los modelos de Calidad de Vida y Planificación Centrada en la Persona.

El segundo apartado ofrece un acercamiento a las políticas públicas en materia de envejecimiento y discapacidad, que sitúan el marco de actuación de los apoyos. Considerando estas perspectivas, la aportación nuclear del capítulo se centra en la revisión de las publicaciones sobre envejecimiento de las personas con discapacidad de acuerdo a sus diferentes perfiles. El colectivo de personas con discapacidad es heterogéneo en términos de funcionalidad psicocorporal: física, intelectual o cognitiva, sensorial, mixta, entre otros aspectos que refieren su complejidad. La caracterización de los procesos de envejecimiento en perfiles fundamentales de discapacidad, las problemáticas identificadas, necesidades percibidas, retos y propuestas de actuación, aportan una base de partida de cara al objetivo principal del estudio.

Para realizar el análisis de las publicaciones sobre envejecimiento de las personas con discapacidad, se ha llevado a cabo una revisión en fuentes como Pubmed, Google Scholar, Dialnet y el Centro de Documentación sobre Servicios Sociales y política social, SIIS, de la Fundación Eguía-Careaga. Se han utilizado como palabras clave los descriptores "discapacidad"/"disability", "envejecimiento"/"aging", además de los términos correspondientes a diferentes perfiles de discapacidad.

Los procesos de envejecimiento entre las personas con discapacidad son objeto creciente de preocupación e interés entre las entidades asociativas, administraciones públicas y diferentes actores, en el ámbito de la investigación y la práctica. Se observa un aumento en los últimos años en cuanto a publicaciones relevantes en diferentes ámbitos y perfiles. Ahora bien, el conocimiento disponible es todavía, en términos generales, escaso, desigual entre unos y otros perfiles de discapacidad, y entre ámbitos. La presente revisión identifica líneas de investigación emergentes y, en ocasiones, buenas prácticas las que aprender.

Se trata, según se indica, de un avance de resultados: el documento requiere el desarrollo de algunos de sus apartados.

1.2 Personas con discapacidad en proceso de envejecimiento, necesidades y apoyos: Marco conceptual

El objeto del presente estudio son las personas con discapacidad en proceso de envejecimiento, sus necesidades y apoyos. En este primer capítulo se plantea un acercamiento a la comprensión conceptual de la discapacidad y los procesos de envejecimiento, así como a las líneas de investigación en relación con distintos perfiles.

1.2.1 La comprensión actual de la discapacidad: claves para afrontar los procesos de envejecimiento

Tanto la medida y la caracterización como el diseño de respuestas ante la discapacidad toma como punto de partida la comprensión que se tenga de este fenómeno. De cara a una primera aproximación conceptual a los procesos de envejecimiento de este colectivo, se plantea una serie de elementos básicos para abordar este ámbito complejo teniendo en cuenta sus diferentes dimensiones.

La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (ONU, 2006) establece en su Artículo 1 como definición:

"Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás."

Asimismo, reconoce que la discapacidad es **un concepto que evoluciona**, hace hincapié en los obstáculos físicos y las actitudes de la sociedad que pueden ejercer en el goce de los derechos humanos por parte de las personas con discapacidad.

En efecto, la idea e interpretación de la discapacidad y las respuestas sociales consecuentes, lo que se ha denominado enfoques o

paradigmas, ha cambiado históricamente, y de manera muy significativa de los años 90 del pasado siglo al presente. Sin entrar en detalle en estos diferentes modelos, abordados de manera amplia en otros lugares (Jiménez Lara, 2007; Palacios y Bariffi, 2007), sí conviene tener en cuenta sus elementos básicos, puesto que, si bien el modelo biopsicosocial y basado en derechos es vigente hoy día en lo teórico y normativo, persisten inercias de otros modelos.

En síntesis, se describió como enfoques predominantes en la comprensión de la discapacidad:

1. Un modelo de “**prescindencia**”, en que la persona “deficiente”, diferente es separada y suprimida como no perteneciente a la comunidad humana. Practicada en la antigüedad (infanticidio), y en el siglo XX, bajo ideologías eugenésicas, aplicadas en distintos países mediante leyes de esterilización y que se expresaron de la forma más radical en el programa aplicado por la Alemania nazi, que supuso el exterminio de más de 100.000 personas con discapacidad (en su mayoría, institucionalizadas con enfermedades mentales) (Jiménez Lara, 2007: 186).
2. Un **modelo “tradicional”** en que la persona con discapacidad era atendida por compasión -o considerada en la antigüedad una maldición religiosa, a esconder, separar o suprimir-
3. Desde el renacimiento, asciende conviviendo con el modelo “tradicional” un enfoque **médico** o de **rehabilitación**, que se asienta en el siglo XX. Este modelo sitúa comprende enfoca la discapacidad como “personal”, cuando directamente por una enfermedad, un traumatismo o cualquier otra alteración de la salud, que requiere asistencia médica, prestado por profesionales. Este modelo se centra en el déficit, las carencias, tratando de facilitar la adaptación de la persona a la normalidad social (quienes pudieran adaptarse a ella) o ser atendida en instituciones asistenciales.

4. Por su parte, desde movimientos de las propias personas con discapacidad, en favor de la vida independiente frente a la institucionalización, desde los años 70 se contraponen al enfoque médico-rehabilitador un **modelo “social”** que, sin negar el sustrato médico-biológico, plantea el papel determinante de las características del entorno social en la “discapacitación” de este colectivo, en cómo lo corporal se convierte en discapacidad efectiva. Corresponde, por tanto, actuar sobre las barreras del entorno, tanto arquitectónicas como institucionales, para alcanzar la inclusión efectiva de estas personas, acompañando las capacidades con apoyos. Frente a la toma de decisiones sobre la vida de las personas con discapacidad por los profesionales, se propone el lema “nada sobre nosotros/as sin nosotros/as”.

A comienzos de siglo la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) aprobó la “Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud” (CIF), que constituye el estándar vigente y supone una integración de la perspectiva médica y social. Se trata del estándar vigente, junto con la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, en la comprensión de este fenómeno y la formulación de políticas integrales ¹. Por ello se desglosan algunas claves de esta propuesta del especial valor a la hora de comprender el envejecimiento de las personas con discapacidad, sus diferentes planos y, por tanto, necesidades diferenciadas de acuerdo a diferentes variables y líneas de articulación de apoyos.

¹ La CIF ha sido aceptada como una de las clasificaciones sociales de las Naciones Unidas, y aporta la base para las convenciones y recomendaciones internacionales en esta materia. La propia Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad basa su definición en la propia CIF. Esta clasificación considera al ser humano como un conjunto de dimensiones en interacción: biológicas, psicológicas, físicas, sociales, por lo que se ha llamado también enfoque “biopsicosocial”.

De acuerdo a la CIF, el funcionamiento y la discapacidad de una persona se determinan como una "interacción dinámica entre los estados de salud (enfermedades, trastornos, lesiones, traumas, etc.) y los factores contextuales" (OMS, 2001: 9). Diferencia tres niveles en la discapacidad:

- **Corporal:** "deficiencia" a nivel de la estructura o las funciones corporales;
- **Individual:** limitaciones de las **actividades** (ver, oír, caminar, etc.) a nivel de la persona;
- **Social:** restricciones en la participación en distintos ámbitos, como el empleo, la formación, etc., en un contexto social.

Por su parte, los **factores contextuales** incluyen el entorno ("factores ambientales") así como "factores personales".

- Los **factores ambientales**, es decir, el entorno. La persona ve potenciada o limitada su capacidad, sus funcionamientos, para realizar actividades y participar, desde el aseo o el desplazamiento hasta otros más complejos, como la comunicación, el empleo, etc. en relación con el **entorno**, que puede ser **facilitador** o suponer **barreras** de distinto tipo. El entorno incluye desde los aspectos de accesibilidad, los productos de apoyo o el soporte institucional, hasta las actitudes sociales.
- Los **factores personales**: el sexo, la raza, la **edad**, el estilo de vida, los hábitos, los estilos de afrontamiento, la educación, etc., que pueden tener un impacto sobre la salud y los estados relacionados con la salud de la persona.

Tanto el entorno como las condiciones personales interactúan con lo corporal, de manera que darán lugar a experiencias de envejecimiento con discapacidad diferentes.

Como base de partida en el **nivel corporal**, los cambios asociados al envejecimiento entre las personas con discapacidad:

1. son **diferentes** en distintos aspectos a los que afrontan las personas que **envejecen sin discapacidad** o adquieren la discapacidad al envejecer: darán lugar con frecuencia a **condiciones secundarias de salud**, que requieren prevención (Freedman, 2014).
2. van a ser **heterogéneos entre los diferentes perfiles de discapacidad**: física, intelectual, etc.

Por otro lado, la salud corporal entra en **interacción** con variables como el **estatus socioeconómico**, el **género**, condicionan trayectorias y oportunidades diferentes en la salud y calidad de vida de estas personas, así como entran en juego los factores del entorno, como las **políticas de apoyo**, sistema de servicios sanitarios y sociales, además de las actitudes sociales. Se observarán estos aspectos en relación con los procesos de envejecimiento de las personas con discapacidad en los epígrafes siguientes y en el conjunto del estudio. En suma, la discapacidad.

1.2.2 Envejecimiento activo

El concepto de "Envejecimiento Activo" se incorporó como perspectiva por la II Asamblea del Envejecimiento (2002), entendiéndolo como un proceso que persigue optimizar oportunidades en distintas dimensiones (salud, participación y seguridad) con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. Según la Organización Mundial de la Salud (2015), el envejecimiento activo, participativo, saludable y satisfactorio es un derecho al que no debe renunciar ninguna persona.

Se trata de un enfoque que, en la actualidad, aplican en distinto grado distintas entidades representativas de la discapacidad y otros actores en la comprensión del envejecimiento de las personas con discapacidad y en el diseño de intervenciones acordes.

El envejecimiento activo y exitoso, comparte con la comprensión actual de la discapacidad el contemplar la interacción dinámica de distintos factores: servicios de salud y servicios sociales, económicos, factores

sociales, el ambiente físico, además de aspectos conductuales y personales/psicológicos, junto al género y la cultura.

1.2.3 Calidad de Vida y Planificación Integral Centrada en la Persona

El diseño de apoyos a personas con discapacidad en proceso de envejecimiento desde modelos teóricos (complementar).

- Calidad de Vida

- Planificación Integral Centrada en la Persona

1.3 Contexto político-normativo

Contexto normativo y de políticas. Referencias sobre envejecimiento de las personas con discapacidad en los instrumentos:

- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006)
- ODS/Agenda 2030
- Estrategia Europea de discapacidad 2020 y post 2020
- Pilar Social Europeo
- Marco normativo y de políticas en España
- Marco normativo y de políticas en Extremadura

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006), incorporada a nuestro ordenamiento jurídico, proporciona un marco de acción para los debates y el enfoque de las políticas y actuaciones sobre el envejecimiento de las personas con discapacidad. Varios de sus artículos adquieren especial relevancia en la consideración transversal del envejecimiento y la discapacidad. Entre ellos, por ejemplo, el artículo 9 (accesibilidad), el artículo 19 (vida independiente e inclusión en la comunidad) o el artículo 25 (salud).

Agenda 2030: Objetivos del Desarrollo Sostenible

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030 de Naciones Unidas hacen referencias explícitas a las personas mayores y las personas con discapacidad en sus distintos objetivos y medidas. Entre ellos, en relación con la salud y bienestar, las ciudades y comunidades sostenibles, la erradicación de la pobreza. La inclusión requiere incorporar en los distintos ámbitos a las personas mayores, con y sin discapacidad. Proporciona, en este sentido, un marco de actuación para abordar conjuntamente y de manera transversal los retos en materia de envejecimiento y discapacidad a distinta escala: mundial, por país, a escala regional o local.

*

Una vez situados elementos clave de la comprensión de la discapacidad y líneas básicas del contexto político normativo, se aborda la caracterización de los procesos de envejecimiento, de acuerdo al conocimiento disponible, en distintos perfiles de discapacidad.

1.4 El envejecimiento de las personas con discapacidad: perfiles y líneas emergentes de investigación

Cada persona tiene su forma particular de envejecer, a partir de características personales y sociales diferentes. Ahora bien, ciertas discapacidades presentan, con frecuencia, rasgos característicos a lo largo del ciclo de vida y en el proceso de envejecimiento. En esta experiencia colectiva por perfiles de discapacidad influyen el momento de adquisición de la misma (nacimiento/infancia; juventud; edad adulta) y grado de apoyos necesarios, junto a variables como el género, el nivel socioeducativo, la actividad, las actitudes... Y, desde luego, en perspectiva biopsicosocial, el entorno: el disponer o no de acceso a la participación social, educativa, de empleo, de servicios sanitarios y sociales de apoyo en los procesos de envejecimiento. El presente apartado aborda la investigación y conocimiento disponible en torno a los procesos de envejecimiento en diferentes perfiles de discapacidad, sus aspectos característicos, problemáticas de salud y sociales, las

barreras, retos y aspectos favorables, en su caso, que requieren atención y respuesta desde el sistema sociosanitario, los modelos de apoyo.

Los aspectos de salud, psicocorporales, en la discapacidad, se caracterizan por la heterogeneidad: comprenden desde discapacidades físicas, cognitivas y del aprendizaje, sensoriales, psicosociales, mixtas. Unas pueden ser congénitas en términos generales, como la parálisis cerebral, otras adquiridas en distintas edades, como puede ser la lesión medular, aun dentro del mismo grupo amplio de las discapacidades físicas. Algunas cuentan con mayor trayectoria, como la parálisis cerebral y la lesión medular, que cuentan con décadas de diagnóstico y (la segunda) de supervivencia. Otras tienen un menor recorrido generacional, un reconocimiento y diagnóstico más reciente, como los Transtornos del Espectro del Autismo (TEA). En unas y en otras, en diferente medida, el envejecer es una experiencia nueva, que requiere innovar con conocimiento y evidencia para diseñar apoyos que favorezcan la calidad de vida de estas personas. Como se observará, el volumen de publicaciones en este campo, siendo escaso y necesario en todas ellas al tratarse de un fenómeno emergente, difiere: es mayor en el ámbito de la discapacidad física, y sobre todo en una condición como la parálisis cerebral, y en la discapacidad intelectual; es menor en otros perfiles. La presente aproximación a partir del conocimiento disponible ofrece un mapa atento a los distintos perfiles de discapacidad. Ahora bien, hay algunos otros que, sin estar mencionados expresamente, pueden compartir aspectos convergentes que se observan.

1.4.1 Discapacidad intelectual y TEA

Discapacidad intelectual

El aumento de la esperanza de vida y, por tanto, el envejecimiento de las personas con discapacidad intelectual (DI) y, sobre todo, con síndrome de Down, es una **novedad** y una conquista. Tal **logro** es consecuencia de una mejora del conocimiento de la realidad y necesidades de este colectivo, que ha dado lugar a una mejora sustancial de su calidad de vida, especialmente en el campo de la salud, así como mediante la disposición de apoyos que han mejorado su participación, inclusión

educativa y social en la atención social a través de entidades de apoyo (Muíño et ál., 2019, Tovar y Mansilla, 2020).

Ahora bien, el logro de alcanzar una nueva etapa vital, la vejez, trae consigo en el caso de las personas con síndrome de Down **nuevos retos** en el campo de la **salud** y el enfoque de los **apoyos**. Como rasgo principal, las personas con síndrome de Down **experimentan un proceso de envejecimiento acelerado**, por lo que a partir de los 40-45 años empiezan a expresar rasgos propios de una población más envejecida (Presson et ál., 2013). Esto incluye mayor probabilidad de experimentar enfermedad de Alzheimer u otras formas de deterioro cognitivo, que aumenta con la edad (Madrigal, 2007, Muíño et ál., 2019).

Por otro lado, en situación de dependencia, una mayoría de los cuidados de las personas con DI recaen en la **familia**: cuando llegan a mayores estos cuidadores familiares tienen edades avanzadas, con el riesgo de que hayan perdido ellos también a su vez la autonomía (fenómeno del doble envejecimiento) (Madrigal, 2007).

En el **ámbito sanitario**, el envejecimiento precoz y la mayor probabilidad de desarrollar deterioros cognitivos requiere:

- Elaborar programas de salud que realicen un **seguimiento** estrecho y atiendan los problemas clínicos desde que son adultas hasta que envejecen: adelantar la edad de aplicación de protocolos para pruebas diagnósticas, anticiparse para ello y disponer datos suficientes de los factores biológicos, psicológicos y sociales para, de este modo, contribuir a diagnósticos más fiables. Se dan en la práctica dificultades para la realización de diagnósticos por un elevado impacto del “efecto eclipsador” de la DI, esto es, cambios y patología asociadas directamente al síndrome de Down, obviando otros aspectos importantes para un idóneo diagnóstico. (Muíño et ál., 2019, Tovar y Mansilla, 2020).
- Es preciso disponer **otros programas preventivos en salud**, que fomenten (Tovar y Mansilla, 2020; Berzosa, 2013):

- La actividad física habitual.
- Una alimentación equilibrada.
- Estimular la mente y la relación social.
- Descanso y dormir de manera adecuada, prevención del estrés.

