

---

## Discapacidad y envejecimiento saludable

### La concepción social de la discapacidad

Ante la aparición de la llamada emergencia silenciosa (el afrontamiento del envejecimiento de las personas con discapacidad) pretendo con este documento aportar algunas reflexiones para abordar dicha problemática. En este documento podremos encontrar reflexiones y acercamientos a dicha realidad realizados por varios profesionales de nuestro país. Empezaremos definiendo la construcción social que hemos desarrollado tanto de la discapacidad como del envejecimiento, para plantear con posterioridad las posibilidades de desarrollar un paradigma de intervención centrado en el desarrollo de oportunidades para la toma de decisiones en el fomento de una vida autónoma para las personas con diversidad funcional e intelectual.

#### **La discapacidad como constructo social**

La discapacidad a lo largo de la historia ha sido un problema social de la diferencia. La importancia del concepto de normalidad y el concepto de diferencia inundan nuestra concepción de la sociedad y que nos lleva a definir la realidad desde estereotipos y reacciones ante la diferencia. A menudo el lenguaje nos delata ya que definimos la diferencia desde dos conceptos **Nosotros** y **ellos**

Como dice Jordi Planella "la persona con discapacidad no es una "máquina defectuosa" que hay que reparar (reeducar, readaptar, rehabilitar, resocializar, etc.), sino que se trata de un "sujeto" que se desarrolla según su propia forma y modalidad." Esta definición de gran valor parece que se ha ido diluyendo en la construcción social del concepto de discapacidad ya que tal como afirma Montero: "la construcción administrativa de la discapacidad ha pasado de ser considerada un hecho individual a tratarse como fenómeno social. Se ha producido un cambio en la concepción: de un acontecimiento aislado, personal, que requiere una compensación (caridad) en un fenómeno social que exige derechos e integración"(Montero, 1998:17). Citando a Planella

---

---

## La Diferencia

Todos somos diferentes, aunque hay diferencias que entran en los límites de la Normalidad y otras que se alejan de esa normalidad y que provocan reacciones discriminatorias, constructos sociales que pueden ir del rechazo a la compasión pasando por un sinfín de matices

Según Planella hay varios tipos de normalidad

- **Normalidad Médica:** es aquel criterio que define la normalidad como la ausencia de enfermedad. Este concepto es utilizado habitualmente en medicina. Cuando decimos que todas las pruebas dan resultados normales queremos decir que el paciente no tiene nada, que esté bien. La gran dificultad que plantea es el olvido de las anomalías que no pueden detectarse a través de análisis o de pruebas objetivas, como es el caso de los trastornos mentales.
- **Normalidad Estadística:** una cosa es considerada normal si se presenta de manera idéntica para la mayoría de la población. Es aceptada como anormal una desviación estandarizada por encima y por debajo de la media aritmética. La crítica más significativa que podemos hacer es que se considere normal aquello que es más frecuente, de tal forma que conductas consideradas poco convencionales fueran consideradas enfermizas o anormales.
- **Normalidad Normativa:** la Familia, el Estado, la Sociedad, etc. deciden cuáles son los criterios de lo que es o no es la norma(es). Algunos individuos estarán de acuerdo con estas normas y los podremos llamar "Normales" *[más en el sentido de normativos]* y otros no estarán de acuerdo y se sublevarán contra la Norma. Éstos serán A-Normales o A-Normativos *[en el sentido de sin normas o bien que no están en desacuerdo]*.
- **Normalidad Legal:** la normalidad, desde la perspectiva legal es definida como la capacidad o la incapacidad de las personas: la capaz es normal y responsable de sus actos, y la que no lo es no es responsable ante la ley. Obviamente, el principal problema que presenta es quien valora la capacidad o la incapacidad de los sujetos y bajo qué criterios.

Estas tipologías de normalidad nos llevan a la definición de una normalidad social que sería la Normalidad dominante y un sinfín de normalidades dominadas que se corresponderían con la gran diversidad de situaciones de discapacidad. Las personas

---

---

que viven en una situación de normalidad dominante siempre son comparadas con las situaciones de la normalidad dominante y nunca podrán llegar a vivir plenamente, ni su propia normalidad. La sociedad enfatiza la diferencia, visibilizando no las capacidades de las personas con diversidad funcional o intelectual, sino las dificultades y la imposibilidad de conseguir vivir la normalidad normativa.

### **Definiciones de envejecimiento activo saludable**

(Elaboradas por Mariano Sánchez – Juan Sáez – Sacramento Pinazo – Quico Mañós) como materiales del Curso de Programas intergeneracionales del IMSERSO 2005.

“Según el texto podemos definir el **envejecimiento activo** y productivo como la forma de implicarse activamente en la vida, lo que significa mantener unas relaciones sociales satisfactorias, significa mantener una actividad productiva (retribuida o no) que contribuye a la mejora personal y/o a la mejora de la comunidad, e implica un cierto esfuerzo personal.”

El **envejecimiento productivo** se centra en el bienestar colectivo y se pregunta qué pueden hacer las personas para contribuir al mismo.

Podemos verlo mejor en la tabla que aparece a continuación:

<b>Denominación</b>	<b>Objetivo</b>	<b>beneficiario</b>
<i><b>Envejecimiento saludable</b></i>	Salud	<b>el propio sujeto</b>
<i>Envejecimiento activo</i>	Implicación activa en el proceso de envejecimiento: bienestar físico, psicológico e intelectual	
<i>Envejecimiento óptimo</i>	participación social	<b>la comunidad</b>
<i>Envejecimiento productivo</i>	contribución social	

Ante el envejecimiento podemos encontrar algunas teorías (Mariano Sánchez et al)

**La Teoría de la Desvinculación** (Cumming y Henry, 1961; Cumming, 1963) se entiende la reducción de la actividad social como un proceso natural, universal y adaptativo, ya que prepara al individuo para la desvinculación última: la muerte o dependencia.

---

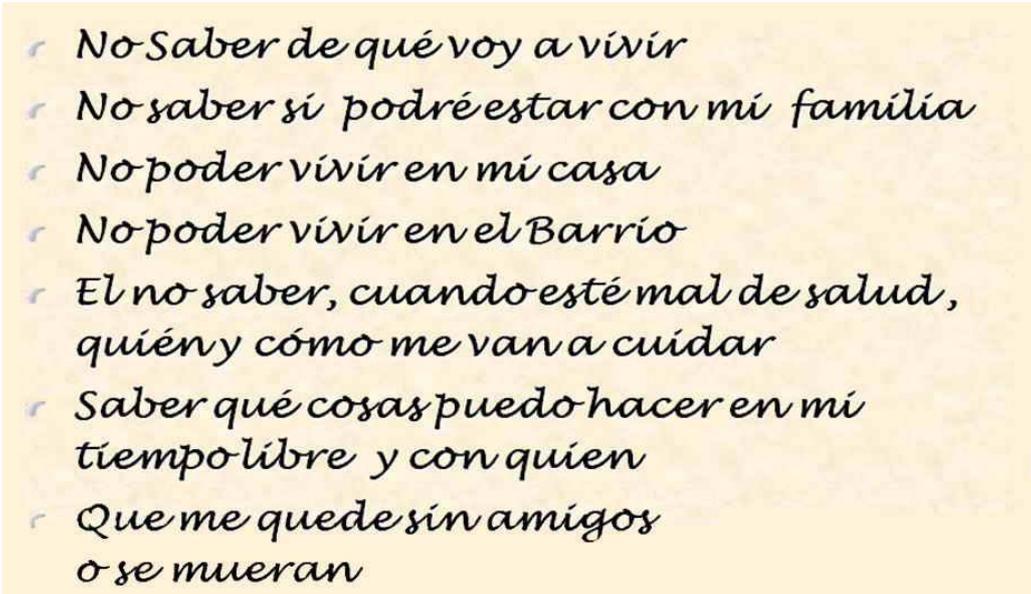
---

La **Teoría de la Actividad** (Havighurst, Neugarten y Tobin, 1968). Desde este enfoque, se entiende que el mejor y mayor ajuste de la persona a las circunstancias de la vejez se logran a partir de la continuación con el nivel de actividades y vínculos sociales de años anteriores. Así, el envejecimiento con éxito se lograría, desde este punto de vista, a partir de los esfuerzos por continuar estando implicado y activo socialmente