En el **ámbito social** son varios los retos que plantea el envejecimiento de las personas con discapacidad intelectual, en especial con síndrome de Down, entre los que cabe destacar:

- La **actividad laboral** aparece como aspecto especialmente relevante en la calidad de vida percibida por los adultos (Otamendi y Navas, 2018). En el empleo se plantea el reto **de la adaptación de los esquemas institucionales a la vejez precoz de las personas con síndrome de Down**, lo que implica adaptar la salida prematura del mundo laboral. Supone preparar el tránsito desde el puesto de trabajo a la inactividad, que ha de ser progresivo e intentando mantener al máximo las competencias adquiridas, evitando una ruptura traumática en la trayectoria vital de la persona (Tovar y Mansilla, 2020). Además de sus repercusiones emocionales, la **jubilación** significa la pérdida de una fuente importante de estimulación, actividad, relaciones sociales (Madrigal, 2007). Otamendi y Navas (2018) apuntan líneas de acción a adoptar por las organizaciones.
- **Vivienda y apoyos.** Preparar posibles cambios de entornos de vivienda ante el proceso de envejecimiento y la pérdida de cuidadores principales. Los resultados del estudio de Sáenz (2018) sobre la Influencia del tipo de vivienda en la calidad de vida de las personas mayores con discapacidad intelectual o del desarrollo indican que **los participantes presentan mayor calidad de vida cuando residen en viviendas en la comunidad**. De los tipos diferentes de vivienda analizados, se encontró que aquellos en los que se ofrecen a los usuarios apoyos y recursos específicos, las puntuaciones son más elevadas en las

dimensiones Relaciones Interpersonales, Desarrollo Personal, Autodeterminación y Bienestar Físico. Por su parte, Otamendi y Navas (2018) encuentran que resulta más determinante que el tipo de vivienda el tipo de apoyo que se presta en ella: tanto mayores como menores de 50 años que residían en **viviendas con atención más continuada**, refirieron un mayor bienestar emocional y físico.²

- Acompañar **procesos de duelo** y seguir fomentando su **inclusión social** a pesar de la posible pérdida de figuras de apoyo como los familiares: promover redes sociales alternativas y complementarias a las familiares (Berzosa, 2013).
- Mantener la calidad de vida en sus distintas dimensiones, mediante la adaptación de los recursos, tanto especializados como comunitarios. **Contar para ello con sus preferencias y toma de decisiones**, su derecho a participar, con los apoyos necesarios (Solís et ál., 2019, Muíño et ál., 2019)

Cabe destacar, como **buenas prácticas** y referencias de actuación:

- En el ámbito de la **salud**, la labor realizada por la Comisión de envejecimiento de la Federación Down Galicia, desde 2016 (Muíño et ál., 2019). Desde la experiencia de esta Comisión, plantearon procedimientos para detectar situaciones de alerta de manera precoz, abordar la etapa del envejecimiento

² De cara a estudios futuros las autoras plantean "si las diferencias percibidas en calidad de vida en función del tipo de vivienda se deben, no tanto a la edad, sino a diferentes formas de prestar apoyo, debe constituir un reto futuro para esta y otras organizaciones del tercer sector de acción social de nuestro país. Evitaríamos así el traslado de personas que alcanzan la edad de 65 años y que quieren seguir residiendo en su entorno habitual a residencias de tercera edad, situación que ya está teniendo lugar en comunidades autónomas de nuestro país al considerarla más apropiada para dar respuesta a las necesidades de aquellos que envejecen y que se fundamenta más en una decisión de tipo administrativo que en una decisión centrada en la persona." (Otamendi y Navas, 2018: 43).

mediante un enfoque normalizador e inclusivo, combinando la metodología de la Atención Integral Centrada en la Persona (AICP) y envejecimiento activo, entre otros aspectos.

- En el ámbito de la **vivienda**, en la experiencia de la comunidad autónoma de Castilla y León, que ofrece diferentes tipos de vivienda donde las personas con discapacidad intelectual pueden residir, con distintas modalidades de apoyo, incluyendo residencia para personas mayores con discapacidad intelectual o con envejecimiento prematuro.
- Las líneas urgentes de actuación recogidas en el informe ejecutivo acerca de los derechos y calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual y grandes necesidades de apoyo (Verdugo y Navas, 2016) constituyen un modelo a seguir para el desarrollo de buenas prácticas en la provisión de apoyos para estas personas con DI que envejecen y para sus familias.

Transtorno del Espectro del Autismo (TEA)

En el caso de las personas con TEA, el abordaje del envejecimiento activo es una cuestión compleja y prácticamente inexplorada. La **falta de conocimiento** sobre las características y necesidades del colectivo en edades avanzadas dificulta el desarrollo de servicios apropiados que garanticen una calidad de vida óptima en esta etapa vital (Vidriales, et ál., 2016). Una realidad diferencial en esta discapacidad consiste en su **identificación y diagnóstico más recientes en relación con otras** (re)conocidas desde décadas atrás. Una mayoría de las personas que componen el colectivo son jóvenes, y acceden al diagnóstico en edades tempranas. Ahora bien, también cada vez son más las personas con TEA que llegan a etapas avanzadas de la vida o que obtienen este diagnóstico cuando son adultas (Vidriales et ál., 2019).

Entre las lagunas de conocimiento se encuentran los aspectos relativos a la **salud**. Por otro lado, el avance de la edad no sólo afecta a la persona con TEA sino también a su **familia**, de la que reciben con frecuencia

apoyos, lo que aumenta la vulnerabilidad del sistema familiar en su conjunto (Vidriales et ál., 2016).

En este contexto, la Confederación Autismo España realizó un estudio sobre el Envejecimiento de las personas con TEA (Vidriales et ál., 2016), enmarcado en el enfoque de “envejecimiento activo” (OMS, 2002, 2015) que combina una revisión del conocimiento disponible en investigación cualitativa, con personas con TEA, familiares, profesionales y equipos directivos dentro de la red asociativa. Entre los resultados y propuestas de acción de dicho estudio cabe destacar:

Con **carácter transversal**:

Se constata una **gran variabilidad y dispersión de los apoyos existentes en el contexto español** para las personas con TEA. Las políticas públicas y los criterios para la planificación de sistemas de apoyo dirigidos a este colectivo son enormemente dispares y ponen de manifiesto grandes diferencias territoriales, con diferente oferta y grado de servicios especializados. En este sentido, se propone, entre otras medidas:

- Una **visión integral de apoyos continuados a lo largo del ciclo vital** por parte de la Administración y de las entidades especializadas.
- Impulso de recursos y apoyos dirigidos a la vida adulta de las personas con TEA y, también específicamente en la etapa de envejecimiento. En concreto dirigidos a favorecer la vida independiente en el hogar, con apoyos y servicios comunitarios; facilitar la conciliación y apoyo a las familias, mediante recursos flexibles e individualizados;
- Promover programas de orientación y apoyo jurídico a las personas con TEA y sus familias en aspectos relacionados con la planificación y previsión de su futuro;
- Favorecer programas relacionados con el seguimiento y la promoción de la salud, así como con la prevención de enfermedades y dolencias.

- Existe un consenso sobre la **necesidad de integrar el conocimiento disponible sobre los TEA, con los avances en gerontología**, de manera que se aproveche la especialización de ambos ámbitos para promover el diseño de intervenciones y sistemas de apoyo especializados, que repercutan en la calidad de vida de las personas con TEA y en su envejecimiento activo.
- Es imprescindible **incrementar el conocimiento sobre los procesos de envejecimiento de las personas con TEA**.

En el ámbito de la **salud**:

- Resulta complejo identificar los cambios propios del envejecimiento de manera temprana y diferenciarlos de las características nucleares de los TEA. Es necesario desarrollar y evaluar protocolos de seguimiento permanente del estado de salud de las personas con TEA en general y especialmente de aquellas que superan los 40 años de edad considerando específicamente: la detección temprana de indicadores de envejecimiento asociados a la edad, los resultados de revisiones recomendadas en función del género y la edad, la detección precoz de trastornos comórbidos y los posibles efectos secundarios de los tratamientos psicofarmacológicos.
- Se subraya la relevancia de que el sistema sanitario realice un seguimiento sistemático de la salud de las personas con TEA y que favorezca estrategias accesibles y adecuadas de prevención e intervención, dirigidas a mejorar la salud de las personas con TEA que envejecen.

En el ámbito de la **seguridad**:

- La **protección del patrimonio y/o herencia** de la persona con TEA se percibe como una garantía de estabilidad económica para el acceso a los apoyos necesarios en la etapa de la vejez, ante la previsión de la disminución de los que pueda proporcionar el núcleo familiar principal.

- Se detecta una **especial debilidad económica** y vulnerabilidad en el futuro de aquellas personas con TEA que no han estado vinculadas al mercado laboral (o han tenido un acceso limitado) y tampoco poseen el reconocimiento administrativo de su situación de discapacidad y/o dependencia.
- Una preocupación compartida por familiares y profesionales es el hecho de que a partir de los sesenta y cinco años la persona con TEA tenga que abandonar los apoyos especializados de la entidad y acceder a los servicios y recursos geriátricos generalistas, que no se consideran actualmente en condiciones de responder a sus necesidades.
- Se identifica la urgencia de impulsar el acceso a **alternativas de vivienda** independientes al hogar familiar por parte de las personas con TEA: aumentar su oferta y adaptarla a la heterogeneidad de necesidades de la población adulta con TEA y las de sus familias (aumentando el número de plazas, flexibilizando su organización y funcionamiento, generando nuevos sistemas de apoyo...).

Respecto a la **participación**:

- Impulsar el acceso y la participación activa de las personas con TEA en actividades y recursos comunitarios, mediante alianzas de colaboración con centros culturales, organizaciones de personas mayores, etc.
- Priorizar el disfrute del ocio y del tiempo libre como elemento clave para la calidad de vida.
- Diseñar, implantar y evaluar intervenciones y sistemas de apoyo dirigidos a promover las capacidades de autodeterminación de las personas con TEA, incrementando su participación en la toma de decisiones sobre sus vidas.
- Adaptar y flexibilizar la organización de los sistemas de apoyo que precisa la persona.

1.4.2 Discapacidad física

La discapacidad física comprende condiciones de salud como la parálisis cerebral (PC), la lesión medular, el síndrome de postpolio, entre otras. Distintos estudios acerca de estos perfiles coinciden en señalar cómo se ha ampliado la esperanza de vida en años recientes, lo que por otro lado, supone determinadas amenazas o **retos** relacionados con la **salud psicocorporal**, que comprenden 1) la posible progresión de su etiología de salud relacionada con la discapacidad; 2) el desarrollo de afecciones secundarias relacionadas con ella (úlceras por presión, gestión del dolor, etc.); 3) el desarrollo de otras condiciones crónicas relacionadas con el envejecimiento; y por otro lado **cambios en los entornos sociales**: jubilación del trabajo, envejecimiento/pérdida de relaciones familiares, etc. (Iezzoni, 2012, Westwood y Carey, 2018, García, 2018). De hecho, en la confluencia de estos factores, para aquellas personas que han vivido por años con una discapacidad física, los efectos del envejecimiento pueden aparecer con anterioridad que en la población general. De nuevo, se constata la interacción de lo bio-psico-social en estos procesos, tanto en sus evoluciones como en los retos de actuación, prevención, apoyos. Se abordarán estos aspectos en relación con la parálisis cerebral y la lesión medular.

Parálisis cerebral

La parálisis cerebral (PC) se define, en el actual consenso internacional, como “el término aplicado a una variedad de dificultades permanentes del movimiento causadas por una lesión no progresiva del cerebro inmaduro. Es la causa más común de discapacidad física en los niños. Además, las personas con parálisis cerebral también pueden tener epilepsia y dificultades de cognición, comunicación, alimentación, visión y audición, así como problemas musculoesqueléticos secundarios” (Rosenbaum et ál., 2007: 10).

Se trata, por tanto, de un trastorno con afectaciones neurológicas, motoras, que puede ir acompañado a su vez de una discapacidad intelectual o sensorial en distinto grado, siendo la discapacidad motórica más frecuente en la infancia.

Los trastornos asociados a la PC son en general estables en el tiempo, y al aparecer durante los primeros años de vida, hasta ahora la mayor parte del foco se ha situado en la rehabilitación de los niños/as, en jóvenes, y no tanto en las necesidades a largo plazo de adultos que van envejeciendo (Westwood y Carey, 2018); a pesar de la necesidad de responder a esta etapa vital, los estudios sobre envejecimiento entre personas con PC son todavía escasos, centrados en el área médica (Solís y Real, 2019); por otro lado, la investigación en PC y envejecimiento es un campo emergente, con aportaciones relevantes, también en nuestro país.

El “estado actual de la investigación en parálisis cerebral y envejecimiento”, a cargo de Solís y Real (2019) aporta una revisión sistemática del conocimiento disponible. Como principales conclusiones apuntan (Solís y Real, 2019: 115):

- Los adultos con PC que envejecen necesitan acceso a **servicios de salud** para satisfacer sus **necesidades cambiantes** en esta etapa vital; esta población experimenta cambios múltiples y funcionales a medida que envejece e influyen en la salud percibida y en una disminución del nivel funcional.
- Las publicaciones describen un proceso de envejecimiento en el que destacan las deficiencias **orgánicas** relacionadas con la PC, así como la gravedad del impacto incapacitante que aumenta con la edad; esta etapa vital se asocia a **comportamientos sedentarios** extremos que acarrearán una progresión acelerada de la patología muscular, que a su vez conlleva un declive en la capacidad funcional. Esta disminución prematura de la función se atribuye también a la debilidad, espasticidad, al dolor crónico y la fatiga; en este sentido, es necesaria mayor investigación sobre la **obesidad** como mediadora de la comorbilidad secundaria en esta población; también es necesaria investigación acerca de la disfagia, y acerca de cómo estos cambios afectan al modo de

comunicarse y al mantenimiento de las relaciones, la participación y la calidad de vida.

- Entre las **necesidades específicas**, cabe mencionar las experiencias derivadas de hospitalizaciones de larga duración y cómo son vividas por los cuidadores principales, recalcando la necesidad de generar estrategias de apoyo a los cuidadores mayores de los adultos con discapacidad que no pueden hablar en el hospital, y concebir otras alternativas para la prestación de apoyo a estos adultos en periodo de hospitalización.

Como balance, predominan estudios empíricos del área médica, las autoras destacan la necesidad de investigaciones longitudinales y de corte psicosocial que permitan una respuesta integral.

Dos publicaciones recientes combinan el análisis bibliográfico con la identificación de necesidades percibidas por parte del colectivo mediante, básicamente, la realización de entrevistas desde un enfoque basado en el paradigma biopsicosocial (OMS, 2001) y de la calidad de vida. Se trata del estudio de Aceves et ál. (2016) (Federación Aspace Castellano leonesa) y de la tesis doctoral de María García Fraile (2018), publicada por el Principado de Asturias. La **identificación de las necesidades percibidas, trata de aportar una base para el diseño de programas innovadores** para abordar exitosamente estas necesidades. Asimismo, aportan perspectiva y reflexión acerca del envejecimiento, teniendo en cuenta las propuestas sobre envejecimiento activo de la OMS.

En cuanto a las **necesidades percibidas** (y preocupaciones expresadas) por las personas con PC, se constata una notable afinidad entre los hallazgos de Aceves et ál. (2016)³ y García (2018)⁴ :

- Las preocupaciones y necesidades mayormente compartidas se refieren a las **barreras, sobre todo arquitectónicas**: dificultad para acceder a edificios y lugares públicos, al transporte, ausencia de adaptaciones; también como actitudes de rechazo, ignorancia y exclusión;
- Les siguen las necesidades relativas a la **salud personal**, dependencia de terceras personas;
- La falta de **recursos sanitarios** (disponer de tratamiento de fisioterapia, calidad de la asistencia sanitaria, instalaciones, asistencia hospitalaria, dispositivos de apoyo y protésicos) y sociales, como de ocio y tiempo libre, ayuda a domicilio, servicios de alojamiento, la calidad de estos apoyos, etc.
- Se expresan preocupaciones acerca del **futuro**: con quién vivir, el futuro de la familia, contar con escasas relaciones personales;

³ La muestra de entrevistas estuvo formada por 355 personas pertenecientes a la Comunidad de Castilla y León. Por un lado 104 personas con parálisis cerebral mayores de 45 años; por otro lado, 34 familiares y 217 profesionales.

⁴ A partir de una entrevista personal semiestructurada enmarcada en el enfoque de calidad de vida (Aguado et ál., 2001) aplicada a aplicada a 236 personas con PC mayores de 35 años, residentes en España, población que se dividió entre la asociación de la discapacidad intelectual (DI) a la parálisis cerebral (PC), concretamente 93 PcPC y DI asociada, así como 143 PcPC sin DI asociada. También se aplicó una entrevista paralela a sus familias, concretamente a 125. Además, se utilizó otra entrevista paralela dirigida a directivos/as y profesionales de las instituciones, asociaciones y centros, donde se encuentran y atienden a estas personas con PC.

- Preocupan también los **recursos económicos**, la cuantía de las pensiones, etc.

En el caso de las personas con PC que tienen **discapacidad intelectual asociada**, García (2018) observa que las necesidades mayormente compartidas por este grupo se relacionan con la salud personal, seguidas por las barreras y los servicios sociales, los servicios asistenciales sanitarios y los recursos económicos. En cuanto a variaciones de acuerdo otras variables, García (2018) observa que las **mujeres** expresan mayor número de consideraciones, aunque no varían en contenido. Estas necesidades percibidas son bastantes homogéneas en cuanto al **grado** de discapacidad. Tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas en el resultado por "tipo de convivencia", en los análisis dicotómicos ("Domicilio" / "Residencia"), como desglosados (sólo/a / Familia propia", "Familia de origen", "Otras fórmulas" y "Servicio residencial").

La mayor esperanza de vida de las personas con PC trae consigo el **envejecimiento de sus cuidadores informales, sus redes familiares**. En las preocupaciones expresadas por **las familias** en relación con las personas con PC, da coherencia entre los resultados obtenidos por Aceves et ál. (2016) y García (2018). Sitúan en primer lugar la preocupación por el **estado de salud** de su familiar, sobre todo por la repercusión que las afecciones pueden tener en su funcionamiento y bienestar, seguida por la existencia de **barreras**, la **escasez de recursos de servicios sociales**, y en relación con los **servicios asistenciales sanitarios**. "Los cuidados personales diarios preocupan al 40,6% de las familias, tal vez porque estas tareas son realizadas por los familiares que han respondido a las entrevistas, y que también son personas cada vez más mayores y con dificultades para atender en las actividades de la vida diaria a su familiar en proceso de envejecimiento." (Aceves et ál., 2016: 55). En este sentido, apuntan la necesidad de potenciar apoyos diversificados a la persona con PC (y su entorno familiar) en el domicilio, así como alternativas de vivienda.

En relación con estas necesidades percibidas, García (2018: 380-385) apunta a una serie de **sugerencias y posibles líneas de actuación**, entre las que cabe destacar:

- **Rehabilitación continuada** (fisioterapia), dirigida especialmente a amortiguar características como el aumento de la espasticidad, de las contracturas, problemas de equilibrio y de fuerza muscular, así como el incremento con la edad de problemas físicos específicos como la fatiga y el dolor.
- Aspectos de salud diferenciados entre hombres y mujeres que han de tenerse en cuenta (como la osteoporosis secundaria), con una mayor especialización ante esta población.
- Desarrollo extensivo del sistema de la **atención a la dependencia en el propio hogar** que favorezca el desarrollo de cuidados personales diarios, con servicio de horario y tareas flexibles, para la realización de las ABVD.
- Mayor **coordinación** de entre los servicios sociales y sanitarios a la hora de dar respuesta a la cobertura de necesidades de esta población: servicios integrales donde haya nexo entre ambas áreas.
- **Entornos accesibles**, en la construcción de los espacios y edificios, en el transporte, y a través de soportes y TIC, incluyendo sistemas de comunicación alternativa y aumentativa para aquellas personas que lo requieran.
- Servicios de **ocio y tiempo libre**, variados e inclusivos en la comunidad, que fomenten la autodeterminación y participación social.
- **Combinación de servicios**: ayudas centradas en el entorno y en el hogar, como asistencia a domicilio, centros de día, centros ocupacionales, servicios de respiro, programas de apoyo a cuidadores/as.

- Disponer de servicios de **alojamiento** alternativos al domicilio familiar, en diferentes modalidades.
- Aumento de la **formación** en los programas dirigidos a profesionales de atención directa y especializada, sobre los cambios que experimentan estas personas en su proceso de envejecimiento.

Lesión medular

La lesión de médula espinal trae consigo secuelas discapacitantes con importantes consecuencias en las condiciones de salud y en el funcionamiento. Estas secuelas neurológicas pueden incluir pérdidas de movilidad y sensibilidad por debajo del nivel de lesión, vejiga e intestino neurógeno, espasticidad, en algunos casos dolor, requiriendo en las lesiones más altas/completas, diferentes grados de apoyo para las actividades básicas de la vida diaria (aseo, comida, etc.) e instrumentales (tareas domésticas, desplazamientos, etc). Comporta, como otras discapacidades, un **abordaje multidisciplinar**, que comprenda tanto los aspectos corporales como de participación comunitaria, mediante la accesibilidad del entorno y soportes (tecnológicos, humanos, institucionales). En las últimas décadas se ha producido un aumento tanto en la edad media de aparición de las lesiones, así como un aumento de la esperanza de vida tras la lesión (Pili et al., 2018). Por ello, es más frecuente que las personas con lesión medular afronten procesos de envejecimiento después de la lesión.

En el plano de la **salud corporal**, diferentes estudios apuntan, además de los retos relacionados con el seguimiento de las secuelas neurológicas directas de la lesión, entre ellos el sistema urológico, otras relacionadas con la osteoporosis y trastornos musculoesqueléticos, úlceras por presión, enfermedades cardiovasculares o metabólicas (Pili et ál., 2018). El envejecimiento acelerado de sistemas orgánicos puede intensificar la discapacidad, por ejemplo, en términos de mayor dependencia en actividades de la vida diaria (Jørgensen et ál., 2016, en Westwood y Carey, 2018).

Por tanto, desde el punto de vista del tratamiento, es necesaria la conciencia, formación y atención interdisciplinar a las posibles complicaciones tras la lesión y en el proceso de envejecimiento, tanto primarias como secundarias. Esto atañe tanto al conocimiento por parte de la Atención Primaria como autonómica especializada, orientado a la prevención y limitación de estas consecuencias (Pili et ál., 2018). Dada la complejidad en el seguimiento de la salud de estas personas, los Centros de Referencia Estatal, en España el Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo y el Instituto Guttmann desempeñan un papel fundamental, por su perspectiva multidisciplinar e integral. El reciente estudio sobre el acceso a los centros de referencia estatal de las personas con lesión medular (Cuenca et ál., 2020) pone de manifiesto la atención y el acceso a estos centros depende de cada comunidad autónoma, con desiguales oportunidades. Es necesario garantizar la coordinación entre los recursos asistenciales médicos de ámbito autonómico y otros servicios para garantizar el acceso a estos CRE, al menos en los casos más complejos.

Por otro lado, es necesario **adecuar el catálogo ortoprotésico** a las necesidades de las personas con lesión medular, los servicios de ayuda a domicilio, asistencia personal (Cuenca et ál., 2020). En un sentido más amplio, la necesidad de aplicar intervenciones orientadas a promover **la salud, la calidad de vida y la participación** de las personas con lesión medular, y de aquellas en proceso de envejecimiento en particular, requiere impulsar **enfoques comprensivos y transdisciplinares**, basados en la perspectiva biopsicosocial, que tomen en cuenta las distintas áreas de la vida de las personas con lesión medular (Pili et ál., 2020).

Tanto las investigaciones mencionadas en relación con la parálisis cerebral como con lesión medular apuntan que, aunque se conozca y disponga de más información que en el pasado, es necesario **impulsar la investigación** para comprender la relación compleja entre envejecimiento y estas condiciones de salud, sus efectos sobre la calidad de vida de estas personas, las necesidades percibidas, para diseñar intervenciones preventivas y de apoyo.

1.4.3 Discapacidad sensorial

Discapacidad visual

Se da una fuerte asociación entre discapacidad visual, incluyendo ceguera, y el proceso de envejecimiento. Esto se manifiesta, por ejemplo, en el gran peso de las personas mayores dentro del total de afiliados de la Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE) (Ochogavía, 2019).

Es necesario, como punto de partida, tener en cuenta la **amplia heterogeneidad** de las personas mayores con discapacidad visual, tanto por el grado de ésta, que comprende desde la baja visión hasta la ceguera, condiciones más estables o bien degenerativas; niveles socioeducativos, el género, hábitat urbano o rural, como los principales. Las consecuencias sobre la calidad de vida, el bienestar, la autonomía y la participación social serán diferentes en función de estas variables. En lo que se refiere al envejecimiento con discapacidad visual, aunque se dan aspectos comunes, es diferente también según el momento en que está discapacidad aparece, en momentos tempranos, en la juventud o ya en la edad adulta o mayor. En ambos casos la interacción de edad avanzada y discapacidad visual van a suponer, por lo general, un gran esfuerzo de adaptación (CERMI, 2012). Ahora bien, en términos de ajuste psicosocial y funcional, el hecho de contar con estrategias previas de desenvolvimiento o tener que desarrollarlas en una etapa más adulta marca una diferencia significativa (Pallero, 2008).

De acuerdo a una revisión de la literatura (Age UK and RNIB, 2015, en Westwood y Carey, 2018: 228), en comparación con la población general mayor, las personas mayores con pérdida visual son más proclives a tener otras situaciones vulnerables de salud; experimentar caídas; tener problemas de movilidad fuera del hogar, impedimentos para la compra para las necesidades de la vida diaria sin asistencia; necesitar apoyos formales del sistema sanitario y social, mayor probabilidad de vivir en hogares más pobres; menores relaciones sociales, entre otros.

En efecto, “los cambios vitales asociados al proceso de envejecimiento, tales como la jubilación, el deterioro de la salud, o la pérdida de vínculos sociales, pueden sumarse al déficit visual, y dar lugar a situaciones de desajuste, que deben ser objeto de intervención y apoyo.” (Villar, P., 2008: 7). En este sentido, la ONCE, en su modelo «Fomento del Envejecimiento activo y saludable», contempla principios de acción ante la jubilación; el riesgo en el envejecimiento de desengancharse de actividades habituales; la potenciación de los proyectos personales, como base de motivación y relación con los demás, ayuda mutua, apertura a nuevos intereses, mediante el ocio, la cultura, etc. (Ochogavía, 2018).

Discapacidad auditiva

En relación con la sordera, la **experiencia generacional** de las personas sordas mayores que envejecen es diferente a la de generaciones más jóvenes, que han tenido mayor acceso a recursos comunicativos, como el aprendizaje educativo en lengua de signos y/o con apoyos, además de mayor familiaridad con la tecnología, que facilita a su vez la comunicación. Por ello, las **circunstancias educativas y económicas de la generación mayor de personas sordas son más vulnerables**, y este aspecto es determinante en la salud, el bienestar, el acceso a recursos en la vejez/envejecimiento (Young, 2014, en Westwood y Carey, 2018).

Sordoceguera

La sordoceguera comporta una discapacidad sensorial dual, cuyo mayor desafío es la comunicación, junto a aspectos como la movilidad. En algunas ocasiones puede asociarse con otras discapacidades de carácter cognitivo. Entre la escasa literatura reciente en relación con la experiencia de envejecimiento de las personas sordociegas, el estudio de Roets-Merken et ál. (2017), se orienta a comprender, mediante un estudio cualitativo, los retos de la sordera en los servicios de cuidado de larga duración en Holanda. Surgieron tres categorías de problemas de participación: 1) preocupaciones existenciales de aislamiento, no poder conectarse con otras personas, 2) falta de acceso a la comunicación, información y movilidad, y 3) el deseo de participar activamente en el cuidado. En relación con el control en el espacio personal surgieron

como problemas 1) falta de control de sus propias pertenencias físicas, y 2) falta de control sobre el comportamiento de las enfermeras que brindan cuidados diarios en su entorno personal. Se trata de aspectos a tener en cuenta en la labor de apoyo a estas personas de manera habitual, a fin de mejorar su autonomía y calidad de vida.

1.4.4 Discapacidad psicosocial, salud mental

Las afecciones de salud mental a largo plazo afectan a un amplio número de personas, parte de ellas se encuentran en proceso de envejecimiento. Estos trastornos, como depresión, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) pueden acaecer en distintos momentos de la vida, tener recaídas, remisiones, mantenerse.... Corresponde tener en cuenta entre ellas la Enfermedad Mental Grave. Se ha señalado, y podemos corroborar, la escasa literatura sobre el envejecimiento con una condición de salud mental; se presta mucha más atención a los problemas de salud mental/deterioro cognitivo adquiridos con la edad, especialmente a la demencia (Westwood y Carey, 2018).

En el XXVII Curso Nacional de actualización en Psiquiatría (27 y 28 de febrero y 1 y 2 de marzo, 2019, Álava), se apuntaron consideraciones en relación con el envejecimiento de las personas con trastornos de salud mental (Geriatrea, 2019):

- Las personas que sufren enfermedades mentales graves “suelen tener un envejecimiento de peor calidad que el del resto de personas. **La propia enfermedad** mental se asocia a mecanismos moleculares y celulares que producen un envejecimiento desordenado y acelerado”, destacó el Dr. Sánchez Gómez.
- También estas personas suelen tener una serie de hábitos que aceleran los procesos del envejecimiento: tabaquismo, sedentarismo, hábitos dietéticos perjudiciales, etc. De ahí la importancia y necesidad de una **atención de la salud mental personalizada** para detectar posibles problemas.

- El psiquiatra advirtió la existencia de “**elementos sociales** que intervienen con la misma fuerza que los anteriores hábitos: el aislamiento social, las dificultades de acceso a los servicios médicos o de prevención de hábitos no saludables, el estigma social que la aparta de la sociedad, del mercado de trabajo y del propio sistema sanitario, y otros”.
- Señaló como uno de los elementos “más escandalosos” la **pérdida de expectativa de vida** de estas personas. En el caso de la esquizofrenia, se estima que van a vivir entre 15 y 20 años menos que el resto de la población.

En este apartado se han caracterizado procesos de envejecimiento en diferentes perfiles de discapacidad, las problemáticas que se presentan, en el campo de la salud y en el social, retos y líneas de acción para el diseño de apoyos, en diferentes vertientes. Las condiciones de salud resultan en mayor medida heterogéneas, mientras que cabe observar la convergencia de distintas barreras entre los factores contextuales, objeto del siguiente apartado.

1.4.5 Factores contextuales y barreras: un balance transversal

A partir de la revisión del conocimiento se identifica una serie de aspectos transversales y barreras en el plano social que requieren atención intervención de cara a favorecer la calidad de vida y el cumplimiento de los derechos de las personas con discapacidad en proceso de envejecimiento. Entre ellas:

- La desventaja en el acceso a los recursos y disparidad según hábitat/territorio
- La fragilidad y desaparición de redes de apoyo informal
- Estereotipos que marginan: capacitismo y edadismo
- Género, discapacidad, envejecimiento
- Precariedad/desarrollo desigual del actual sistema de Autonomía personal y dependencia.

1.4.5.1 La desventaja en el acceso a los recursos y disparidad según habitat/territorio

Uno de los aspectos de la calidad de vida de las personas mayores es el acceso a los recursos, tanto materiales (vivienda, pensiones, ahorros, etc.) como de apoyo. En este sentido, es preciso tener en cuenta el **menor acceso al empleo** por parte de las personas con discapacidad en su vida joven y adulta. Si bien pueden darse diferencias entre perfiles (mayor incorporación laboral de personas con discapacidad visual o auditiva), género (menor incorporación entre las mujeres), esto condiciona la percepción de pensiones en la edad adulta-mayor, lo cual se convierte en un mayor riesgo de vulnerabilidad/exclusión. Caso diferente es el de personas con discapacidad adquirida en edades intermedias, que hayan podido trabajar y generar pensiones contributivas.

El desafío en el acceso a recursos económicos, que se relacionan con el bienestar material y la seguridad, va más allá del acceso al empleo. La confluencia de barreras arquitectónicas, menores niveles educativos, prejuicios que fomentan actitudes no inclusivas, confluyen en la mayor vulnerabilidad económica. Si bien es cierto que se ha avanzado en el reconocimiento de derechos para este colectivo, incluyendo la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, aún no se dispone de los entornos, recursos y apoyos suficientes que conviertan estos derechos en una realidad. Las personas con discapacidad y sus familias mantienen niveles de exclusión social significativos en ámbitos como la educación, la vivienda, la salud, los servicios sociales y la participación social (Arnaut, Arza y Álvarez, 2017). Los avances se combinan con grandes disparidades entre comunidades autónomas, como se constata desde la perspectiva de diferentes entidades asociativas (Vidriales et ál., 2016).

El **hábitat urbano/rural** también condiciona el acceso a estos recursos y servicios, diferentes también entre unas y otras ciudades. Como afirma Berzosa (2013: 115), *"Un vector sociológico que se refiere al entorno social dónde se desarrolla la vida de las personas mayores. No es lo mismo vivir en un pueblo con pocos recursos educativos, laborales y de ocio que en*

núcleos urbanos con servicios y programas comunitarios a disposición de la ciudadanía.”

1.4.5.2 Envejecimiento/pérdida de la red de cuidado informal

La red de cuidado informal, basada sobre todo en la familia, constituye un apoyo clave a lo largo de la vida de las personas con discapacidad, sobre todo cuando se dan situaciones de dependencia. **El proceso de envejecimiento se da también en estas redes informales de apoyo:** sobre todo entre padres/madres, que incluso han podido desempeñar un rol como “cuidador principal”, y con los años no podrán aportar los mismos niveles de apoyo que cuando eran más jóvenes, incluso necesitarán a su vez apoyos relacionados con el envejecimiento/discapacidad, llegarán a fallecer (Westwood y Carey, 2018: 234).

Este envejecimiento de las redes de cuidado informal se da, además, en el contexto de un **cambio demográfico** en las décadas recientes que afecta, además, a la provisión de cuidados: 1) el paso de familias extensas hacia familias nucleares, y cada vez más reducidos: mayor peso de familias monoparentales; hogares unipersonales; 2) una transición demográfica con menor natalidad y mayor proporción de adultos mayores/tercera y cuarta edad (mayores de 80 años, “el envejecimiento del envejecimiento”) (Pérez et ál., 2020). Esto supone, junto al previsible aumento de la demanda de apoyos una menor disponibilidad, presente y a medio plazo, de personas en tareas de cuidado/apoyo, tanto informal como formal.

En consecuencia, la fragilidad progresiva y desaparición de la red de cuidado informal ha de acompañarse por la previsión y disposición de apoyos formales en respuesta a las necesidades de las personas con discapacidad en proceso de envejecimiento.

1.4.5.3 Estereotipos que marginan: edadismo y capacitismo

Las actitudes y prejuicios sociales forman parte de los elementos del entorno que inciden en las prácticas sociales hacia las personas con discapacidad en proceso de envejecimiento. De hecho, este colectivo

se encuentra **en la intersección de dos prejuicios** que van en contra del reconocimiento de su dignidad humana, de su ciudadanía y, en consecuencia, conducir a prácticas de discriminación y exclusión social: el capacitismo y el edadismo.

- El **edadismo** se refiere a la marginación de las personas mayores en una sociedad que prima valores relacionados con la juventud y la productividad. De hecho, los modelos de “senior” exitoso que se presentan en medios de comunicación corresponden a modelos de “envejecimiento activo”, recreacional, autónomo, evitan presentar productos como sillas de ruedas, bastones o similares (Gibbons, 2016). Como, con carácter pionero ya señalaban Zarb y Oliver (1993: 17), “reconocer el impacto del edadismo es central para comprender las vías en que múltiples formas de opresión impactan las vidas de las personas mayores con discapacidad”.
- En cuanto al **capacitismo**, relacionado con el anterior y con la escala predominante de valores sociales, se refiere al rechazo de personas fuera de un estándar de normalidad corporal, basado en la figura de un adulto joven sano-atlético, productivo.

En el corazón de un sistema basado en el mantenimiento “compulsivo” de la juventud, la producción y el consumo, la discapacidad, la vejez, en suma, el hecho de la finitud humana, se ocultan y rechazan como dis-valores. Ambos prejuicios, se refuerzan en la estigmatización del colectivo de personas con discapacidad en proceso de envejecimiento, que no aparecen ni en el mundo del “senior” exitoso propio del **envejecimiento activo** ni, apenas hasta ahora, en el mundo de la discapacidad, en parte por el carácter emergente de su presencia. (Westwood y Carey, 2018).