La **Teoría de la Selectividad Socioemocional** (Carstensen, 1992). Según esta autora, el descenso en los contactos es muy selectivo y afecta sobre todo a los contactos más accesorios, más superficiales, mientras que las relaciones más estrechas permanecen básicamente intactas con la edad. Es especialmente importante el aspecto emocional de las relaciones, esto es, el deseo de recibir apoyo emocional y de regulación de los sentimientos, de manera que los otros nos ayuden a sentirnos bien y a evitar estados emocionales negativos en el proceso de envejecimiento.

En las personas con discapacidad el envejecimiento se puede producir desde estas mismas perspectivas. Una persona con Síndrome de Down puede perseguir la desvinculación progresiva de la sociedad, puede seguir vinculándose desde las actividades significativas y, claramente seleccionando aquellos contactos y relaciones que le hacen sentir seguridad.

**¿Que preocupaciones le vienen a la cabeza a una persona con discapacidad cuando envejece?**

- 
- No Saber de qué voy a vivir*
  - No saber si podré estar con mi familia*
  - No poder vivir en mi casa*
  - No poder vivir en el Barrio*
  - El no saber, cuando esté mal de salud, quién y cómo me van a cuidar*
  - Saber qué cosas puedo hacer en mi tiempo libre y con quien*
  - Que me quede sin amigos o se mueran*

---

Estas cuestiones deben ser abordadas desde las perspectivas del envejecimiento y del desarrollo de capacidades en personas con discapacidad

### **Abordaje desde la perspectiva de la discapacidad**

Planificación centrada en la persona. En esta parte aportaremos un esquema definido por Carlos Pereyra, así como del modelo de las Escuelas de Vida y el proyecto de Vida independiente trabajado por FUNDOWN Murcia, especialmente por Núria Illán Romeu. Estos modelos nos permiten centrarnos en el modelo de planificación centrada en la persona, desarrollando el envejecimiento desde una perspectiva de proyecto de vida.

Según Pereyra la planificación centrada en la persona nos permite definir dos perspectivas de intervención. Intervenir desde el sistema o intervenir desde las capacidades, talentos, expectativas, deseos, experiencias de la persona con discapacidad. El sistema se basa en una intervención tecnocrática, centrada en el diseño de instrumentos de intervención mientras que la planificación centrada en la persona nos permite trabajar espacios de decisión, control y protagonismo, por lo tanto participación en la definición del propio proceso vital

Desde esta visión podemos confrontar Sistema versus Persona

#### **La planificación desde el sistema está:**

- Centrado en los déficits y debilidades
- Controlado por profesionales
- Emplazamientos preestablecidos y poco flexibles
- Concentrado en desarrollar planes y programas
- Basa las opciones en estereotipos acerca de las personas con discapacidad

#### **La planificación desde la persona está**

- Centrado en talentos, capacidades, y deseos
  - Controlado por la persona y por quienes ella elige
  - Vida en comunidad, basada en preferencias
  - Plan para un futuro positivo, posible y deseable
  - Encuentra nuevas posibilidades para cada persona
-

---

## **La planificación centrada en la persona nos permite trabajar procesos de planificación ya que**

- Se dirige a todas las áreas de la vida de una persona, incluyendo salud, servicios humanos, amistad, implicación en la comunidad y relaciones familiares
- Es un proceso de colaboración para ayudar a las personas a acceder a los apoyos y servicios que necesitan para alcanzar una mayor calidad de vida basada en sus propias preferencias y valores
- Es un conjunto de estrategias que son enfoques para la planificación de la vida basados en valores y que se centran en las elecciones, la visión y el círculo de apoyo de la persona
- Este enfoque de la vida basado en valores aprecia y respeta a la persona y respeta la experiencia, el conocimiento y la sabiduría de sus círculos de apoyo

## **El Enfoque de la planificación permite**

- Descubrir quién es la persona con diversidad funcional o intelectual y cómo quiere vivir su vida
- Identificar visiones de futuro positivas y posibles basadas en cómo quiere vivir
- Reconocer barreras para alcanzar esa visión
- Establecer y fortalecer la colaboración permanente con su círculo de apoyo
- Desarrollar un plan de acción individualizado y permanentemente actualizado que persiga alcanzar la visión de futuro deseado

## **Principios de la planificación centrada en la persona**

- Cada persona tendrá la autoridad para definir y perseguir su propia visión
  - La autodeterminación es imprescindible
  - Se valoran las relaciones personales y la participación en la comunidad
  - Todas las redes y sistemas de apoyo deben colaborar apoyando la visión de la persona
  - La persona y las familias deben participar en todo el proceso de toma de decisiones como miembros valorados y capacitados
  - Las personas deben contar con apoyos para contribuir a su comunidad
  - Se apoya y valora a las familias
  - Tanto las personas como las familias deben tener acceso a los apoyos cuando los necesiten
  - Se debe asegurar el bienestar y la seguridad de las personas
  - Compromiso continuo con la excelencia
-

---

## **Para trabajar desde la planificación centrada en la persona debemos asegurar**

- Los intereses y preferencias de la persona
- Las áreas y actividades de apoyo
- Los contextos de participación
- Las actividades de participación
- Funciones específicas de apoyo dirigidas a necesidades identificadas de apoyo
- Un énfasis en apoyos naturales
- Las personas responsables de dar las funciones de apoyo
- Resultados personales
- Un plan para controlar la provisión de apoyos y sus resultados

## **Movimiento de Vida Autónoma e Independiente**

En una entrevista la Dra. en pedagogía por la Universidad de Murcia Nuria Illán Romeu dice que los familiares de una persona con Síndrome de Down deben aprender a :

- Admitir y asumir. Requisitos indispensables para tomar conciencia de que la propia acción es fundamental
  - Tener un hijo/a con síndrome de Down no debe convertirse en nuestra única razón de ser
  - Los hermanos son una fuente de aprendizaje fundamental
  - Tratarle como a uno más, aun reconociendo sus dificultades, le permite tener mayores oportunidades para crecer
  - Estar dispuestos a situarse en una posición reivindicativa
  - Que detrás de cada objetivo debe haber un plan de acción que asegure su logro
  - Que si controlamos nuestros miedos, estamos dando a nuestro hijo/a la oportunidad para ganar en experiencia
  - Que el deseo de conocer debe estar en la base de todo proceso de enseñanza-aprendizaje
  - Promover las relaciones interpersonales como recursos potenciales del entorno
  - Que la autonomía y la independencia no son posibles sin la capacidad de tomar decisiones libremente.
  - Estar dispuestos a tratarle como a un adulto
  - En una sociedad de consumo, la autonomía y la independencia pasan necesariamente por el manejo del dinero y el acceso a un puesto de trabajo.
-