Tal como expresa esta barrera, entre otros, el Estudio “Envejecimiento y Transtorno del Espectro Autista” (Vidriales et ál., 2016: 28):

“La propia imagen social que se mantiene en la actualidad y que señala a la vejez como una etapa vital vinculada al deterioro y a

la pérdida de capacidades personales, unida a la visión proteccionista y negativa sobre las capacidades de las personas con TEA que se mantiene en diversos sectores (Administración pública, entidades, profesionales, etc.) y que limita las oportunidades de disfrutar de un envejecimiento activo."

De nuevo, en especial el perjuicio del edadismo recae sobre todo en las mujeres, donde el ideal (y la presión) de una imagen joven reduce la presencia en medios de comunicación, en producciones culturales, de mujeres que salen del estereotipo, cuestión reiteradamente señalada en el ámbito del cine y la literatura.

En este sentido, se destaca la importancia de combatir, contrarrestar el "edadismo", mediante distintas acciones de concienciación. Como afirman Tovar y Mansilla (2020: 4), "De nada servirá mejorar la salud y el bienestar de las personas con discapacidad intelectual y síndrome de Down si no consideramos su capacidad de seguir aportando a la sociedad una vez que comienzan a envejecer, en muchos casos de forma prematura."

1.4.5.4 Barreras institucionales: el "corte" por edad de los recursos

El acercamiento a las publicaciones sobre el envejecimiento y discapacidad en los diferentes perfiles muestra la preocupación por el hecho de que a partir de los 65 años la persona con discapacidad tenga que abandonar apoyos especializados de acuerdo a su discapacidad y acceder a los servicios y recursos geriátricos generalistas, "para mayores". Se expresa la inadecuación/falta de preparación de los recursos formales para adaptarse a las necesidades de estas personas. Se plantea el reto, acerca de la adaptación de los actuales recursos especializados a las personas con discapacidad (enfoque centrado en la persona) en lugar de adaptar la persona al marco institucional.

Por otro lado, se ha mencionado la necesidad de adaptar disposiciones institucionales en relación con la jubilación ante determinados perfiles, como la discapacidad intelectual, dado el envejecimiento prematuro en

este perfil, y en general, preparar la transición entre la jubilación (en el caso de haber accedido al mercado laboral) y actividades significativas.

1.4.5.5 Género y envejecimiento con discapacidad

Los factores apuntados con anterioridad afectan tanto a hombres y mujeres al envejecer con discapacidad, si bien en mayor medida a estas últimas. El hecho de ser mujer con discapacidad aumenta las probabilidades de experimentar mayores barreras y menos oportunidades en distintos ámbitos: aislamiento social, acceso al empleo, ingresos, exposición a abusos sexuales o violencia.

Hasta hace pocos años, y aun en la actualidad de las prácticas, la especificidad de ser mujer con discapacidad, con sus necesidades específicas, queda invisibilizada a la sociedad bajo la identidad genérica de ser “persona con discapacidad”. Esto se relaciona con las nociones ideales de mujer-feminidad, a las que no responden (Zarb y Oliver, 1993), además de a factores estructurales como las menores oportunidades laborales de las mujeres.

Estas situaciones afectan a las mujeres con discapacidad a lo largo de sus vidas y, en consecuencia, son fundamentales para entender su experiencia y necesidades al envejecer, como se ha observado en apartados previos.

1.4.6 1.4.6. Otras líneas emergentes de investigación

La revisión del conocimiento según diferentes perfiles de discapacidad ha aportado un acercamiento al estado de la investigación en estos distintos colectivos, la caracterización, hasta dónde es posible, de sus procesos de envejecimiento, la identificación de problemáticas, necesidades percibidas y prioridades de actuación, en el plano de la salud y en los distintos ámbitos sociales y de servicios.

1.4.6.1 Tender puentes entre estudios (y prácticas) de la discapacidad y del envejecimiento

Diferentes estudios en relación con los perfiles de discapacidad considerados apuntan la necesidad de integrar el conocimiento disponible sobre dicha discapacidad (TEA, discapacidad intelectual, etc.) con los avances de la gerontología, de manera que se aproveche la especialización de ambos ámbitos para mejorar el diseño de intervenciones y sistemas de apoyo especializados, centrados en las necesidades de la persona, que favorezcan su calidad de vida en los distintos ámbitos (Vidriales et ál., 2016; Berzosa, 2013; Pallero y Huete, 2015).

En efecto, distintos autores señalan esta necesidad de tender puentes en el estudio científico y en la práctica profesional entre los campos de la discapacidad y el envejecimiento, que con frecuencia se debaten en compartimentos por separado, cuando la realidad actual sitúa el envejecimiento de las personas con discapacidad como una cuestión que gana en prioridad Nalder et ál. (2017, 2020). En otras palabras, se trata de impulsar colaboración en la investigación teórica y en las prácticas donde se escuche la voz y necesidades de las personas con discapacidad en el campo de la gerontología y viceversa, una mayor perspectiva respecto a las personas mayores y el envejecimiento en los estudios y programas relativos a la discapacidad.

Uno de los ámbitos donde resulta prioritario, según se ha mostrado, avanzar en el desarrollo de prácticas basadas en la evidencia es en la identificación y comprensión de las afecciones secundarias relacionadas con la discapacidad y las afecciones crónicas relacionadas con la edad, como un primer paso es un primer paso para identificar las afecciones compartidas entre adultos con discapacidad en proceso de envejecimiento y personas mayores. Campbell y Putnam (2017) apuntan recomendaciones para la colaboración entre investigadores, profesionales y representantes de estas poblaciones. Los autores argumentan cómo esto puede contribuir a un avance más eficiente de la investigación y las prácticas que si estas actividades se llevan a cabo por separado en cada ámbito.

La Declaración internacional de Toronto para tender puentes (integrar) conocimiento, políticas y prácticas entre envejecimiento y discapacidad pretende impulsar la conciencia acerca de la necesidad apremiante de esta colaboración, para prestar servicios de manera más efectiva y eficiente y garantizar que las personas reciban cuidado y apoyos basados en sus necesidades, más allá de las categorizaciones de "edad" o "discapacidad" (Bickenbach et ál., 2012).

2 Personas con discapacidad en proceso de envejecimiento

2.1 La heterogeneidad del proceso de envejecimiento y el concepto de edad biológica

El envejecimiento es un proceso natural, gradual y continuo de cambio que se inicia en la edad adulta temprana, una vez que finaliza la etapa de crecimiento y se ha alcanzado la madurez reproductiva. De acuerdo con una formulación clásica (Strehler, 1962), para ser considerado parte del proceso de envejecimiento biológico un determinado cambio ligado a la edad debe ser universal para todos los individuos de una especie, ha de tener naturaleza intrínseca (es decir, que no tiene su origen en agentes externos, sino que se produce endógenamente), ha de ser un fenómeno progresivo y ha de producir alteraciones en el organismo que den como resultado una menor adaptación al medio e incrementen la probabilidad de enfermar y de morir.

Aunque el proceso de envejecimiento es universal y continuo, se desarrolla con una gran heterogeneidad, tanto a nivel intra-individual (no todos los órganos y tejidos de un mismo individuo envejecen a la misma velocidad) como inter-individual (no todos los individuos de una población con idéntica edad cronológica envejecen de igual manera). Las diferencias en la velocidad con la que se desarrolla el proceso de envejecimiento han dado lugar al concepto de edad biológica, que hace referencia al estado funcional del organismo comparado con patrones estándar para una edad cronológica determinada, y que es más indicativa que la edad cronológica tanto del estado de salud como de la esperanza de vida de cada persona.

La determinación de la edad biológica, sin embargo, no es tarea fácil. Entre los marcadores que pueden permitir estimarla se han propuesto parámetros antropométricos (índice de masa corporal, densidad mineral ósea...) fisiológicos (presión arterial sistólica, capacidad respiratoria, elasticidad cutánea...), bioquímicos (albúminas, colesterol...) genéticos (acortamiento de los telómeros), epigenéticos (metilación del ADN),

inmunológicos (nivel de MDA en linfocitos), funcionales y adaptativos relacionados con la longevidad saludable.

2.2 El proceso de envejecimiento en las personas con discapacidad

Las evidencias científicas indican que algunas personas con discapacidad experimentan un proceso de envejecimiento prematuro y acelerado. Este fenómeno ha sido muy estudiado en el caso de las personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo, y de modo particular en con referencia a las personas con síndrome de Dawn. Así, por ejemplo, un estudio longitudinal realizado hace más de 20 años en Japón en el que se analizaron 14 características hematológicas y químicas de la sangre, que podían interpretarse como marcadores del envejecimiento biológico, mostró que las personas con síndrome de Down comenzaban a presentar rasgos típicos de la población envejecida a partir de los 40-45 años (Nakamura y Tanaka, 1998). Más recientemente, en una investigación realizada en Nueva Gales del Sur (Australia) con el objetivo de identificar los principales signos de envejecimiento de la población rural con discapacidad intelectual, se identificaron una treintena de signos específicos de envejecimiento, incluidos problemas emergentes de salud mental, pérdida de identidad y agresión, agrupados en dos categorías principales: funcionamiento mental y emocional, por una parte (depresión, demencia, pérdida de memoria, introversión, aumento de comportamientos inapropiados y agresivos...), y funcionamiento físico, por otra (disminución de movilidad, caídas frecuentes, deterioro de la vista y el oído, aumento o pérdida de peso...), además de signos genéricos relacionados con el aumento de las necesidades en materia de salud (Wark, Ussain y Edwards, 2016).

En España, una encuesta realizada en 2010 por la Fundación Lantegi Batuak entre personas con discapacidad intelectual usuarias de centros especiales de empleo y del servicio ocupacional reveló que las personas con discapacidad encuestadas comenzaban a percibir síntomas de envejecimiento a edades bastante más tempranas que la población general (Lantegi Batuak, 2011).

El envejecimiento prematuro ha sido también constatado en otros grupos de personas con discapacidad. Se ha observado, por ejemplo, en personas con discapacidades físicas, como esclerosis múltiple, distrofia muscular, síndrome pospoliomielítico o lesión medular espinal (Smith, Molton y Jensen, 2016). Con referencia a las personas con parálisis cerebral, una revisión sistemática realizada recientemente señala que también en este colectivo el inicio del proceso de envejecimiento es prematuro, y se sitúa entre los 30 y los 45 años, siendo el punto de corte inferior más frecuente en las publicaciones analizadas los 40 años (Solís y Real, 2019).

El incremento de las ratios de mortalidad con la edad puede ser considerado como una marca específica del proceso de envejecimiento, de modo que cuando distintas subpoblaciones presentan ratios de mortalidad por edad diferentes, cabe concluir que están envejeciendo a diferente velocidad. El “umbral de la vejez” en una determinada subpoblación puede, por lo tanto, fijarse tomando como referencia la esperanza de vida restante, y no solo la edad cronológica. En ese sentido, el artículo 161 bis de la Ley General de la Seguridad Social sobre jubilación anticipada, incorporado por la Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social, establece en el segundo párrafo de su apartado 1 la posibilidad de jubilación anticipada para los trabajadores con discapacidad igual o superior al 45 por ciento, siempre que se trate de discapacidades reglamentariamente determinadas en los que concurren evidencias que determinan de forma generalizada y apreciable una reducción de la esperanza de vida de esas personas. La reglamentación de esta disposición se llevó a cabo mediante el Real Decreto 1851/2009, de 4 de diciembre, que en su redacción actual determina que las discapacidades que pueden dar lugar a la anticipación de la edad de jubilación son las siguientes:

- Discapacidad intelectual.
- Parálisis cerebral.
- Anomalías genéticas (síndrome de Down, síndrome de Prader Willi, síndrome X frágil, osteogénesis imperfecta, acondroplasia, fibrosis quística y enfermedad de Wilson).

- Trastornos del espectro autista.
- Anomalías congénitas secundarias a Talidomida.
- Secuelas de polio o síndrome postpolio.
- Daño cerebral adquirido (traumatismo craneoencefálico, secuelas de tumores del SNC, infecciones o intoxicaciones).
- Enfermedad mental (esquizofrenia, trastorno bipolar).
- Enfermedad neurológica (esclerosis lateral amiotrófica, esclerosis múltiple, leucodistrofias, síndrome de Tourette, lesión medular traumática).

2.3 El incremento de las situaciones de discapacidad conforme la población envejece

Como se ha resaltado en el apartado anterior, existen evidencias de que diversos grupos de personas con discapacidad envejecen a un ritmo diferente (más prematuro y acelerado) que el promedio de la población general. También existen evidencias indiscutibles de que la prevalencia de las situaciones de discapacidad se incrementa con la edad, y lo hace a pesar de la existencia de una mayor mortalidad específica por edad en la población con discapacidad. Este incremento en la prevalencia se debe no solo a la acumulación de la incidencia de las situaciones de discapacidad generadas por enfermedades y accidentes conforme van transcurriendo los años (pues, al ser permanentes, las discapacidades que se van adquiriendo a lo largo de la vida siguen presentes hasta que la persona fallece), sino también a que esta incidencia es creciente conforme avanza la edad.

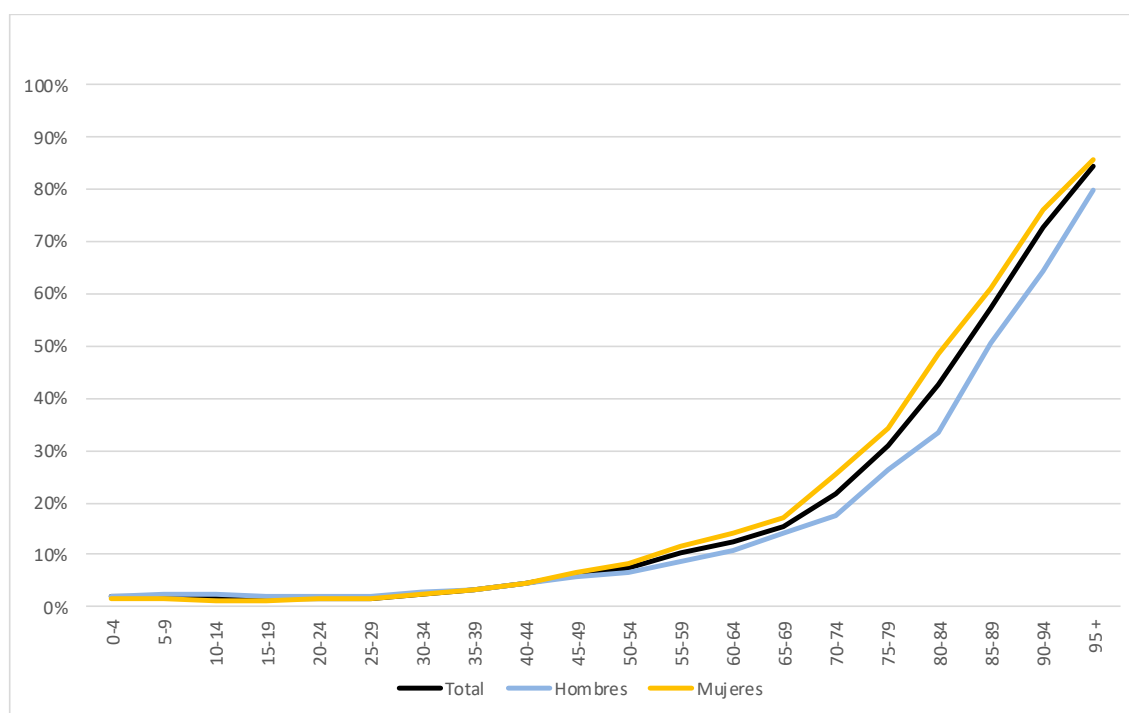
Los datos sobre prevalencia de las situaciones de discapacidad por tramo de edad que aportó la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD) de 2008 (gráfico 1) muestran claramente esa relación entre la prevalencia de la discapacidad y la edad cronológica, con incrementos casi imperceptibles en la niñez, adolescencia y juventud, que se van haciendo más notorios en la edad adulta y crecen con fuerza a partir de los 65 años. Como se expone más adelante, el perfil creciente de la curva de prevalencia según aumenta la edad de la población con

discapacidad administrativamente reconocida que reside en Extremadura es bastante similar al que reveló la EDAD 2008.

La aceleración de la aparición de discapacidad a partir de los 65 años ha sido constatada por otros estudios, como el análisis longitudinal retrospectivo que se llevó a cabo a partir de los datos de la encuesta "Procesos de vulnerabilidad en la vejez. Seguimiento longitudinal de los efectos ambientales y sociales" (Escobar, Puga y Martín, 2012).

Cabe concluir, a la vista de estos datos, que aunque la discapacidad no es una consecuencia inevitable del envejecimiento, la creciente fragilidad que se da en edades avanzadas desemboca con frecuencia en situaciones de discapacidad.

Gráfico 1 Tasas de prevalencia de discapacidad por sexo y grupo quinquenal de edad. España, 2008.



Fuente: INE. Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2008.

La relación entre discapacidad y envejecimiento debe contemplarse, pues, teniendo en cuenta su bidireccionalidad: la discapacidad, en

muchos casos, adelanta y acelera el proceso de envejecimiento, y el envejecimiento, también en bastantes casos, genera discapacidad o agrava las situaciones de discapacidad preexistentes.

En las páginas siguientes se aportan algunos datos que permiten profundizar en el conocimiento del perfil sociodemográficos de las personas con discapacidad en proceso de envejecimiento en Extremadura. Teniendo en cuenta las consideraciones antes expuestas sobre el inicio temprano de ese proceso en muchas personas con discapacidad, se ha tomado como punto de corte para los datos la edad cronológica de 45 años.

2.4 Las personas con discapacidad en proceso de envejecimiento en Extremadura

2.4.1 Distribución por edad y sexo de las personas con discapacidad administrativamente reconocida

De acuerdo con la Base de Datos de Valoración de la Discapacidad que gestiona el Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD), en Extremadura había en 2019⁵ un total de 81.237 personas con discapacidad administrativamente reconocida, que representan un 7,6 % de la población total de la región. De ellas, 66.151

⁵ La información que se recoge en este apartado procede de un cruce de las bases de datos de discapacidad, dependencia y servicios MADEX, proporcionado por el Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD). Los datos de discapacidad y servicios MADEX están actualizados a junio de 2019, y los de dependencia a octubre de 2019. Los datos han sido sometidos a un proceso de depuración para suprimir los registros referentes a personas fallecidas o que presentaran valores erróneos o falta de información en campos clave. Para las comparaciones con la población general, se ha tomado como referencia la actualización del padrón municipal de habitantes a 1 de enero de 2019.

(un 81,4% del total) tienen 45 o más años, 37.876 (46,6% del total) han cumplido los 65 años y 11.374 (14% del total) superan los 85 años.

Tabla 1. Personas con discapacidad administrativamente reconocida (grado igual o superior al 33%), por sexo y grandes grupos de edad. Extremadura. Junio de 2019.

Grupo de edad	Número de personas con discapacidad			Prevalencia (por 1.000 habitantes)		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Menos de 45 años	8.859	6.227	15.086	32,7	24,1	28,5
De 45 a 64 años	15.322	12.953	28.275	95,5	82,9	89,3
De 65 a 84 años	11.766	14.736	26.502	142,0	150,7	146,7
De 85 años y más	3.049	8.325	11.374	215,5	315,1	280,4
Total	38.996	42.241	81.237	73,8	78,3	76,1

Elaboración propia a partir de los datos facilitados por el SEPAD y la actualización del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2019.

La distribución por sexo y grupos quinquenales de edad, tal y como muestran la tabla 1 y la pirámide de la población con discapacidad que se recoge en el gráfico 2, presenta un incremento constante en el número de personas con discapacidad reconocida, según aumenta la edad, hasta los 60 años. A partir de esta edad comienza a descender el número de hombres con discapacidad reconocida, mientras que el de mujeres se mantiene más o menos estable hasta los 90 años, edad en la que se inicia su descenso. Este comportamiento desigual por sexo se debe al efecto combinado de la estructura de la población extremeña (en la que el número de mujeres supera al de hombres a partir de los 70 años, con diferencias crecientes según aumenta la edad, debido a la mayor esperanza de vida femenina, como puede apreciarse en la pirámide de la población total que se representa en el gráfico 3 y de las tasas específicas de prevalencia de las situaciones de discapacidad administrativamente reconocidas por sexo y edad, que por debajo de los 70 años son ligeramente superiores en los varones, pero que a partir de esa edad son más altas y crecen de forma más rápida en las mujeres (gráfico 4).

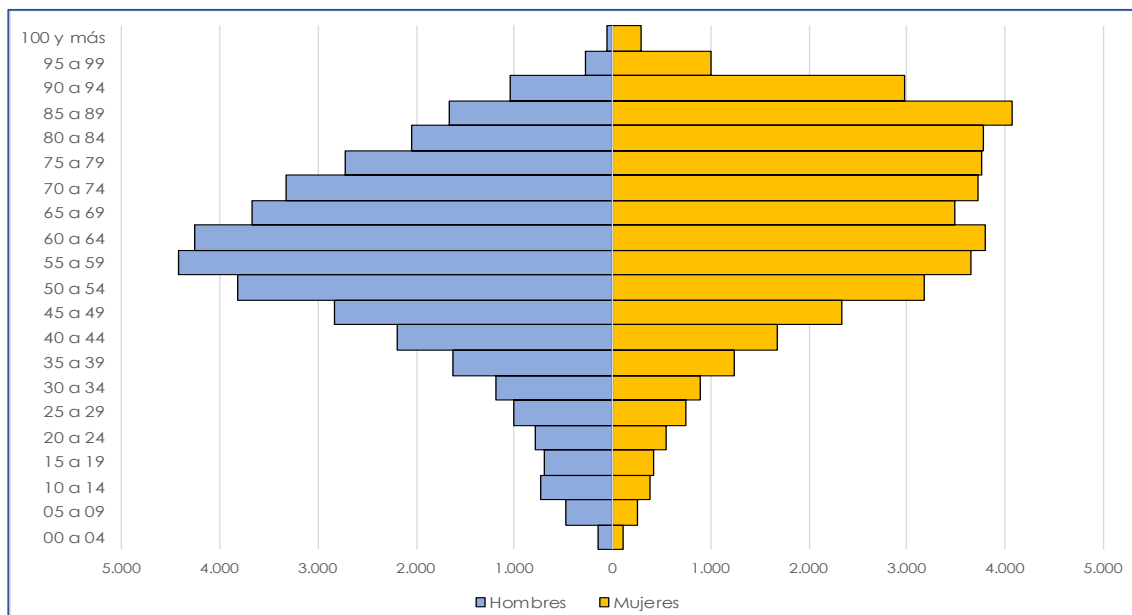
El gráfico 4 permite, asimismo, constatar que el incremento de la prevalencia de las situaciones de discapacidad administrativamente reconocida conforme avanza la edad presenta ritmos diferentes en las diversas edades. La pendiente de la curva es muy reducida entre el nacimiento y los 30 años, se incrementa un poco entre los 30 y los 75 años, y se dispara a partir de esa edad, sobre todo en el caso de las mujeres.

Tabla 2. Personas con discapacidad administrativamente reconocida (grado igual o superior al 33%), por sexo y grupo quinquenal de edad (números absolutos y prevalencia por 1.000 habitantes). Extremadura. Junio de 2019.

Grupo de edad	Número de personas con discapacidad			Prevalencia (por 1.000 habitantes)		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
00 a 04 años	140	100	240	6,4	4,8	5,7
05 a 09 años	477	257	734	18,8	10,8	14,9
10 a 14 años	735	372	1.107	27,0	14,3	20,8
15 a 19 años	692	410	1.102	25,5	15,7	20,7
20 a 24 años	786	538	1.324	27,6	20,0	23,9
25 a 29 años	1.015	737	1.752	32,5	24,9	28,8
30 a 34 años	1.190	884	2.074	35,9	28,6	32,4
35 a 39 años	1.636	1.246	2.882	44,3	34,9	39,7
40 a 44 años	2.188	1.683	3.871	54,8	43,0	49,0
45 a 49 años	2.829	2.331	5.160	68,4	57,6	63,1
50 a 54 años	3.814	3.182	6.996	88,0	74,1	81,1
55 a 59 años	4.414	3.643	8.057	105,1	90,2	97,8
60 a 64 años	4.265	3.797	8.062	126,4	116,9	121,8
65 a 69 años	3.682	3.488	7.170	134,4	128,0	131,2
70 a 74 años	3.322	3.714	7.036	141,4	140,0	140,7
75 a 79 años	2.715	3.757	6.472	157,4	168,4	163,6
80 a 84 años	2.047	3.777	5.824	139,0	174,0	159,8
85 a 89 años	1.662	4.065	5.727	168,3	239,8	213,5
90 a 95 años	1.043	2.966	4.010	299,2	402,2	369,1
95 a 99 años	279	1.008	1.287	398,4	559,5	514,3
100 y más	65	285	350	743,8	980,3	925,8
Total	38.996	42.241	81.237	73,8	78,3	76,1

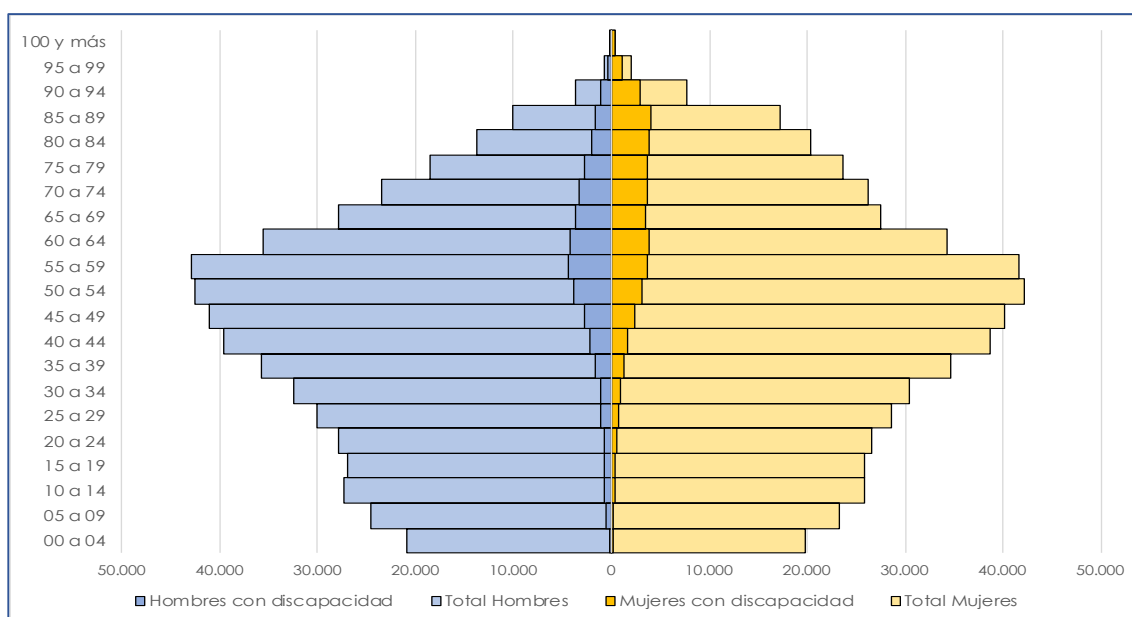
Elaboración propia a partir de los datos facilitados por el SEPAD y la actualización del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2019.

Gráfico 2 Pirámide de la población con discapacidad administrativamente reconocida en Extremadura. Junio de 2019.



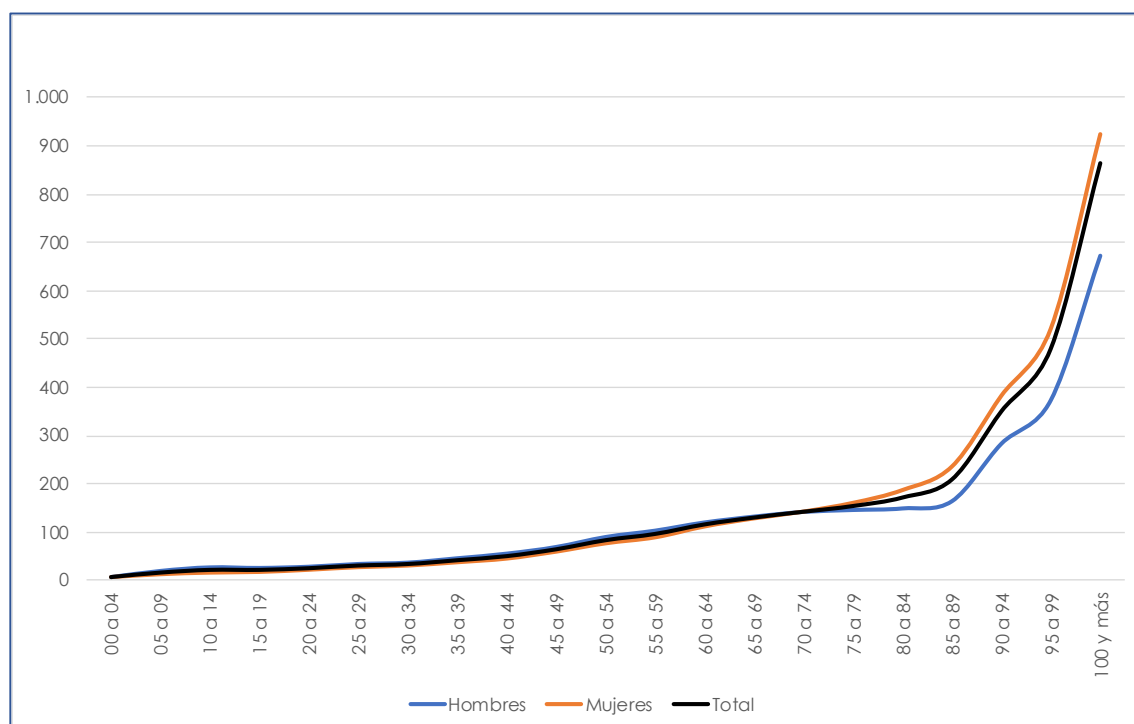
Elaboración propia a partir de los datos facilitados por el SEPAD.

Gráfico 3 Pirámide de la población total de Extremadura, con detalle de la población con discapacidad administrativamente reconocida. Junio de 2019.



Elaboración propia a partir de los datos facilitados por el SEPAD y la actualización del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2019.

Gráfico 4 Prevalencia (por 1.000 habitantes) según sexo y grupo quinquenal de edad de las situaciones de discapacidad administrativamente reconocida en Extremadura. Junio de 2019.



Elaboración propia a partir de los datos facilitados por el SEPAD y la actualización del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2019.

2.4.2 Distribución por tipo y grado de discapacidad

La base de datos de valoración de las situaciones de discapacidad recoge información sobre las deficiencias que han dado lugar a la discapacidad. En la base se registran hasta diez deficiencias distintas, con un código de cuatro dígitos, ordenadas según el porcentaje de discapacidad que se asigna a cada una de estas deficiencias. A los efectos de su análisis, los códigos de deficiencia se han agrupado en las siguientes categorías (tipos de discapacidad):

- Discapacidad osteoarticular (códigos 1101 a 1125).
- Discapacidad neuromuscular (códigos 1201 a 1229).
- Discapacidad orgánica (códigos 6001 a 6012 y 8002 a 8003).
- Discapacidad intelectual y del desarrollo (códigos 2100 a 2106).

- Discapacidad mental (códigos 2107 a 2300).
- Discapacidad visual (códigos 3101 a 3107).
- Discapacidad auditiva (códigos 3201 a 3209).
- Otras. En esta categoría se han incluido las siguientes:
 - Sordoceguera (códigos 3303).
 - Discapacidad expresiva (códigos 4101 a 4107).
 - Discapacidad mixta (códigos 5200 a 5202).
 - Discapacidad múltiple (código 8001).
 - Sin especificar (códigos 7000 y 8000).
 - Proceso en fase aguda no valorable (código 9000).

Como puede apreciarse en la tabla 3, los tipos de discapacidad con mayor prevalencia en la población de 45 y más años son la discapacidad osteoarticular (63,3 casos por 1.000 habitantes) y la discapacidad orgánica (57,3 casos por 1.000 habitantes), seguidos de la discapacidad causada por enfermedades y trastornos mentales (41,0 casos por 1.000 habitantes), la discapacidad neuromuscular (25,3 casos por 1.000 habitantes), la discapacidad visual (20,4 casos por 1.000 habitantes) y la discapacidad auditiva (13,9 casos por 1.000 habitantes). Las discapacidades intelectuales y del desarrollo suponen 11,6 casos por 1.000 habitantes, y el grupo de “otras discapacidades” (sordoceguera, discapacidad expresiva, discapacidad mixta, discapacidad múltiple y discapacidades sin especificar), 12,8 casos por 1.000 habitantes.

La discapacidad osteoarticular, la discapacidad a consecuencia de enfermedades y trastornos mentales y la categoría “otras discapacidades” presentan una prevalencia significativamente más alta en las mujeres, algo que también ocurre, aunque en menor medida, en el caso de la discapacidad orgánica, de la discapacidad visual y de la discapacidad auditiva. En la discapacidad intelectual y del desarrollo, por el contrario, la prevalencia es significativamente más alta en el caso de los varones. La discapacidad neuromuscular, por su parte, presenta una prevalencia similar en los varones y las mujeres.

Tabla 3. Personas con discapacidad administrativamente reconocida (grado igual o superior al 33%) de 45 y más años, por sexo y tipo de discapacidad (números absolutos y prevalencia por 1.000 habitantes de 45 y más años). Extremadura. Junio de 2019.

Tipo de discapacidad	Número de personas con discapacidad de 45 y más años			Prevalencia (por 1.000 habitantes)		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Discapacidad osteoarticular	13.568	20.462	34.031	52,7	73,0	63,3
Discapacidad neuromuscular	6.551	7.052	13.603	25,4	25,1	25,3
Discapacidad orgánica	13.000	17.816	30.816	50,5	63,5	57,3
Discapacidad intelectual y del desarrollo	3.270	2.966	6.236	12,7	10,6	11,6
Discapacidad mental	8.015	14.026	22.040	31,1	50,0	41,0
Discapacidad visual	4.595	6.402	10.997	17,9	22,8	20,4
Discapacidad auditiva	3.375	4.121	7.495	13,1	14,7	13,9
Otras discapacidades (*)	2.273	4.589	6.862	8,8	16,4	12,8
Total (**)	30.137	36.014	66.151	117,1	128,4	123,0

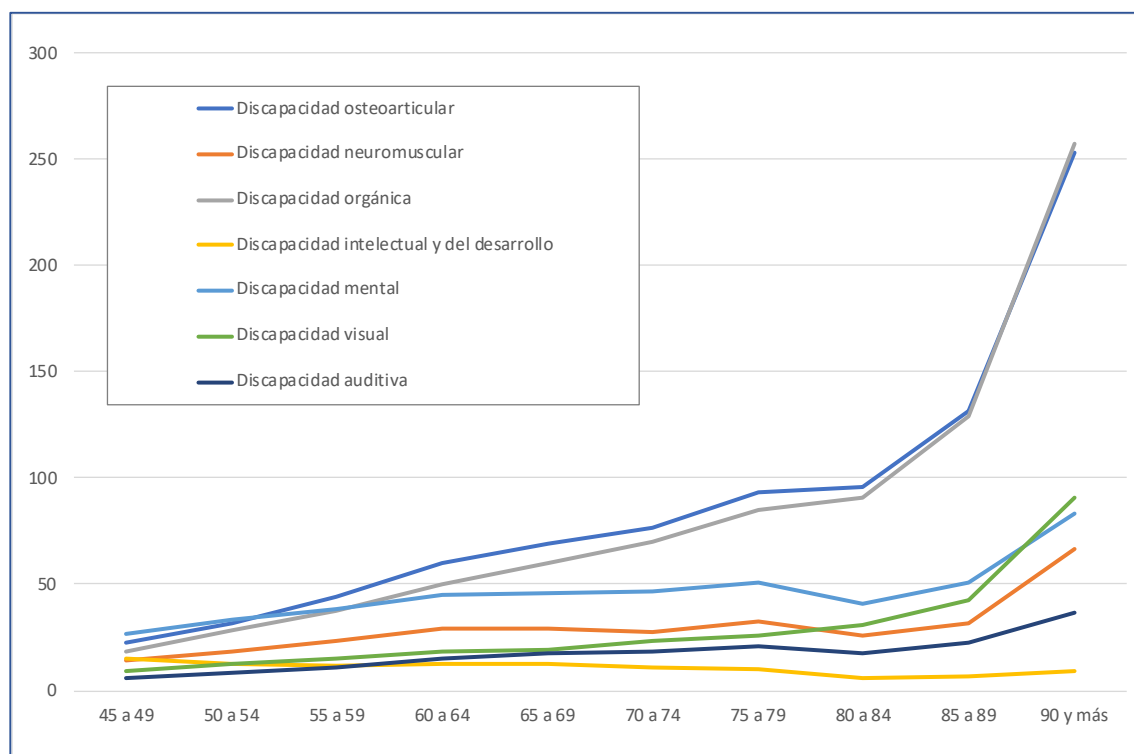
(*) En la categoría "otras discapacidades" se incluyen los siguientes tipos: sordoceguera, discapacidad expresiva, discapacidad mixta, discapacidad múltiple, discapacidad desconocida, discapacidad sin especificar y proceso en fase aguda no valorable.