---

## Canal Down 21

En esta entrevista se nos plantea un ejemplo de planificación centrada en la persona que toma cuerpo en experiencias como las del **Movimiento de Vida Autónoma e Independiente** que plantea una propuesta de trabajo en cuatro fases:

- **Preparádonos para vivir independientemente (donde se trabajan)**
  - los miedos
  - la conciencia de los límites de uno mismo y de la otra persona
  - la toma de decisiones
  - la acción de las actividades funcionales y la responsabilización en las mismas
- **Cómo queremos vivir (donde se trabajan)**
  - La privacidad, el espacio personal
  - La definición de responsabilidades en el funcionamiento de una casa. ¿Quién hace qué? Planificación diaria de responsabilidades. A partir de diarios guiados, trabajados con los mediadores, etc.
- **Aprendiendo a vivir aprendiendo a ser (donde se trabajan )**
  - Las capacidades de conocer a los demás y de conocerse a uno mismo
  - El respeto entre personas
  - La capacidad de vivir en un entorno, dominando el entorno como lugar de vida y relacional (domicilio o barrio)

### La perspectiva del envejecimiento saludable

Según Lourdes Bermejo - (II jornadas sobre discapacidad y envejecimiento activo – AFS Madrid 2007) El envejecimiento activo se centra en optimizar oportunidades para mejorar la calidad de vida desde las perspectivas de:

- Salud
- Seguridad
- Participación

Sustituye la visión centrada en la planificación desde las necesidades, que contempla a los mayores como sujetos pasivos a los que atribuimos necesidades sin consultarles. Según Bermejo (AFS - Madrid 2007) los mayores opinan que envejecer activamente significa:

---

- 
- Mantenerse activo física y mentalmente
  - Mantener autonomía
  - Tener relaciones sociales
  - Divertirse y disfrutar
  - Uso significativo del tiempo libre
  - Seguridad
  - Aprender, descubrir
  - Tener proyectos

Estos elementos pueden ser también planteados para las personas con discapacidad que envejecen, según sea su grado de discapacidad intelectual.

Esta perspectiva nos lleva al Concepto de calidad de vida centrado en la percepción subjetiva de bienestar psicológico y de desarrollo personal (lo que da sentido a la vida)

Desde esta perspectiva podemos abordar la calidad de vida centrada en la persona y en el desarrollo de indicadores de calidad relacionados con el bienestar personal. Miguel Ángel Verdugo INICO Universidad de Salamanca nos propone estos indicadores:

### **Modelo de calidad (Shalock y Verdugo)**

8 dimensiones

- **Bienestar emocional**
    - Satisfacción
    - Autoconcepto
    - Ausencia de estrés
  - **Relaciones personales**
    - Interacción (redes sociales)
    - Relaciones personales (cercanas)
  - **Bienestar material**
    - Economía
    - Lugar de vida
    - Ocupaciones con significado
  - **Desarrollo personal**
    - Educación
    - Competencias personales (aprender a desaprender; aprender a depender)
    - Creatividad
    - Utilidad
-

- 
- **Bienestar físico**
    - Salud
    - Actividades de la vida Diaria (ABVD – AIVD – AAVD)
    - Atención
    - Ocio creativo
  - **Autodeterminación**
    - Autonomía y control (capacidad de decisión)
    - Metas y valores personales
    - Poder elegir (opción)
  - **Inclusión social**
    - Participación en la comunidad
    - Roles en la comunidad
    - Apoyos sociales y apoyos naturales
  - **Derechos**
    - Derechos Humanos
    - Derechos legales

Estos indicadores permiten dar valor a la calidad de vida personal.

Retomando Bermejo el envejecimiento activo implica un posicionamiento vital pro activo mediante el cual la persona “Asume las riendas” de su vida y que se define en “realizaciones que se viven con motivación, priorizando aquello que es significativo para la persona y formuladas en clave participativa, integral, flexible, de calidad, evaluable,...” (Bermejo citando a J. Javier Miguel de la huerta AFS Madrid 2007)

Por lo tanto no es envejecimiento activo el matar el tiempo, ni el productivismo, ni el tallerismo, ni el activismo, etc...

El envejecimiento activo es aquel que genera oportunidades en entornos, situaciones, grupos para que la persona pueda decidir su nivel de compromiso con la vida que hay en su entorno. Esta realidad nos lleva al concepto de la autonomía moral que se basa en el aprendizaje de la interdependencia, aprender a depender de los demás. El aprendizaje de la interdependencia nos lleva a valorar que solo seremos autónomos si somos capaces de aprender que dependemos de los demás en nuestra vida cotidiana.

---

---

El envejecimiento activo según Bermejo debe tener en cuenta varios aspectos que nos llevan a la suma de la autonomía moral y la independencia funcional, basadas en:

- La salud de la persona
  - La seguridad de la persona (Jurídica – Económica – del entorno – de cuidados y apoyos)
- Oportunidades
  - Desde los proyectos personales individuales, comunitarios, etc.

### **Comparando dos realidades Discapacidad y atención geriátrica**

Podemos decir que de la comparación de los dos paradigmas de trabajo podemos reflexionar sobre varios aspectos

1. La discapacidad se basa en una planificación centrada en la persona mientras que la geriatría se centra en la patología o en la carga de trabajo
2. En la discapacidad hay un paradigma educativo de vida independiente mientras que la geriatría se basa en un paradigma sanitario
3. La discapacidad depende más de la concepción social de una sociedad discapacitante que genera entornos discapacitantes y actitudes discapacitantes mientras que la geriatría se basa en la discapacidad que existe en las personas por su situación de dependencia
4. En la discapacidad tiene valor el concepto de autodeterminación y plan de vida mientras que en la geriatría toma sentido el paradigma de la dependencia cuando aparece la falta irreversible de autonomía
5. En la discapacidad se trabaja mayormente la promoción mientras que en la geriatría se desarrollan programas de prevención
6. En la discapacidad nos basamos en sistemas de apoyos (AAMR), mientras que en la geriatría hay un fundamento centro en los sistemas de cuidados
7. En la discapacidad toma cuerpo la valoración del asistente personal mientras que en la geriatría hay una base de sistema de cuidados
8. En la discapacidad podemos dar valor a la atención personal igual que en la geriatría la atención personalizada

**Hacia la construcción de un nuevo paradigma de intervención ante las personas con discapacidad que envejecen**

---

---

Al fin y al cabo debemos potenciar propuestas de envejecimiento saludable para las personas con discapacidad que envejecen, trabajando desde:

- La planificación centrada en la persona
- Las capacidades mantenidas
- La promoción de la autonomía desde la perspectiva de la vida independiente
- Partiendo de la historia de vida y de la experiencia significativa
- Dando oportunidades a la opción ,a la toma de decisiones
- Siendo conscientes de que el proyecto vital de cada persona con discapacidad existía antes de hacerse mayor

En definitiva hay que plantear un modelo centrado en dar opciones a que la persona pueda seguir HACIENDOSE mayor, lo que conlleva seguir haciéndose a sí misma.

Este proceso no puede desarrollarse sino es con los recursos naturales de las personas con discapacidad que envejecen. Uno de los recursos más importantes es el entorno familiar o relacional

**La familia y el entorno. Los apoyos naturales ante el envejecimiento de las personas con discapacidad. La adaptación de la familia frente a los procesos de dependencia.**

Ante las situaciones de dependencia, la familia suele abordar los problemas intentando mantener oculta o incluso negar la existencia de una situación. La familia llega a estos extremos con el intento de proteger a la persona mayor de una posible depresión y, así mismo, debido a un sentido de autoprotección familiar. Mantener una situación tan tensa como la descrita es muy difícil, ya que el engaño conlleva al hecho de representar un papel, día tras día. Esta reacción comporta una gran tensión en el entorno familiar.

Debemos explicar a la familia lo que sabemos sobre cada situación, por lo que ésta debe estar perfectamente **informada**. Muchas de las dificultades que emergen en estas situaciones giran en torno a los problemas de comunicación, el aislamiento, la confusión, etc... Es improbable que la familia pueda resolver estas dificultades si

---

---

no disponen de una información adecuada respecto a los diagnósticos o las prescripciones que puede conllevar la cronicidad. En este sentido es necesario que la familia tenga oportunidades de perfilar los problemas y las dificultades, de darles nombre, de discutir, de expresar en voz alta sus miedos y sus angustias, que al fin y al cabo, generan situaciones de inseguridad y claudicación.

Los familiares deben enfrentarse a la idea de tomar decisiones, de adaptarse a las exigencias que comporta una situación cronificada para poder cumplir con algunas tareas y sobretodo de enfrentarse a las reacciones emocionales más duras.

Para hacer un buen afrontamiento y cuidar respondiendo a las necesidades emocionales la familia debe proporcionarle tiempo y acompañamiento. Este afrontamiento genera una serie de responsabilidades familiares que deben ser asumidas. En algunos casos la familia deberá aceptar que necesita alguien ajeno a la unidad familiar para hacerse cargo de la asistencia curativa del mismo.

Es de vital importancia que la familia sea un puente de relación con el mundo externo. La persona vive y forma parte de un mundo exterior. La persona siempre que su capacidad nos lo permita, debe mantener relación con el mundo exterior, una realidad cultural, social, en la que participa como ciudadano. Mantener los estímulos de socialización nos permite no claudicar socialmente ante las situaciones descritas.

En este sentido queda claro que la familia, con su enorme potencial afectivo, además de procurar ayuda, es asimismo unidad de tratamiento, y por lo tanto, necesita de nuestra ayuda y soporte emocional. La familia, que podrá sentirse desorientada, emocionalmente rota, con un sinnúmero de necesidades a las que no puede dar respuesta, con problemas de interrelación y comunicación debe recibir el apoyo adecuado para dar respuestas efectivas a las necesidades de la persona enferma.

Pero para definir estas situaciones de dificultad debemos abordar el concepto de **claudicación familiar**.

---

---

## **La claudicación familiar.**

La claudicación debe ser entendida como *la incapacidad de ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la persona enferma*. Esta incapacidad se refleja en las grandes dificultades que la familia encuentra para mantener una comunicación positiva con el paciente. Podríamos definir la claudicación como:

La incapacidad de mantener una comunicación positiva con el paciente para ofrecer respuestas adecuadas a las necesidades del mismo.

La incapacidad de responder lleva a estados anímicos de depresión y genera situaciones de afrontamiento catastrofista que dificultan a la familia el hecho de plantear intervenciones efectivas.

Cuando se dan situaciones de claudicación en los afrontamientos de la cronicidad, aparecen esas situaciones, esas escenas temidas en las que la intervención se realiza más con el corazón que con la mente, nuestros mecanismos de alerta se desdibujan y, a menudo, se desencadenan aquellas situaciones que producen estrés y agotamiento.

## **Problemas cotidianos no resueltos**

Los problemas cotidianos no resueltos se suman a los problemas de la dependencia. Estas situaciones generan enfrentamientos y en unidades familiares en las que sus miembros son vulnerables es fácil que sucumban hacia la labilidad emocional y el agotamiento.

De hecho la familia tendría que ser una institución de tipo natural que cuidara durante toda la vida. Cuando ésta claudica, se convierte en fuente de sufrimiento y dolor para la persona mayor.

## **Tipos de claudicación familiar.**

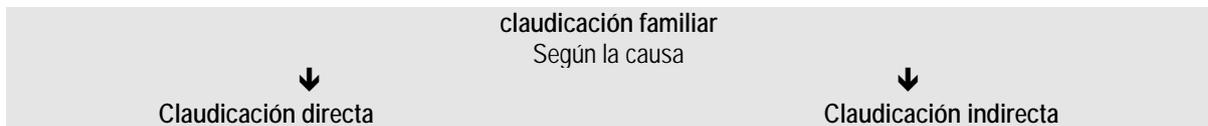
### **Según la causa:**

**Claudicación directa:** provocada por la aparición de la enfermedad, genera malestar y el hecho de no saber aceptar las situaciones que rompen la continuidad de la vida cotidiana “normal”

---

---

**Claudicación indirecta:** provocada no por la aparición de la enfermedad si no por las consecuencias que ésta genera en la cotidianeidad. Claudicación por incomunicación, por que la persona no sabe cómo organizarse,...



### **Según el momento de aparición:**

#### **Claudicación precoz:**

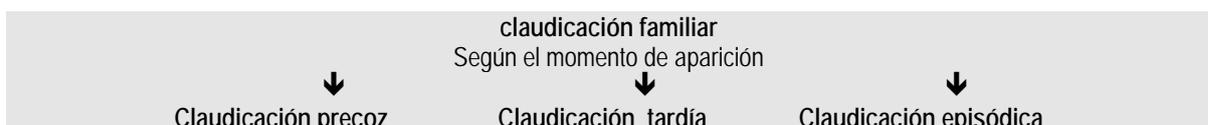
“No puede ser” “Se han equivocado”; “a mi madre no le pasa eso”. Se da como fruto de un gran impacto. En este tipo de claudicación se niega la situación llegando a minimizar la situación en la que se encuentra el paciente. El núcleo familiar prefiere no reconocer una realidad antes que aceptarla, pensando que así será menos realidad o llegará a no ser.

#### **Claudicación tardía:**

Cuando el familiar se ve sumido en el agotamiento, después de haberse dedicado siempre a cuidar, cualquier novedad o empeoramiento de la enfermedad crónica produce un aminoramiento de la capacidad de respuesta adecuada.

#### **Claudicación episódica:**

Este tipo de claudicación se da como respuesta a cada nueva incidencia negativa que la situación genera. Cada dificultad genera un episodio de desánimo y desmoronamiento de la unidad familiar. Generalmente, una vez asumido el problema, se vuelve a una normalidad tensa pero soportable.



---

## **Según la duración:**

### **Claudicación accidental:**

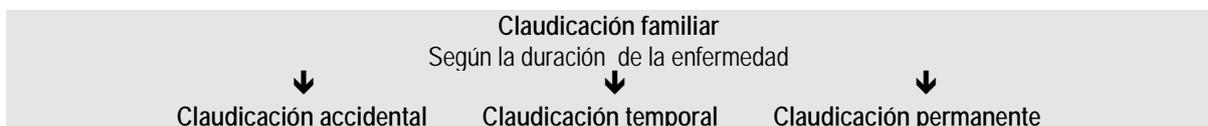
Se suele dar cuando se dan situaciones fácilmente controlables y que generan algún momento de desánimo o nerviosismo.

### **Claudicación temporal:**

Se da cada vez que la familia se adapta a una nueva situación. Mientras dura el reajuste de roles para solventar las dificultades se generan situaciones de claudicación que desaparecen cuando la aceptación de la dificultad llega a producirse.

### **Claudicación permanente:**

Se vive constantemente en la incertidumbre. No hay comunicación ni aceptación de las dificultades, se generan situaciones de aislamiento y se produce el miedo a hablar de los síntomas y los problemas.