(**) Una misma persona puede estar clasificada en varios tipos de discapacidad diferentes. Por esta razón la suma de las categorías es superior al total.

Elaboración propia a partir de los datos facilitados por el SEPAD y la actualización del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2019.

Las discapacidades osteoarticulares y las discapacidades orgánicas son las que experimentan un mayor crecimiento en su prevalencia conforme avanza la edad, como puede apreciarse en el gráfico 5. La prevalencia de las discapacidades intelectuales y del desarrollo, por el contrario, muestra una tendencia decreciente, como es lógico en una discapacidad que se diagnostica en los primeros años de la vida, y en la que la esperanza de vida de las personas afectadas, aunque se ha incrementado significativamente en las últimas décadas, sigue siendo inferior a la de la población general. El resto de los tipos de discapacidades (neuromuscular, mental, visual y auditiva) presentan un incremento moderado de su prevalencia con la edad, aunque en todas ellas ese incremento se acelera a partir de los 80 años.

Gráfico 5 Prevalencia (por 1.000 habitantes) de los distintos tipos de discapacidad en personas de discapacidad administrativamente reconocida de 45 y más años en Extremadura, por grupo quinquenal de edad. Junio de 2019.



Elaboración propia a partir de los datos facilitados por el SEPAD y la actualización del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2019.

La distribución por sexo y grado de discapacidad de las personas con discapacidad administrativamente reconocida de 45 y más años residentes en Extremadura se recoge en la tabla 4. Puede apreciarse que la severidad de las situaciones de discapacidad es mayor en el caso de las mujeres que en el de los varones.

Tabla 4. Personas con discapacidad administrativamente reconocida (grado igual o superior al 33%) de 45 y más años, según sexo y grado de discapacidad (números absolutos y prevalencia por 1.000 habitantes de 45 y más años). Extremadura. Junio de 2019.

Grado de discapacidad	Número de personas con discapacidad de 45 y más años			Prevalencia (por 1.000 habitantes)		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
33% a 44%	12.481	11.234	23.716	48,5	40,1	44,1
45% a 64%	5.698	9.285	14.983	22,1	33,1	27,9
65% a 74%	7.526	9.554	17.079	29,2	34,1	31,8
75% y más	4.432	5.941	10.373	17,2	21,2	19,3
Total	30.137	36.014	66.151	117,1	128,4	123,0

Elaboración propia a partir de los datos facilitados por el SEPAD y la actualización del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2019.

En la tabla 5 y en el gráfico 6 se ofrece información desagregada por tipo y grado de discapacidad y sexo. Los tipos de discapacidades que presentan un mayor perfil de severidad (grado de discapacidad mayor) son la discapacidad intelectual y del desarrollo (donde el 35,6% de las personas de 45 y más años que tienen este tipo de discapacidad han sido valorados con un grado de discapacidad del 75% o más), la discapacidad visual y la discapacidad neuromuscular (en las que un 30,7% y un 26,6%, respectivamente, de las personas tienen un grado de discapacidad del 75% o más). Por el contrario, los tipos de discapacidad que presentan un menor perfil de severidad son la discapacidad osteoarticular y la discapacidad auditiva (el 43,2% y el 42,0%, respectivamente, de las personas con estas discapacidades tienen un grado de discapacidad comprendido entre el 33% y el 44%).

Tabla 5. Personas con discapacidad administrativamente reconocida (grado igual o superior al 33%) de 45 y más años, por sexo, tipo de discapacidad y grado de discapacidad. Extremadura. Junio de 2019.

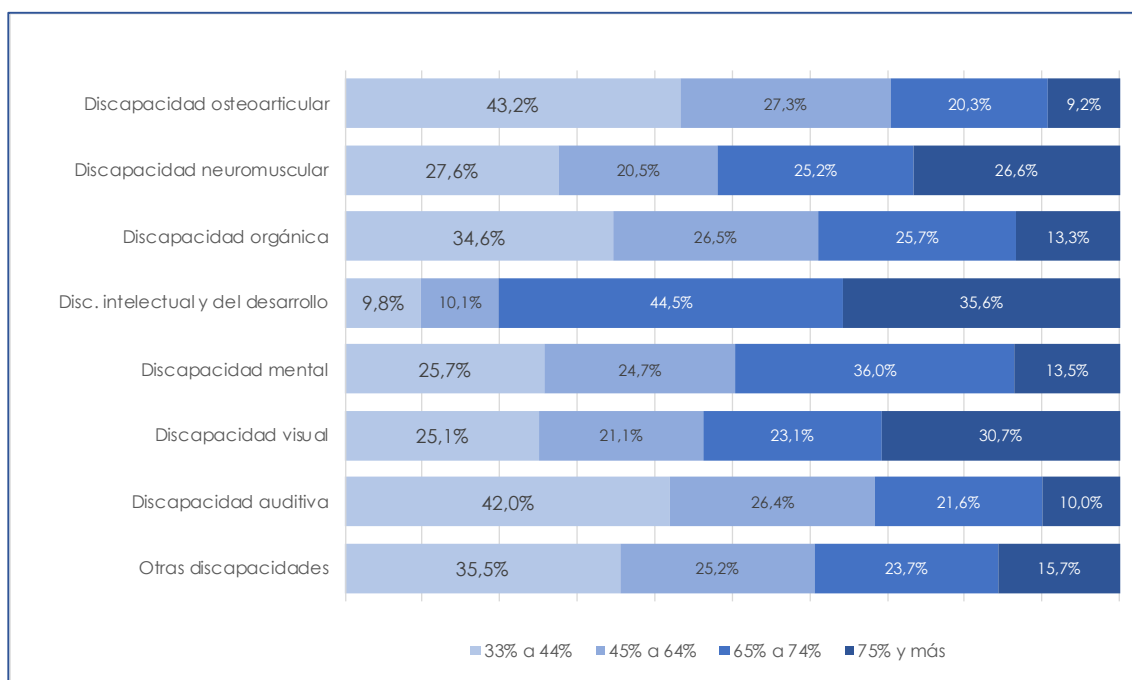
Tipo de discapacidad	Grado de discapacidad				
	33% a 44%	45% a 64%	65% a 74%	75 %y más	Total
Hombres					
Discapacidad osteoarticular	7.148	3.019	2.356	1.046	13.568
Discapacidad neuromuscular	1.946	1.195	1.613	1.797	6.551
Discapacidad orgánica	5.326	2.813	3.254	1.607	13.000
Disc. intelectual y del desarrollo	373	336	1.455	1.106	3.270
Discapacidad mental	2.022	1.713	3.202	1.078	8.015
Discapacidad visual	1.478	864	987	1.266	4.595
Discapacidad auditiva	1.649	799	642	286	3.375
Otras discapacidades (*)	773	501	538	461	2.273
Total (**)	12.481	5.698	7.526	4.432	30.137
Mujeres					
Discapacidad osteoarticular	7.563	6.259	4.566	2.074	20.462
Discapacidad neuromuscular	1.808	1.600	1.819	1.825	7.052
Discapacidad orgánica	5.333	5.348	4.653	2.483	17.816
Disc. intelectual y del desarrollo	240	292	1.319	1.117	2.966
Discapacidad mental	3.649	3.740	4.729	1.907	14.026
Discapacidad visual	1.284	1.451	1.555	2.112	6.402
Discapacidad auditiva	1.502	1.178	976	464	4.121
Otras discapacidades (*)	1.661	1.225	1.090	613	4.589
Total (**)	11.234	9.285	9.554	5.941	36.014
Ambos sexos					
Discapacidad osteoarticular	14.711	9.278	6.922	3.120	34.031
Discapacidad neuromuscular	3.754	2.795	3.432	3.622	13.603
Discapacidad orgánica	10.659	8.160	7.907	4.090	30.816
Disc. intelectual y del desarrollo	613	627	2.774	2.222	6.236
Discapacidad mental	5.671	5.453	7.932	2.985	22.040
Discapacidad visual	2.762	2.315	2.542	3.378	10.997
Discapacidad auditiva	3.151	1.977	1.618	750	7.495
Otras discapacidades (*)	2.434	1.726	1.628	1.074	6.862
Total (**)	23.716	14.983	17.079	10.373	66.151

(*) En la categoría "otras discapacidades" se incluyen los siguientes tipos: sordoceguera, discapacidad expresiva, discapacidad mixta, discapacidad múltiple, discapacidad desconocida, discapacidad sin especificar y proceso en fase aguda no valorable.

(**) Una misma persona puede estar clasificada en varios tipos de discapacidad diferentes. Por esta razón la suma de las categorías es superior al total.

Elaboración propia a partir de los datos facilitados por el SEPAD.

Gráfico 6 Distribución porcentual por grado de discapacidad de la población con discapacidad administrativamente reconocida (grado igual o superior al 33%) de 45 y más años en Extremadura, según tipo de discapacidad. Junio de 2019.



Elaboración propia a partir de los datos facilitados por el SEPAD.

2.4.3 Distribución territorial

El 60,8% de las personas con discapacidad administrativamente reconocida de 45 y más años que viven en Extremadura (40.212 personas) residen en la provincia de Badajoz, y el 39,2% (25.939) en la provincia de Cáceres. La prevalencia de las situaciones de discapacidad administrativamente reconocida en personas de 45 y más años es similar en ambas provincias (123,2 casos por 1.000 habitantes en Badajoz y 122,7 en Cáceres). La estructura por sexo y grandes grupos de edad de la población con discapacidad administrativamente reconocida de 45 y más años es bastante similar en ambas provincias, aunque la proporción de mujeres es ligeramente más elevada que en Badajoz.

Tabla 6. Personas con discapacidad administrativamente reconocida (grado igual o superior al 33%) de 45 y más años, por sexo, grandes grupos de edad y provincia (números absolutos y prevalencia por 1.000 habitantes). Extremadura. Junio de 2019.

Grupo de edad	Número de personas con discapacidad de 45 y más años			Prevalencia (por 1.000 habitantes)		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Badajoz						
45 a 64 años	9.043	8.052	17.095	91,6	83,0	87,4
65 a 84 años	6.898	9.303	16.201	139,0	157,8	149,2
85 años y más	1.876	5.040	6.916	244,1	347,6	311,7
Total Badajoz	17.817	22.395	40.212	114,2	131,4	123,2
Cáceres						
45 a 64 años	6.279	4.901	11.180	101,8	82,7	92,4
65 a 84 años	4.868	5.433	10.301	146,4	139,9	142,9
85 años y más	1.173	3.285	4.458	181,5	275,6	242,5
Total Cáceres	12.320	13.619	25.939	121,5	123,8	122,7

Elaboración propia a partir de los datos facilitados por el SEPAD y la actualización del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2019.

En la tabla 7 se recoge la distribución de las personas con discapacidad administrativamente reconocida de 45 y más años según la zona sociosanitaria en la que tienen su residencia. Las cuatro zonas sociosanitarias con mayor población total (Badajoz, Cáceres, Mérida y Don Benito-Villanueva de la Serena) concentran al 41,3% de las personas con discapacidad administrativamente reconocida de 45 y más años de Extremadura.

La distribución de las personas con discapacidad administrativamente reconocida según el número de habitantes del municipio de residencia se recoge en la tabla 8.

Tabla 7. Personas con discapacidad administrativamente reconocida (grado igual o superior al 33%) de 45 y más años, por sexo y zona sociosanitaria (números absolutos y porcentajes). Extremadura. Junio de 2019.

Zona Sociosanitaria	Número de personas con discapacidad de 45 y más años			Porcentaje en cada zona sociosanitaria		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Almendralejo	845	989	1.834	2,8	2,7	2,8
Azuaga-Llerena	980	1.295	2.275	3,3	3,6	3,4
Badajoz	6.003	6.395	12.399	19,9	17,8	18,7
Brozas	1.131	1.365	2.496	3,8	3,8	3,8
Cáceres	3.232	3.207	6.439	10,7	8,9	9,7
Castuera	834	1.338	2.172	2,8	3,7	3,3
Coria	1.415	1.470	2.884	4,7	4,1	4,4
Don Benito-Villanueva de la Serena	1.678	2.138	3.816	5,6	5,9	5,8
Jerez de los Caballeros	657	1.026	1.683	2,2	2,8	2,5
Mérida	2.263	2.410	4.673	7,5	6,7	7,1
Miajadas	1.204	1.451	2.655	4,0	4,0	4,0
Montijo-San Vicente	1.204	1.545	2.749	4,0	4,3	4,2
Navalmoral de la Mata	1.411	1.499	2.910	4,7	4,2	4,4
Olivenza	655	1.059	1.714	2,2	2,9	2,6
Plasencia Norte	1.395	1.700	3.095	4,6	4,7	4,7
Plasencia Sur	1.726	1.884	3.610	5,7	5,2	5,5
Talarrubias	620	1.126	1.746	2,1	3,1	2,6
Trujillo	798	1.029	1.827	2,6	2,9	2,8
Villafranca de los Barros	748	1.195	1.943	2,5	3,3	2,9
Zafra	1.325	1.877	3.202	4,4	5,2	4,8
Desconocida	13	18	32	0,0	0,1	0,0
Total	30.137	36.014	66.151	100,0	100,0	100,0

Elaboración propia a partir de los datos facilitados por el SEPAD.

Tabla 8. Personas con discapacidad administrativamente reconocida (grado igual o superior al 33%) de 45 y más años, por sexo y número de habitantes del municipio de residencia (números absolutos y porcentajes). Extremadura. Junio de 2019.

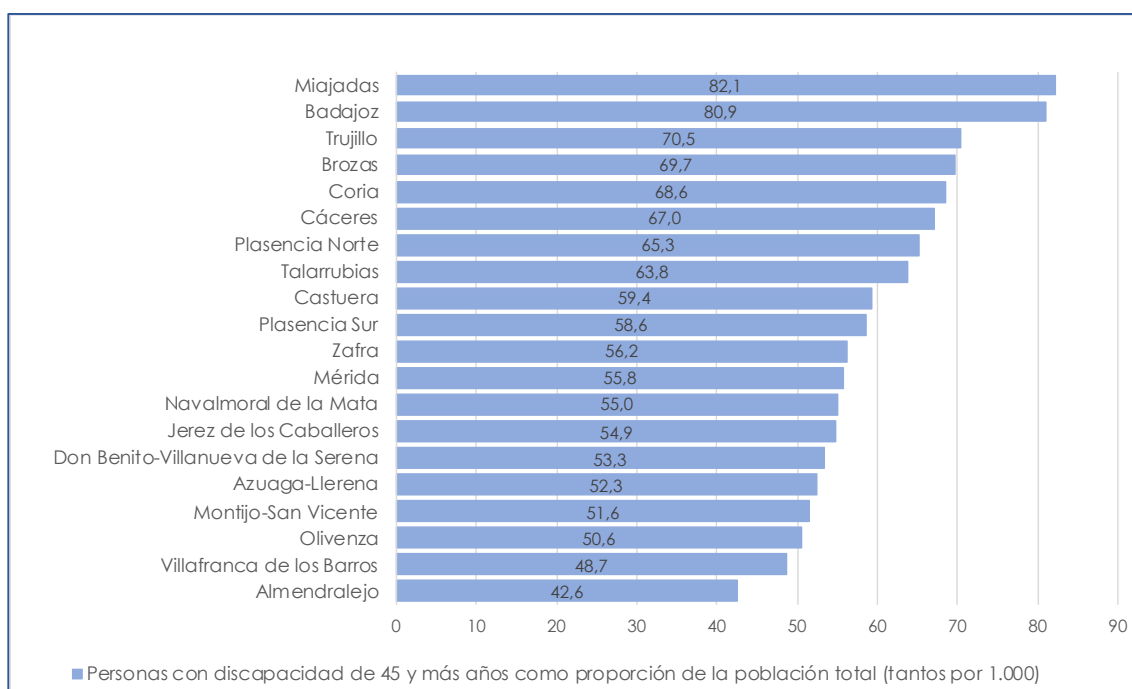
Número de habitantes del municipio de residencia	Número de personas con discapacidad de 45 y más años			Porcentaje en cada tramo		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Menos de 101 hab.	51	59	110	0,2	0,2	0,2
De 101 a 500 hab.	1.201	1.736	2.937	4,0	4,8	4,4
De 501 a 1.000 hab.	1.924	2.703	4.626	6,4	7,5	7,0
De 1.001 a 2.000 hab.	2.981	4.124	7.106	9,9	11,5	10,7
De 2.001 a 5.000 hab.	4.047	5.452	9.499	13,4	15,1	14,4
De 5.001 a 10.000 hab.	3.451	4.080	7.531	11,5	11,3	11,4
De 10.001 a 20.000 hab.	2.233	2.554	4.786	7,4	7,1	7,2
De 20.001 a 50.000 hab.	3.384	4.029	7.413	11,2	11,2	11,2
De 50.001 a 100.000 hab.	4.925	4.944	9.869	16,3	13,7	14,9
Más de 100.000 hab.	5.926	6.315	12.241	19,7	17,5	18,5
Desconocido	13	18	32	0,0	0,1	0,0
Total	30.137	36.014	66.151	100,0	100,0	100,0

Elaboración propia a partir de los datos facilitados por el SEPAD.