## **Según a los familiares a los que afecta:**

### **Claudicación individual:**

Se da cuando es una de las personas del entorno la que no es capaz de sostener la tensión que produce el afrontamiento de situaciones difíciles. Las claudicaciones individuales se van alternando entre los familiares dentro de un proceso.

### **Claudicación grupal:**

Se da una claudicación de tipo grupal cuando en una familia, las partes no están de acuerdo en relación a alguna decisión de las que se hayan tomado. En este sentido

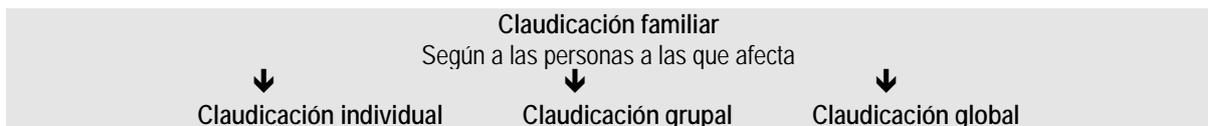
---

---

el desacuerdo genera participaciones pasivas o de crítica a la otra parte generando situaciones que no favorecen la resolución del problema.

### **Claudicación global:**

Se da cuando no sólo claudica la familia si no que también el equipo claudica ante la situación. La falta de acuerdo para llegar al consenso en lo que se quiere hacer. Este tipo de claudicación es también conocido como claudicación catastrófica.



### **Según la afectación**

#### **Claudicación emocional:**

Se da cuando el familiar se siente incapaz de expresar sus sentimientos de sufrimiento y de dolor. La ansiedad que puede generar la enfermedad del paciente afecta los sentimientos de la familia generando olvidos, bloqueos, sentimientos de culpabilidad ante las situaciones que vive.

#### **Claudicación orgánica o funcional:**

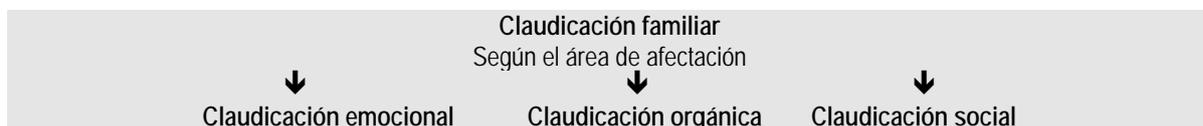
Ocurre cuando la claudicación afecta el funcionamiento organizativo de la vida cotidiana de la persona que cuida: el orden se descuida, la enfermedad afecta a la funcionalidad. La persona rehuye algunas responsabilidades propias de su entorno.

#### **Claudicación social:**

Esta se da cuando el afrontamiento de la enfermedad genera que el familiar rehuya a mantener su vida social. El cuidador rehuye toda realización social propia, pierde los contactos que mantenía y se esconde en su propio mundo como si de un caparazón se tratara.

---

Asimismo podemos hablar de **claudicación simple** si sólo se da la claudicación emocional. Cuando esta va acompañada de claudicación orgánica, encontramos lo que llamaremos **claudicación mixta**. Si además de emocional y orgánica, la claudicación es social, encontraremos la **claudicación globalizada**



CLAUDICACIÓN	<i>Emocional</i>	<i>Orgánica</i>	<i>Social</i>
Simple			
Mixta			
Globalizada			

Como podemos observar en el gráfico, en la claudicación simple solo se da el desmoronamiento emocional del familiar. En la claudicación mixta no se da la claudicación social pero sí la emocional y la orgánica que afecta los afrontamientos funcionales de la vida cotidiana. En la globalizada se ven afectadas las tres áreas.

Ante estas situaciones de claudicación hacia la enfermedad la familia debe ser capaz de encontrar maniobras de adaptación a las situaciones que generan ansiedad, sufrimiento y dolor y el equipo debe ser consciente que las está trabajando cotidianamente.

Para llegar a estas posibilidades de implicar a la familia como agente activo de la intervención cotidiana debemos observar varios elementos:

- ✓ La interacción entre sus miembros y la toma de decisiones
- ✓ Si la familia está en un momento de crisis o desestabilización
- ✓ Ideas, creencias, aspectos más relevantes
- ✓ Si es familia extensa o nuclear, disponibilidad
- ✓ Capacidad de adaptación a nuevas situaciones.
- ✓ Identificación del familiar de referencia (necesidades, demandas, disponibilidad, salud física y psíquica)

---

## **Consejo de Europa**

Quiero aportar el resume del documento de recomendaciones del Consejo de Europa elaborado por Francisca Gómez de fundación AMICA que nos puede ser muy esclarecedor en el contenido que se define ante esta problemática en Europa y que podemos encontrar en el web <http://www.formacionsocial.org/eventos/EEAAll/francisca-gomez.pdf>

### **Propuestas y Recomendaciones desde el Consejo de Europa**

El comité para la rehabilitación y la integración de las personas con discapacidad (acuerdo parcial del consejo de Europa) (CD-P-RR)

Acuerda la Creación de un Comité de expertos sobre el envejecimiento de las personas con discapacidad y las personas mayores con discapacidad (P-RR-VPH) que mantienen la 1ª sesión en Estrasburgo, el 4-6 junio 2007

Elaboran un Mandato para el Comité de expertos sobre el envejecimiento de las personas con discapacidad y las personas mayores con discapacidad (P-RR-VPH)

#### **Teniendo en cuenta:**

1. la Recomendación Rec (2006) 5 del Comité de los Ministros a de los Estados miembros sobre el Plan de acción del Consejo de Europa para la promoción de los derechos y de la plena participación de las personas con discapacidad en la sociedad: mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidades en Europa 2006-2015
2. la Declaración ministerial de la segunda Conferencia europea de los Ministros responsables de las políticas de integración de las personas con discapacidad celebrada en Málaga el 7 de mayo de 2003;

Bajo la autoridad y en marco general del mandato del Comité para la readaptación y la integración de las personas con discapacidad (Acuerdo parcial) (CD-P-RR), y teniendo en el espíritu:

- Que es necesario asegurar el pleno acceso a los derechos del hombre y la protección de la dignidad personal
  - Que la proporción de personas mayores, muchos de los cuales se vuelven personas con discapacidad, no dejan de crecer en la población de la mayoría de los países europeos
  - Que la mejora de la calidad de los servicios y de prestaciones socio sanitarias proporciona un aumento de la esperanza de vida de las personas con discapacidad
  - Que los países europeos deben estar preparados para responder a las necesidades de las personas con discapacidad ancianas y a las personas mayores con discapacidad con el fin de mejorar su calidad de vida
-

---

### **El Comité de expertos se hará cargo:**

1. de redactar un informe sobre la situación actual de las personas con discapacidad que envejecen y de las personas mayores con discapacidad que implicará ejemplos de buenas prácticas y experiencias innovadoras y contabilizará los problemas, los medios de actuar y las perspectivas en los Estados miembros;
2. de elaborar recomendaciones para los Estados miembros, basándose en una elección de buenas prácticas y medidas relativas a servicios sociales, programas y sistemas de protección social globales, comunitarios y coordinados con el fin de promover autonomía y una vida independiente y activa para las personas con discapacidad que envejecen y los ancianos con discapacidad
3. de formular recomendaciones para los Estados miembros para mejorar la calidad de los servicios destinados a las personas con discapacidad que envejecen y a las personas mayores con discapacidad;
4. de formular recomendaciones para los Estados miembros con el fin de reforzar la igualdad de acceso a los servicios sociales y la protección jurídica para las personas minusválidas que envejecen y de las personas mayores con discapacidad.

### **Composición del Comité:**

- Miembros
- Los Gobiernos de los Estados miembros del Acuerdo parcial en el ámbito social y de la Salud Pública están habilitados para designar representantes.

Estos representantes podrán ser expertos en materia de readaptación y de integración de las personas con discapacidad mayores, de los expertos sobre las cuestiones relativas a los servicios sociales comunitarios, a las prestaciones sociales, y a los cuidados de larga duración.

Cada Estado dispondrá de un voto.

**Participantes** (Organismos que pueden designar representantes, que participarán en las reuniones del Comité de expertos, sin derecho de voto)

- Todos los demás Estados miembros del Consejo de Europa
- Los siguientes Comités y a cargo de los artículos presupuestarios correspondientes del presupuesto del Consejo de Europa:
  - Comité director para los Derechos Humanos
  - (CDDH); -Comité europeo para la cohesión social (CDCS)
  - Comité europeo de la Salud (CDSP).

El Comité de expertos puede invitar a representantes de otros Comités y órganos del Consejo de Europa a reuniones específicas en función del orden del día de la reunión en cuestión.

---

---

## **Participantes**

- La Asamblea parlamentaria
- El Congreso de los poderes locales y regionales del Consejo de Europa
- El Comisario de los Derechos Humanos del Consejo de Europa
- El Banco de Desarrollo del Consejo de Europa
- La Conferencia de las ONG del Consejo de Europa

## **Otros participantes**

- La Comisión Europea
- Los Estados que tienen el estatuto de observador ante el Consejo de Europa
- (Canadá, Vaticano, Japón, México, Estados Unidos de América)
- La organización intergubernamental siguiente puede enviar un/unos representante (s)  
Organización Mundial
- de la Salud (OMS).

## **Observadores**

La organización intergubernamental siguiente puede enviar un/unos representante(s) a las reuniones del Comité de expertos, sin derecho de voto ni reembolso de gastos: -Foro Europeo de las personas con discapacidad (FEPH).

## **Estructuras y métodos de trabajo:**

El Comité de expertos celebrará reuniones regulares en los locales del Consejo de Europa o en otros lugares. Para lograr sus objetivos, el Comité de expertos podrá organizar, si fuere necesario, consultas, bajo la forma de audiencias o por cualquier otro medio. En el ejercicio de su mandato, el Comité de expertos debe garantizar que las personas con discapacidad, sus representantes u otras partes involucradas estén implicados de manera adecuada en los trabajos, por ejemplo por medio de consultas escritas o asistiendo a audiencias. El Comité de expertos podrá designar ponentes.

En caso de necesidad, para acelerar el desarrollo de sus trabajos, el Comité de expertos podrá confiar una tarea específica a un número limitado de miembros del Comité. El Comité de expertos podrá pedir a la Secretaria General, cuando proceda, recurrir a la audiencia de uno o de varios asesores, dentro de los límites de los créditos presupuestarios del Acuerdo parcial en el ámbito social y de la Salud Pública. El Comité de expertos velará por que el CD-P-RR esté informado regularmente de los progresos realizados.

**Duración:** El mandato específico finalizará el 31 de diciembre de 2008.

## **DECISIONES DEL COMITÉ DE MINISTROS**

### **A. DOCUMENTOS:**

- CM (2005) 80 final Tercera Cumbre de los Jefes de Estado y de Gobierno del Consejo de Europa (Varsovia, 16 17 de mayo de 2005).
-

- 
- Plan de acción **P-RR-DEC (2007) 3** Extracto de las decisiones del Comité de Ministros en la 29e sesión del Comité para la readaptación y la integración de las personas con discapacidad (Acuerdo Parcial) (CD-P-RR)
  - **P-RR-VPH (2007) 1** Mandato específico del Comité de expertos sobre el envejecimiento de personas con discapacidad y las personas mayores con discapacidad (P-RR-VPH)

CONTEXTO: EL TRABAJO DEL CONSEJO DE EUROPA EN EL ÁMBITO DE LA DESVENTAJA Y EL PLAN DE ACCIÓN PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL CONSEJO DE EUROPA 2006-2015

- Recomendación nº R(92) del Comité de Ministros relativa a “Una política coherente para las personas con discapacidad”
- Carta social Europea (revisada), 1996
- MSN-6-ATHENS99-E: Declaración de política General de la sexta conferencia de los ministros europeos de sanidad, Atenas, abril 1999 sobre “El envejecimiento en el siglo XXI: necesidad de un enfoque equilibrado para un envejecimiento con buena salud.”.
- CM (2003)114: Segunda Conferencia europea de los Ministros responsables de las políticas de integración de las personas con discapacidad celebrada en Málaga el 7 de mayo de 2003; Informe del Secretario General.

CONTEXTO: EL TRABAJO DEL CONSEJO DE EUROPA EN EL ÁMBITO DE LA DESVENTAJA Y EL PLAN DE ACCIÓN PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL CONSEJO DE EUROPA 2006-2015

- P-SG (2006) 14 Integración de personas con discapacidad. Lista de publicaciones.
- Recomendación Rec (2006) 5 del Comité de los Ministros a de los Estados miembros sobre el Plan de acción del Consejo de Europa para la promoción de los derechos y de la plena participación de las personas con discapacidad en la sociedad: mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad de en Europa 2006- 2015.
- ED CONF (2006)4 def: Declaración de San Petersburgo: Mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad en Europa: participación para todos, innovación, eficacia. 22 Septiembre 2006.

CONTEXTO: EL TRABAJO DEL CONSEJO DE EUROPA EN EL ÁMBITO DE LA DESVENTAJA Y EL PLAN DE ACCIÓN PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL CONSEJO DE EUROPA 2006-2015

- P-SG(2004)20 Compilación de documentos relativos al envejecimiento de las personas con discapacidad
  - CD-P-RR-T(2005)36: Solicitud de información sobre la forma en que el tema “discapacidad y edad avanzada” es concebido en los estados representados en el CD-PRR, Helmut HEINEN, Bélgica (Comunidad de habla alemana)
-

- 
- CD-P-RR-T (2006)6: Contribución relativa a un grupo de trabajo sobre el envejecimiento de las personas con discapacidad y las personas mayores.
  - Portugal Con el fin de conocer mejor Las necesidades individuales, el P-RR-VPH considera que le conviene de dirigirse a las personas interesadas y pedirles que es lo que necesitan para ser más autónomo y para beneficiarse de una mejor calidad de vida. Es crucial, en caso de la elaboración de las políticas y normas, contactar tanto las asociaciones de personas con discapacidad como el que reúne personas mayores.