Los datos publicados del Padrón Municipal no permiten conocer la distribución por edades de la población total de las distintas zonas sociosanitarias ni de las agrupaciones de municipios por tramo de número de habitantes, razón por la cual ha sido imposible calcular las tasas de prevalencia de las situaciones de discapacidad administrativamente reconocida en personas de 45 y más años. Por ello, se ha procedido a calcular la proporción que las personas de 45 y más años con discapacidad administrativamente reconocida suponen respecto a la población total (todas las edades) en cada zona sociosanitaria y para cada agrupación de municipios por tramo de número de habitantes (gráficos 7 y 8). Tal como muestran esos gráficos, las zonas sociosanitarias en las que las personas con discapacidad administrativamente reconocida de 45 y más años suponen una mayor proporción de la población total son las de Miajadas y Badajoz, mientras que la menor proporción se da en la zona sociosanitaria de Almendralejo. También puede observarse que la proporción que suponen las personas con discapacidad administrativamente reconocida de 45 y más años sobre

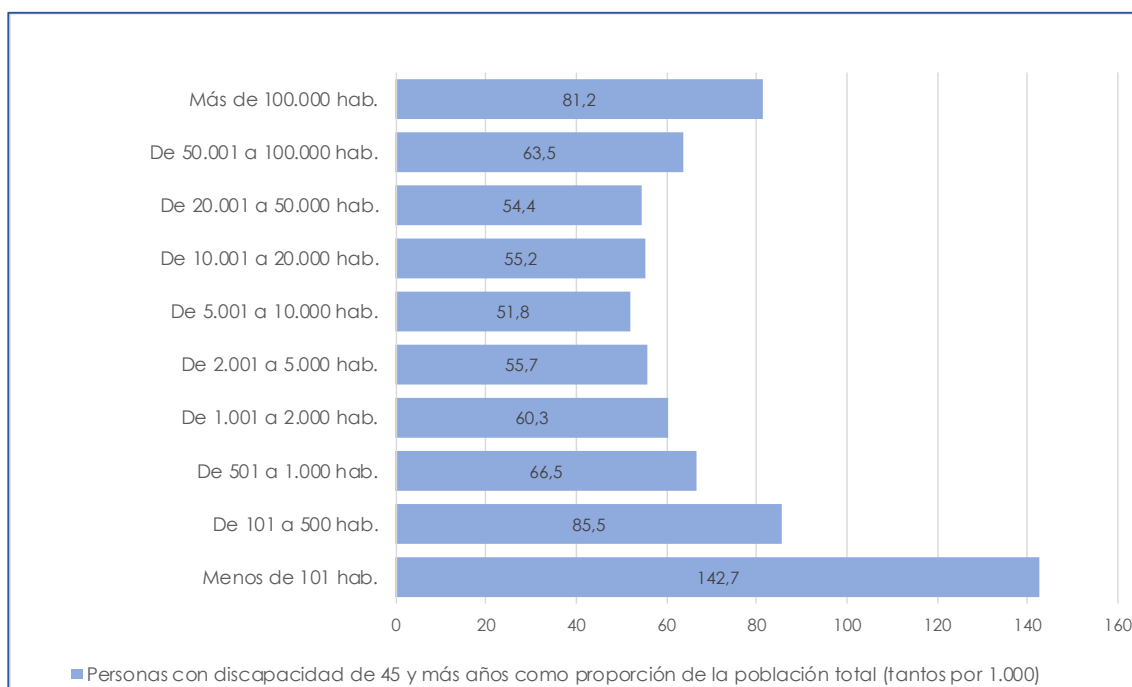
la población total es más elevada en los municipios con muy poca población o con un gran número de habitantes, y tiende a ser menor en los municipios de tamaño intermedio, lo que puede deberse al efecto cruzado de dos variables: el alto índice de envejecimiento de los municipios más despoblados, por una parte, y la atracción que ejerce la mayor dotación de servicios de los municipios con mayor población, por otra.

Gráfico 7 Proporción que suponen las personas con discapacidad administrativamente reconocida (grado igual o superior al 33%) de 45 y más años sobre la población total de cada zona sociosanitaria. Extremadura, junio de 2019.



Elaboración propia a partir de los datos facilitados por el SEPAD y la actualización del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2019.

Gráfico 8 Proporción que suponen las personas con discapacidad administrativamente reconocida (grado igual o superior al 33%) de 45 y más años sobre la población total según tamaño del municipio de residencia. Extremadura, junio de 2019.



Elaboración propia a partir de los datos facilitados por el SEPAD y la actualización del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2019.

2.4.4 Situaciones de dependencia

De las 66.151 personas de 45 y más años con discapacidad administrativamente reconocida residentes en Extremadura, 15.959 (un 24,1% del total) han tramitado la valoración de su posible situación de dependencia, y 12.137 (18,3% del total) tienen reconocida una situación de dependencia en alguno de los tres grados previstos en la normativa: 3.109 en el grado III (Gran Dependencia), 4.206 en el grado II (Dependencia Severa) y 4.822 en el grado I (Dependencia Moderada). El 64,3% de las personas con discapacidad de 45 y más años que tienen reconocida una situación de dependencia son mujeres.

Tabla 9. Personas con discapacidad administrativamente reconocida (grado igual o superior al 33%) de 45 y más años según situación de dependencia, por sexo. Extremadura, octubre de 2019.

Situaciones de dependencia	Número de personas con discapacidad de 45 y más años		
	Hombres	Mujeres	Total
Grado III (Gran Dependencia)	1.081	2.028	3.109
Grado II (Dependencia Severa)	1.556	2.651	4.206
Grado I (Dependencia Moderada)	1.696	3.126	4.822
Total con grado de dependencia	4.332	7.804	12.137
Sin grado	1.262	2.560	3.822
Total con valoración de dependencia	5.595	10.364	15.959
Sin valoración de dependencia	24.542	25.650	50.192
Total general	30.137	36.014	66.151

Elaboración propia a partir de los datos facilitados por el SEPAD.

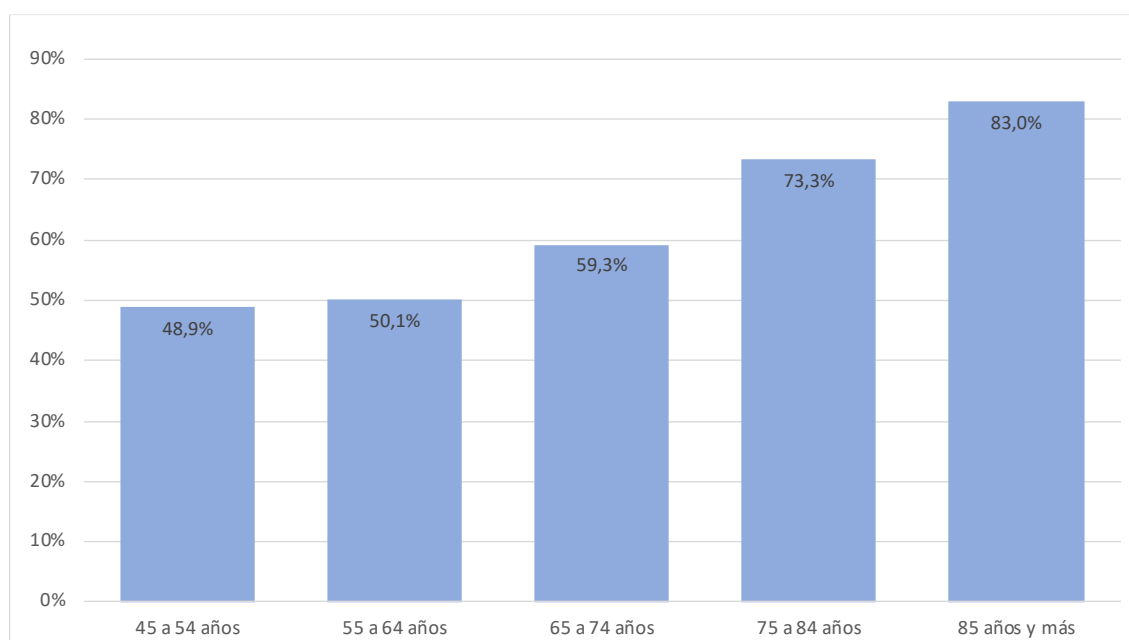
Tabla 10. Personas con discapacidad de 45 y más años que tienen reconocida una situación de dependencia, según grado de dependencia reconocido, por sexo y grupos decenales de edad. Extremadura, octubre de 2019.

Situaciones de dependencia	Número de personas con discapacidad de 45 y más años					
	45 a 54	55 a 64	65 a 74	75 a 84	85 y más	Total
Hombres						
Grado III	233	261	224	217	146	1.081
Grado II	346	419	369	271	151	1.556
Grado I	397	504	356	293	146	1.696
Total con grado de dependencia	976	1.184	949	781	442	4.332
Mujeres						
Grado III	226	271	289	534	708	2.028
Grado II	338	428	469	684	732	2.651
Grado I	370	490	624	926	716	3.126
Total con grado de dependencia	934	1.189	1.382	2.144	2.155	7.804
Ambos sexos						
Grado I	459	532	513	751	854	3.109
Grado II	684	847	838	955	882	4.206
Grado I	767	994	980	1.219	862	4.822
Total con grado de dependencia	1.910	2.373	2.331	2.925	2.598	12.137

Elaboración propia a partir de los datos facilitados por el SEPAD.

Conforme avanza la edad, se incrementa la proporción de mujeres entre las personas con discapacidad que tienen reconocida una situación de dependencia, pasando de suponer un 48,9% del total en el grupo de entre 45 y 54 años a un 83,0% del total entre quienes tienen 85 o más años.

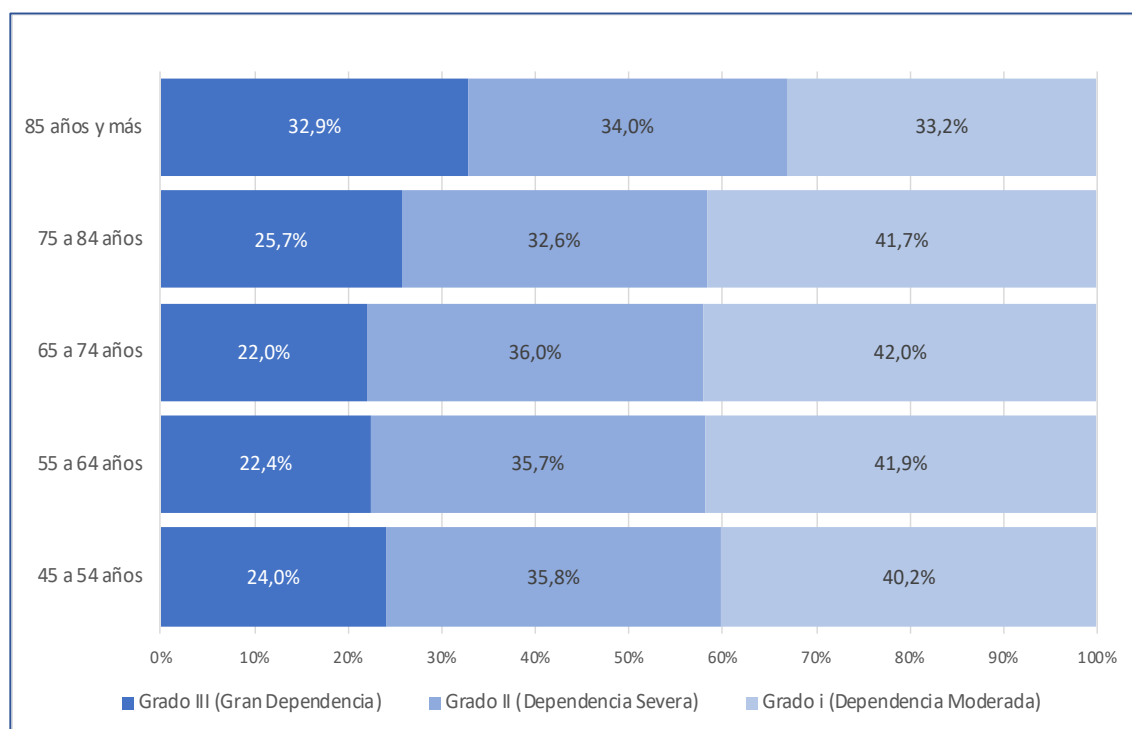
Gráfico 9 Proporción que suponen las mujeres entre las personas con discapacidad de 45 y más años que tienen reconocida una situación de dependencia, por grupo decenal de edad. Extremadura, octubre de 2019.



Elaboración propia a partir de los datos facilitados por el SEPAD.

En las personas de más edad se incrementa la severidad de las situaciones de dependencia: la proporción que suponen quienes tienen reconocido el grado III (Gran Dependencia) sobre el total de personas con reconocimiento de la situación de dependencia asciende, entre los mayores de 85 años, al 32,9%, tras haberse mantenido en valores cercanos al 24% entre los 45 y los 84 años.

Gráfico 10 Distribución por grados de dependencia de las personas con discapacidad de 45 y más años que tienen reconocida una situación de dependencia. Extremadura, octubre de 2019.



Elaboración propia a partir de los datos facilitados por el SEPAD.

2.4.5 Percepción de servicios MADEX

Los datos proporcionados por el SEPAD incluyen información sobre diversos servicios incluidos en el Marco de Atención a la Discapacidad de Extremadura (MADEX) que reciben las personas con discapacidad administrativamente reconocida. Entre esos servicios no se han podido incluir, al no estar adecuadamente actualizados, datos de los servicios de Atención Temprana y Habilitación Funcional.

En total hay 1.338 personas con discapacidad administrativamente reconocida de 45 y más años que reciben servicios MADEX, excluyendo los servicios de Atención Temprana (que no están dirigidos a este grupo de edad) y de Habilitación Funcional. El servicio más utilizado es el de Centro Ocupacional, del que en total se benefician 641 personas de este colectivo (187 de ellas reciben este servicio conjuntamente con el de

alojamiento residencial y 35 conjuntamente con el de Vivienda Tutelada), seguido del servicio de Residencia para personas con discapacidad con necesidades de apoyo extenso o generalizado (400 usuarios con discapacidad de 45 y más años, uno de ellos en combinación con el servicio de Centro Ocupacional), del servicio de Residencia para personas con discapacidad con necesidades de apoyo intermitente o limitado (241 usuarios con discapacidad de 45 y más años, 186 de ellos en combinación con el servicio de Centro Ocupacional) y del servicio de Centro de Día (225 usuarios con discapacidad de 45 y más años). Hay 44 personas con discapacidad de 45 y más años que son usuarios del servicio de Vivienda Tutelada (35 de ellos conjuntamente con el servicio de Centro Ocupacional), 5 que son usuarios del Módulo Familiar (donde conviven con sus padres cuando estos, por su elevada edad, ya no pueden atenderlos solos) y 4 que son usuarios de la Unidad Sanitaria para la Atención de Personas con Discapacidad (USAD), un recurso diseñado para la asistencia a usuarios de centros residenciales que presentan alteraciones graves de conductas y que además son grandes dependientes.

Tabla 11. Personas con discapacidad administrativamente reconocida (grado igual o superior al 33%) de 45 y más años que reciben servicios MADEX, por sexo. Extremadura. Junio de 2019.

Servicios MADEX	Número de personas con discapacidad de 45 y más años		
	Hombres	Mujeres	Total
Centro de Día	125	100	225
Centro Ocupacional	236	183	419
Módulo Familiar	3	2	5
Residencia de Apoyo Extenso	205	194	399
Residencia de Apoyo Extenso + Centro Ocupacional	0	1	1
Residencia de Apoyo Limitado	35	20	55
Residencia de Apoyo Limitado + Centro Ocupacional	97	89	186
Unidad Sanitaria para la Atención de Personas con Discapacidad (USAD)	3	1	4
Vivienda Tutelada	7	2	9
Vivienda Tutelada + Centro Ocupacional	18	17	35
Total con servicios MADEX	729	609	1.338

Elaboración propia a partir de los datos facilitados por el SEPAD.

Más de la mitad de los usuarios de servicios MADEX de 45 y más años tienen entre 45 y 54 años, y nueve de cada diez tienen entre 45 y 64 años. La mayor parte de los usuarios de servicios MADEX mayores de 65 años reciben servicios de atención residencial, atención diurna o centro ocupacional.

Tabla 12. Personas con discapacidad administrativamente reconocida (grado igual o superior al 33%) de 45 y más años que reciben servicios MADEX, por grupo decenal de edad. Extremadura. Junio de 2019.

Servicios MADEX	Número de personas con discapacidad de 45 y más años					Total
	45 a 54 años	55 a 64 años	65 a 74 años	75 a 84 años	85 años y más	
Centro de Día	116	81	27	1		225
Centro Ocupacional	256	130	28	4	1	419
Módulo Familiar	1	3	1			5
Residencia de Apoyo Extenso	194	129	58	13	5	399
Residencia de Apoyo Extenso + Centro Ocupacional	1					1
Residencia de Apoyo Limitado	21	26	7	1		55
Residencia de Apoyo Limitado + Centro Ocupacional	72	89	20	5		186
Unidad Sanitaria para la Atención de Personas con Discapacidad (USAD)	2	1	1			4
Vivienda Tutelada	6	3				9
Vivienda Tutelada + Centro Ocupacional	23	9	3			35
Total con servicios MADEX	692	471	145	24	6	1.338

Elaboración propia a partir de los datos facilitados por el SEPAD.