## **EL PROGRAMA DE TRABAJO DEL P-RR-VPH**

**Para la Elaboración de un Informe** sobre la situación actual del envejecimiento de las personas con discapacidad y personas mayores con discapacidad (con ejemplos de buenas prácticas y experiencias innovadoras y contabilizará los problemas, los medios de actuar y las perspectivas en los Estados miembros)

### **A. DOCUMENTOS:**

P-RR-VHP (2007) Mandato del Comité de expertos sobre el envejecimiento de las personas con discapacidad y las personas mayores con discapacidad (P-RR-VPH). ISBN 978-92-871-3326-7 Marco para el análisis cualitativo y cuantitativo de datos sobre el envejecimiento de las personas con discapacidad (1998). Publicaciones del Consejo de Europa

### **B. DECISIONES:**

El P-RR-VPH decide establecer un Cuestionario que se enviará a todos los Estados miembros y observadores del Acuerdo parcial en el ámbito social y de la Salud Pública. Acuerda:

- Estructurar un Cuestionario, como figura en el Anexo 1 del presente acta, Hacer llegar a los Estados miembros un correo para recordar los objetivos del PRR- VPH y presentar su Cuestionario,
  - Solicitar al Secretariado que redacte una nota explicativa que acompañará al Cuestionario en que se referirá a los principales aspectos de los derechos de humanos
    - derecho a expresar una opinión sobre cuestiones que afectarán respectivamente a las personas con discapacidad o a las personas mayores,
    - derecho a cuidados y a servicios sociales adecuados,
    - derecho a una vida autónoma e independiente, etc.
  - Pedir a los Estados miembros responder antes del 30 de octubre de 2007 al Cuestionario, Invitar el Secretariado a proporcionar copia de las respuestas al Cuestionario – en inglés y en francés – para la segunda reunión del P-RR-VPH
  - Examinar las respuestas al Cuestionario en su segunda reunión y organizar una audiencia con tres grandes ONG en total, incluida una organización de y para de personas con discapacidad, otra de y para personas mayores, y de un alcance más general, orientado si es posible a los servicios a las personas con discapacidad y a las personas mayores.
-

- 
- Recomendaciones para los Estados miembros para mejorar la calidad de los servicios destinados a las personas con discapacidad que envejecen y a las personas mayores con discapacidad

#### **A. DOCUMENTOS:**

- P-RR-VHP (2007) 1 Mandato del Comité de expertos sobre el envejecimiento de las personas con discapacidad y las personas mayores con discapacidad (P-RR-VPH). ISBN 92-871-2684-4 El envejecimiento y sus consecuencias sobre el sistema socio-medico.
- Estudios demográficos N° 29. Publicaciones del Consejo de Europa 1995

#### **B. DECISIONES:**

El P-RR-VPH decide Abordar la cuestión de la calidad de los servicios destinados a las personas con discapacidad que envejecen y de los personas mayores con discapacidad en el Cuestionario dirigido a los Estados miembros Elaborar las recomendaciones mencionadas al apoyándose en las respuestas al Cuestionario. El P-RR-VPH decide Invitar a las ONG en lo sucesivo a una audiencia en la próxima (2ª) sesión del PRR- VPH:

- sobre las cuestiones de discapacidad: Foro Europeo de las Personas con discapacidad sobre el envejecimiento: Plataforma europea de los personas mayores y GIRAV sobre los servicios: EASPD

---

## **ACTIVIDADES REALIZADAS POR OTRAS ORGANIZACIONES INTERNACIONALES RELACIONADAS CON LAS ACTIVIDADES DEL PRR- VPH**

### **A. DOCUMENTOS**

- A/CONF. 197/9 Informe de la segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento, Madrid, 8-12 abril 2002, Naciones Unidas, New York, 2002
- ECE/AV.23/2002/2/Rev.6 Puesta en marcha de estrategia regional para el Plan de Acción internacional de Madrid sobre el envejecimiento -2002, UNECE Conferencia ministerial sobre el envejecimiento, Berlín, Alemania, 11-13 septiembre 2002, Comisión económica para Europa.
- A/61/167 Seguimiento de la Segunda Asamblea mundial sobre el envejecimiento informe del Secretario General, 19 julio 2006, Naciones Unidas
- Convención de las Naciones Unidas relativas a los Derechos de las personas con discapacidad
- DELSA/HEA/WD/HWP(2007)2 Las tendencias de la incapacidad de la población mayor: Análisis de la evolución en los 12 países de la OCED y las implicaciones futuras
- DOCUMENTOS de trabajo de la OCDE sur la salud, nº 26.

### **CUESTIONARIO sobre el envejecimiento de las personas con discapacidad y las personas mayores con discapacidad**

Debido a que el cuestionario debe cubrir la situación actual de las personas con discapacidad que envejecen así como de las personas mayores con discapacidad, se ruega a las autoridades que contacten con todos los servicios a fin tener una visión exhaustiva del tema tratado para los dos grupos en los siguientes marcos:

### **CUESTIONARIO sobre el envejecimiento de las personas con discapacidad y las personas mayores con discapacidad**

- I. Marco legislativo
  - II. Marco financiero
  - III. Marco participativo
  - IV. Marco operativo
  - V. Marco individual
-

## **I. MARCO LEGISLATIVO**

**I.1 MARCO LEGISLATIVO GENERAL** relativa a las personas con discapacidad y a las personas mayores

**I.1 MARCO LEGISLATIVO ESPECIFICO** relativo a las personas con discapacidad que envejecen y a las personas mayores con discapacidad

### **Cuestión I.1.1: Promover la autonomía y una vida independiente**

¿En el marco legislativo, cuáles son las medidas existentes que permite promover la autonomía y una vida independiente y activa a las personas con discapacidad y a las personas mayores?

### **Cuestión I.1.2: Mejorar la calidad de los servicios**

¿En el marco financiero, cuáles son las medidas existentes que permite mejorar la calidad de los servicios destinados a las personas con discapacidad y a las personas mayores?

### **Cuestión I.1.3: Igualdad de acceso a los servicios sociales y a la protección jurídica**

¿En el marco legislativo, cuáles son las medidas existentes que permite promover la igualdad en el acceso a los servicios sociales y a la protección jurídica para las personas con discapacidad y a las personas mayores?

## **II. MARCO FINANCIERO**

**II.1 MARCO FINANCIERO GENERAL** relativa a las personas con discapacidad y a las personas mayores

**II.2 MARCO FINANCIERO** relativo a las personas con discapacidad que envejecen y a las personas mayores con discapacidad

A) ¿Quién(es) financia(n) las disposiciones tomadas por los textos mencionadas en la parte dedicado al marco legislativo? (Varias respuestas posibles)

B) ¿Cuál es la parte de estos costes que es financiada por las propias personas y que representa esta parte con relación a la renta media?

## **II. MARCO FINANCIERO**

### **Cuestión II.1.1: Promover la autonomía y una vida independiente**

¿En el marco financiero, cuáles son las medidas existentes que permite promover autonomía y una vida independiente y activa a las personas con discapacidad y a las personas mayores?

### **Cuestión II.1.2: Mejorar la calidad de los servicios**

¿En el marco financiero, cuáles son las medidas existentes que permite mejorar la calidad de los servicios destinados a las personas con discapacidad y a las personas mayores?

### **Cuestión II.1.3: Igualdad de acceso a los servicios sociales y a la protección jurídica**

¿En el marco financiero, cuáles son las medidas existentes que permite promover la igualdad en el acceso a los servicios sociales y a la protección jurídica para las personas con discapacidad y a las personas mayores?

### **III. MARCO PARTICIPATIVO**

#### **III.1 PUNTOS DE VISTA, PERSPECTIVAS, OPORTUNIDADES, PROBLEMAS**

¿Qué dispositivos se han puesto en marcha colocan para consultar a los grupos siguientes y obtener su información, sus percepciones y sus dictámenes con relación a las necesidades en términos de servicios?