El 77,2% de las personas con discapacidad de 45 y más años que reciben servicios MADEX (1.033 de un total de 1.338) tienen reconocida una situación de dependencia. La proporción que suponen quienes cuentan con reconocimiento de grado de dependencia es mayor que la media en el caso de usuarios de los servicios de Unidad Sanitaria para la Atención de Personas con Discapacidad (100%), Residencia para personas con discapacidad con necesidades de apoyo extenso o generalizado (87,5%) y de Centro de Día (86,7%), y algo más reducida en el caso de usuarios de los servicios de Centro Ocupacional (71,8%),

Residencia para personas con discapacidad con necesidades de apoyo intermitente o limitado (64,7%), Vivienda Tutelada (63,6%) y Módulo Familiar (40%). Debe recordarse que en estos datos no se incluyen quienes reciben servicios de Rehabilitación Funcional.

Tabla 13. Personas con discapacidad administrativamente reconocida (grado igual o superior al 33%) de 45 y más años que reciben servicios MADEX, por grado de dependencia reconocido. Extremadura. Junio de 2019.

Servicios MADEX	Número de personas con discapacidad de 45 y más años				
	Grado III	Grado II	Grado I	Sin grado	Total
Centro de Día	98	78	19	30	225
Centro Ocupacional	21	144	133	121	419
Módulo Familiar	0	1	1	3	5
Residencia de Apoyo Extenso	197	113	39	50	399
Residencia de Apoyo Extenso + Centro Ocupacional	1	0	0	0	1
Residencia de Apoyo Limitado	1	11	9	34	55
Residencia de Apoyo Limitado + Centro Ocupacional	16	75	44	51	186
Unidad Sanitaria para la Atención de Personas con Discapacidad (USAD)	4	0	0	0	4
Vivienda Tutelada	0	0	2	7	9
Vivienda Tutelada + Centro Ocupacional	1	10	15	9	35
Total con servicios MADEX	339	432	262	305	1.338

Elaboración propia a partir de los datos facilitados por el SEPAD.

2.4.6 Percepción de prestaciones del SAAD

El 78,5% de las personas con discapacidad de 45 y más años que tenían reconocida una situación de dependencia recibían alguna prestación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) en octubre de 2019. El resto (2.609 personas) estaban a la espera de que se les asignase prestación.

En la mayor parte de los casos (4.572, que suponen el 43,7% de las prestaciones del SAAD recibidas por personas con discapacidad de 45 y más años en octubre de 2019), la prestación recibida es la denominada

“Prestación económica vinculada al servicio”, que se concede cuando no es posible el acceso a un servicio público o concertado de atención y cuidado. Otras 3.630 prestaciones del SAAD recibidas por personas con discapacidad de 45 y más años (34,7% del total) son prestaciones de servicio, y las 2.257 restantes (21,6% del total), prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales. La prestación económica de asistencia personal, prevista en el artículo 19 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, no se ha implantado en Extremadura.

Tabla 14. Prestaciones del SAAD recibidas por personas con discapacidad administrativamente reconocida (grado igual o superior al 33%) de 45 y más años, por clase de prestación y sexo. Extremadura, octubre de 2019.

Clase de prestación	Número de personas con discapacidad de 45 y más años		
	Hombres	Mujeres	Total
Prestación de servicio	1.334	2.296	3.630
Prestación económica vinculada a servicio	1.270	3.302	4.572
Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales	951	1.306	2.257
Total prestaciones	3.555	6.904	10.459
Personas que reciben alguna prestación	3.319	6.209	9.528
Ratio de prestaciones por persona beneficiaria	1,07	1,11	1,10
Personas con derecho a prestaciones	4.332	7.804	12.137
Personas a la espera de prestación	1.014	1.595	2.609

Elaboración propia a partir de los datos facilitados por el SEPAD.

En la tabla 15 se ofrecen datos sobre los servicios del catálogo del SAAD de los que se benefician las personas con discapacidad de 45 y más años a las que se ha reconocido una situación de dependencia, bien sea a través de una prestación directa de servicio o de una prestación económica vinculada al servicio. El servicio del que se benefician más personas es el de Ayuda a Domicilio, que es prestado con financiación del SAAD a 3.900 personas con discapacidad. Le sigue en importancia cuantitativa el servicio de Atención Residencial y el servicio de Centros

de Día y Noche, que son recibidos respectivamente por 2.029 y 902 personas con discapacidad de 45 y más años. Los servicios de Teleasistencia y de Prevención de la Dependencia y Promoción de la Autonomía Personal benefician, respectivamente, a 698 y 673 personas con discapacidad de 45 y más años.

Tabla 15. Servicios del SAAD prestados a personas con discapacidad administrativamente reconocida (grado igual o superior al 33%) de 45 y más años, por tipo de servicio y sexo. Extremadura, octubre de 2019.

Tipo de servicio prestado	Número de personas con discapacidad de 45 y más años		
	Hombres	Mujeres	Total
Prevención de la Dependencia y Promoción de la Autonomía Personal	326	347	673
Teleasistencia	136	562	698
Ayuda a Domicilio	977	2.923	3.900
Centros de Día/Noche	400	502	902
Atención Residencial	765	1.264	2.029
Total prestaciones	2.604	5.598	8.202

Elaboración propia a partir de los datos facilitados por el SEPAD.

3 Bibliografía

Aceves Díez, Raquel; Herguedas Villar, Gustavo; Cuerdo Vega, Elisa (coord.) (2016). Parálisis cerebral y envejecimiento activo. Valladolid. Federación ASpace Castellano Leonesa. Junta de Castilla y León. Recuperado de: <https://aspace.org/assets/uploads/publicaciones/2a497-envejecimiento activo.pdf>

Aguado Díaz, A.L., Alcedo Rodríguez, M.L., Fontanil Gómez, Y., Arias Martínez B. y Verdugo Alonso, M. A. (2001). Discapacidad y envejecimiento: necesidades percibidas por las personas discapacitadas mayores de 45 años y propuesta de líneas de actuación. Imsero. Recuperado de: <https://sid.usal.es/idocs/F5/INV1279/InformeDyE.pdf>

Anaut Bravo, S., Arza Porras, J., & Álvarez Urricelqu, M. J. (2017). La exclusión social, una problemática estructural entre las personas con discapacidad. Áreas. Revista Internacional De Ciencias Sociales, (36), 167-181. Recuperado de <https://revistas.um.es/areas/article/view/308211>

Berzosa, G. (dir.) (2013). Las personas con síndrome de Down y sus familias ante el proceso de envejecimiento. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad. Disponible en: https://www.sindromedown.net/wp-content/uploads/2014/09/160L_las.pdf

Bickenbach J, Bigby C, Salvador-Carulla L, et al. (2012). The Toronto declaration on bridging knowledge, policy and practice in aging and disability: Toronto, Canada, March 30, 2012. Int J Integr Care. 12:e205. Published 2012 Nov 16. doi:10.5334/ijic.1086

Caitlin E. Coyle, Jan E. Mutchler (2017). Aging With Disability: Advancement of a Cross-Disciplinary Research Network. Research on Aging. Volume: 39 issue: 6; pp. 683–692. Recuperado de: <https://journals.sagepub.com/toc/roaa/39/6>

Campbell, M. L., & Putnam, M. (2017). Reducing the shared burden of chronic conditions among persons aging with disability and older adults in the united states through bridging aging and disability. Healthcare (Basel), 5(3), 56. doi:10.3390/healthcare5030056

Cuenca, C.I., et al. (coords.) (2020). Estudio del acceso a los centros de referencia estatal de las personas con lesión medular. Toledo, Federación Nacional ASPAYM, 2020, 230 p. Recuperado de:

https://www.aspaym.org/pdf/publicaciones/ASPAYM_Estudio_Acc_CRE_LM.pdf

Díaz, P. (2008). Discapacidad visual y autonomía: las posibilidades de las personas mayores. En Integración, N. 55, 2008 Monográfico envejecimiento y discapacidad visual. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/28298728_Ajuste_psicosocial_a_la_discapacidad_visual_en_personas_mayores

García, M. (2018). El envejecimiento de las personas con parálisis cerebral. Serie: Estudios e Investigaciones n. 03, Oviedo, Consejería de Servicios y Derechos Sociales, Gobierno del Principado de Asturias, 440 p. Recuperado de: https://www.socialasturias.es/publicaciones/atencion-especifica-a-personas-con-diversidad-funcional/publicaciones_371_1_ap.html

Geriatría (2019). Las enfermedades mentales graves producen un envejecimiento "desordenado y acelerado". Marzo, 2019. Recuperado de: <https://www.geriatricarea.com/2019/03/20/las-enfermedades-mentales-producen-un-envejecimiento-desordenado-y-acelerado/>

Gibbons, H. M. (2016). "Compulsory youthfulness: Intersections of ableism and ageism in 'successful aging' discourses." Review of Disability Studies: An International Journal 12 (2 & 3). Disponible en: <https://www.rdsjournal.org/index.php/journal/article/view/574>

Grupo de Trabajo de Envejecimiento Activo del CERMI Estatal (2012): El envejecimiento de las personas con discapacidad. Madrid: CINCA. Disponible en: <https://www.cermi.es/es/colecciones/volumen-15-el-envejecimiento-de-las-personas-con-discapacidad>

Iezzoni LI. Aging with an existing physical disability. International Journal of Integrated Care. 2012;12(9). DOI: <http://doi.org/10.5334/ijic.1095>

Jiménez Lara, A. (2007). "Conceptos y tipologías de la discapacidad. Documentos y normativas de clasificación más relevantes". En R. de Lorenzo y L. Cayo Pérez Bueno (Dir.), Tratado sobre Discapacidad (pp. 177-207), Cizur Menor: Aranzadi.

Muñoz, M. et al. (2019): "Síndrome de Down y envejecimiento: una nueva situación que afrontar". Revista Española de Discapacidad, 7 (II): 157-164. Recuperado de: <https://doi.org/10.5569/2340-5104.07.02.09>

Nalder EJ, Saumur TM, Batliwalla Z, et al. (2020). A scoping review to characterize bridging tasks in the literature on aging with disability. BMC Health Serv Res. 20(1):170. Published 2020 Mar 4. doi:10.1186/s12913-020-5046-5

Nalder, E. J., M. Putnam, L. Salvador-Carulla, A. Spindel, Z. Batliwalla, and E. Lenton. (2017). "Bridging knowledge, policies and practices across the ageing and disability fields: A protocol for a scoping review to inform the development of a taxonomy." BMJ Open 7 (10): e016741. doi: 10.1136/bmjopen-2017-016741

Ochogavía, M. (2019). Taller para el envejecimiento autónomo y saludable de personas mayores con discapacidad visual. Integración. Revista sobre Discapacidad Visual, n. 74. P. 55-69. Recuperado de: <https://www.once.es/dejanos-ayudarte/la-discapacidad-visual/revista-integracion/2019-integracion-74-75/numero-74/74-03-ochogavia-taller-para-el-envejecimiento.pdf/download>

OMS (2001): Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Madrid: OMS-IMSERO. Disponible en: www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/435cif.pdf

OMS (2015). Informe Mundial sobre el Envejecimiento y Salud.

Organización de Naciones Unidas (2006). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Disponible en: <https://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=497>

Otamendi, N. y Navas, P. (2018): "Calidad de vida de personas con discapacidad intelectual en proceso de envejecimiento en entornos de vivienda". Revista Española de Discapacidad, 6 (II): 27-47. Doi: <https://doi.org/10.5569/2340-5104.06.02.02>

Palacios, A. y Bariffi, F. (2007): La discapacidad como una cuestión de derechos humanos. Una aproximación a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Ediciones Cinca, Madrid. Disponible en: <http://www.telefonica.es/accesible/pdf/discapacidad.pdf>

Pallero, R. (2008). Ajuste psicosocial a la discapacidad visual en personas mayores. En Integración, N. 55, 2008 Monográfico envejecimiento y discapacidad visual. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/28298728_Ajuste_psicosocial_a_la_discapacidad_visual_en_personas_mayores

Pérez, J.; Abellán, A.; Aceituno, P.; Ramiro, D. (2020). "Un perfil de las personas mayores en España, 2020. Indicadores estadísticos básicos". Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 25, 39p. [Fecha de publicación: 12/03/2020]. Recuperado de:
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2020.pdf>

Pili, Roberto; Gaviano, Luca; Pili, Lorenzo; Petretto, Donatella Rita (2018). Ageing, Disability, and Spinal Cord Injury: Some Issues of Analysis. Current Gerontology and Geriatrics Research; New York Tomo 2018, (2018). DOI:10.1155/2018/4017858

Presson, A. P. et al. (2013): "Current estimate of Down syndrome population prevalence in the United States". The Journal of Pediatrics, 163 (4): 1163-1168.

Roets-Merken, Lieve, Sytse Zuidema, Myrra Vernooij-Dassen, Marianne Dees, Pieter Hermsen, Gertrudis Kempen, and Maud Graff. 2017. "Problems identified by dual sensory impaired older adults in long-term care when using a self-management program: A qualitative study." PLoS One 12 (3): e0173601. doi: 10.1371/journal.pone.0173601

Rosenbaum, P. et ál. (2007). A report: the definition and classification of cerebral palsy April 2006. Developmental Medicine & Child Neurology, 49: 8-14. doi:10.1111/j.1469-8749.2007.tb12610.x

Rosenbaum, P. et ál. (2007). A report: the definition and classification of cerebral palsy April 2006. Developmental Medicine & Child Neurology, 49: 8-14. doi:10.1111/j.1469-8749.2007.tb12610.x

Sáenz, I. (2018). Influencia del tipo de vivienda en la calidad de vida de las personas mayores con discapacidad intelectual o del desarrollo. Siglo Cero, Vol. 49(1), n. 265, 2018, p. 89-106. Recuperado de:
<https://www.sis.net/documentos/ficha/545663.pdf>

Solís, P. y Real, S. (2019): "Estado actual de investigación en parálisis cerebral y envejecimiento: revisión sistemática". Revista Española de Discapacidad, 7 (II): 103-122. Recuperado de: <https://doi.org/10.5569/2340-5104.07.02.06>

Solís, P., et al. (2019). El proceso de envejecimiento en personas con discapacidad intelectual: Necesidades específicas y propuestas de intervención. Servicios Sociales y Política Social, vol. XXXVI, n. 119, p. 63-76. Recuperado de: <https://www.sis.net/documentos/ficha/552495.pdf>

Tovar, A.B., Mansilla, F.J. (2020). Envejecimiento y síndrome de Down ¿Qué hay después del empleo? Madrid, Down España, 18 p. Recuperado de: <https://www.sindromedown.net/wp-content/uploads/2020/03/ENVEJECIMIENTO-Y-SD-2.pdf>

Verdugo, M.A. y Navas, P. (Dirs) (2016). Todos somos todos. Derechos y calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual y grandes necesidades de apoyo (Informe ejecutivo). Plena Inclusión e Instituto Universitario de Integración en la Comunidad.

Vidriales, R., et al. (2016). Envejecimiento y trastorno del espectro del autismo. Una etapa vital invisible. Informe ejecutivo. Madrid, Confederación Autismo España, 40 p. Recuperado de: http://www.autismo.org.es/sites/default/files/envejecimiento_informe_ejecutivo_version_web.pdf

Vidriales, R., et al. (2019). El cuidado de mi salud: guía práctica para la promoción de la salud de las personas mayores con Trastorno del Espectro del Autismo. 2ª ed. Serie: Salud, Madrid, Confederación Autismo España. 55 p. Recuperado de: http://www.autismo.org.es/sites/default/files/guia_el_cuidado_de_mi_salud_a5_web.pdf

Villar, F. (2008). Envejecimiento y discapacidad visual: hacia el desarrollo de actuaciones participativas y personalizadas. En Integración, N. 55, 2008 Monográfico envejecimiento y discapacidad visual. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/28298728_Ajuste_psicosocial_a_la_discapacidad_visual_en_personas_mayores

Westwood, S.; Carey, N. (2018) "Ageing with physical disabilities and/or long-term health conditions". en Westwood, S. (2018). Ageing, Diversity and Equality: Social Justice Perspectives: Routledge. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/329029663_Ageing_with_physical_disabilities_andor_long-term_health_conditions/

Zarb, G., and Oliver, M. (1993). Ageing with a disability: What do they expect after all these years. London: University of Greenwich. Disponible en: <https://disability-studies.leeds.ac.uk/wp-content/uploads/sites/40/library/Oliver-ageing-with-disability.pdf>

Escobar Bravo, M.A., Puga González, M^a D. y Martín Baranera, M. (2012). Análisis de la esperanza de vida libre de discapacidad a lo largo de la biografía: de la madurez a la vejez. *Gaceta Sanitaria*, 26 (4), 330-335.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.12.016>

Lantegi Batuak (2011): Investigación sobre el envejecimiento y deterioro de las personas con discapacidad intelectual en el ámbito ocupacional y del empleo en Bizkaia. Bilbao, Fundación Lantegi Batuak.

https://www.lantegibatuak.eus/wp-content/uploads/2019/11/LANTEGIBATUAK_Estudio-Envejecimiento.pdf

Nakamura, E. y Tanaka, S. (1998): Biological ages of adult men and women with Down's syndrome and its changes with aging. *Mechanisms of Ageing and Development*, 105, 89-103.

[https://doi.org/10.1016/S0047-6374\(98\)00081-5](https://doi.org/10.1016/S0047-6374(98)00081-5)

Smith, A., Molton, I. y Jensen, M. (2016). Self-reported incidence and age of onset of chronic comorbid medical conditions in adults aging with long-term physical disability. *Disability and Health Journal*, 9 (3), 533-538.

<https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2016.02.002>

Solís García, P. y Real Castelao, S. (2019). Estado actual de investigación en parálisis cerebral y envejecimiento: revisión sistemática. *Revista Española de Discapacidad*, 7 (2), 103-122.

<https://doi.org/10.5569/2340-5104.07.02.06>

Strehler, B. (1962). *Time, cells and aging*. New York, Academic Press.

Wark, S., Hussain, R. y Edwards, H. (2016). The main signs of ageing in people with intellectual disability. *Australian Journal of Rural Health*, 24(6), 357-362.

<https://doi.org/10.1111/ajr.12282>