#### **III.2 PARTICIPACION INICIAL (ANTES)**

(Por ejemplo, participación en la elaboración de políticas y legislaciones, concertación con la sociedad civil de y para las personas con discapacidad que envejecen y de los personas mayores con discapacidad)

#### **III.3 PARTICIPACIÓN EN LA PUESTA EN MARCHA DE LA POLÍTICA (DURANTE)**

(Por ejemplo, en el marco de los consejos ejecutivos municipales o a nivel nacional, en el marco de atribución de los mercados públicos, u otros)

#### **III.4 PARTICIPACION EN EVALUACION DE LA POLITICA (DESPUES)**

(Por ejemplo: participación en la evaluación de la calidad de los servicios prestados a las personas con discapacidad que envejecen y a las personas mayores con discapacidad)

### **IV. MARCO OPERATIVO**

#### **IV.1 MARCO OPERATIVO GENERAL relativo a las personas con discapacidad y a las personas mayores: SERVICIOS**

#### **IV.2 MARCO OPERATIVO ESPECIFICO a las personas con discapacidad que envejecen y a las personas mayores con discapacidad: SERVICIOS**

##### **Cuestión IV.1.1**

¿Qué medidas de orden legislativo o financiero, han adoptaron con el fin de favorecer la autonomía y la independencia de las personas con discapacidad y de las personas mayores? por ejemplo

– *derechos de representación*

– *normas*

##### **Cuestión IV.1.2**

¿Cuáles son los servicios actualmente propuestos a las personas con discapacidad y a las personas mayores – servicios de proximidad, estructuras de alojamiento, establecimientos de estancia, centros de día, servicios de relación o reparación, readaptación, actividad terapéutica?

¿Cuáles son los grandes problemas que constata en este ámbito?

¿Cuáles les parecen ser las posibilidades de acción?

¿Cuáles son las cuestiones que van a plantearse en el futuro?

¿Cuáles son sus proyectos para integrar servicios destinados a las personas mayores o con discapacidad?

##### **Cuestión IV.1.3**

¿Qué iniciativas han puesto en marcha para asegurar el ofrecer servicios de calidad a las personas con discapacidad y a las personas mayores? por ejemplo

- *Evaluación de las necesidades*
- *Seguimiento médico*
- *Mecanismos de intercambio de información*
- *Instancias consultivas*
- *Mecanismos de garantía de calidad*
- *Otros*

#### **Cuestión IV.1.4**

¿A qué medidas recurren actualmente para mejorar la igualdad de acceso a los servicios sociales y la protección jurídica de las personas con discapacidad y de las personas mayores? por ejemplo:

- *Política en materia de abuso sobre personas mayores, etc*
- *Servicios de mediación*
- *Defensa de los derechos*
- *Examen independiente*
- *Otros*
- *¿Tienen proyectos en la materia? Quiere precisar.*

#### **IV.4 EJEMPLOS DE PRÁCTICAS ACTUALES Y DE PRÁCTICAS INNOVADORAS**

¿Tienen ejemplos de acciones innovadoras de buenas prácticas o de proyectos pilotos en este campo? Puede precisar

- *Persona con discapacidad que envejece*
- *Persona mayor con discapacidad*
- *Las dos*

#### **V. MARCO INDIVIDUAL**

##### **V.1 CURSO DE VIDA**

¿Qué medidas han establecido en previsión de una evolución o de un cambio en el modo de vida, o de los servicios de los que tienen necesidad personas con discapacidad que envejecen y personas mayores con discapacidad?

##### **V.2 EVALUACION DE LAS NECESIDADES Y RESPUESTA ADECUADA**

##### **V.3 PREVENCIÓN DE LAS RUPTURAS Y PREPARACION PARA LAS RUPTURAS (momentos críticos en la vida)**

##### **V.4 DERECHO DE LA PERSONA INTERESADA A EMITIR SU DICTAMEN Y AYUDA PARA LAS DECISIONES**

¿Qué dispositivos han establecido para garantizar el derecho a una consulta aclaratoria de las personas con discapacidad que envejecen y de las personas mayores con discapacidad y obtener sus informaciones, sus percepciones y sus dictámenes con relación a las necesidades en términos de servicios?

---

**DEFINICIONES ELEGIDAS** por el P-RR-VPD y temas a revisar, con el objetivo de facilitar la comunicación

**ENVEJECIMIENTO** "...el envejecimiento no es forzosamente sinónimo de enfermedades y desventajas en el último período de la vida. Es necesario establecer distinciones claras entre estos distintos elementos. Ya que si la muerte sigue siendo el resultado ineludible de toda vida humana, las desventajas y los desordenes vinculados al envejecimiento pueden a menudo evitarse.

El modo de vida y el conjunto del medio ambiente influirán profundamente sobre la manera en que tal o cual individuo van a envejecer. ?

**AUTONOMÍA** "La autonomía es un factor muy importante del bienestar y la protección de la dignidad. Con la edad, mantener una capacidad funcional se convierte en un objetivo importante. Conviene por lo tanto ponerlo todo en marcha para preservar esta autonomía el máximo de tiempo posible. Será necesario, para eso, modificar la práctica y las actitudes. La autonomía es un concepto cuyos límites están en estrecha relación con el de la justicia. El artículo 29 de la Declaración universal de los derechos humanos dispone que "Toda persona tiene deberes respecto a la comunidad, puesto que sólo en ella puede desarrollar libre y plenamente su personalidad". El apartado 2 estipula por otra parte que "En el ejercicio de sus derechos y en el disfrute de sus libertades, toda persona estará solamente sujeta a las limitaciones establecidas por la ley con el único fin de asegurar el reconocimiento y el respeto de los derechos y libertades de los demás, y de satisfacer las justas exigencias de la moral, del orden público y del bienestar general en una sociedad democrática" [2].

**ENVEJECIMIENTO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD:** «Nosotros, Ministros responsables de políticas de integración de personas con discapacidad, reunidos en Málaga (España) el 7 y 8 de mayo de 2003, por invitación del Gobierno español, en la 2ª Conferencia europea de Ministros organizada por el Consejo de Europa,  
Considerando:

8. que dos factores son especialmente importantes para las personas con discapacidad: por una parte, el envejecimiento acelerado de la población europea deberá de ser tenido en cuenta en cualquier estrategia futura en materia de cohesión social con el fin de prevenir la dependencia de los servicios de asistencia a lo largo de la vida y preservar la calidad de vida de las personas mayores; por otra parte, el hecho que como consecuencia de los progresos científicos conseguidos en el campo de la salud y de las mejoras de condiciones de vida, las personas con discapacidad física o mental viven más y tienen una vida más enriquecedora, lo que conlleva la aparición de nuevas necesidades en materia de servicios, de apoyo económico y de protección de los derechos humanos;

*Déclaration politique des ministres responsables des politiques d'intégration des personnes handicapées sur « Améliorer la qualité de vie des personnes handicapées: poursuivre une politique cohérente pour et par une pleine et entière participation »*

---

---

**Nos comprometemos:** a actuar en el marco de los derechos humanos y de la lucha contra la discriminación con el fin de incluir la igualdad de oportunidades en todos los campos de acción; no practicar ninguna discriminación cuyo origen sea la discapacidad o la identidad de la persona con discapacidad; a promover la posibilidad de que la persona CON DISCAPACIDAD tenga una vida independiente... promover servicios de gran calidad que respondan a las necesidades individuales de las personas con discapacidad, cuyo acceso se conciba según criterios de admisión publicados, basados en una evaluación profunda y equitativa, cuyas modalidades puedan definirse por la persona con discapacidad en función de sus propios criterios, su grado de autonomía, de bienestar y sus representaciones, y que se sometan a garantías y a una reglamentación adaptada y ajustada a la disponibilidad de recursos respecto a una instancia independiente, y a consolidar las medidas ya adoptadas.

---