

DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y ENVEJECIMIENTO SALUDABLE. HACIA LA CALIDAD DE VIDA A TRAVES DE LA ADAPTACIÓN DEL SERVICIO AL CLIENTE.

EQUIPO DE TRABAJO

El equipo de trabajo que ha puesto en marcha el proyecto que se describe a continuación está compuesto por profesionales del Centro San Juan de Dios de Valladolid que desarrollan su labor en distintas áreas de intervención y con objetivos específicos, pero que se han integrado para formar una unidad de intervención que ha sabido establecer objetivos comunes, pensando siempre en cómo mejorar o mantenerla calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual que están empezando a afrontar, o ya están afrontando, los cambios propios que aparecen con la edad cuando hablamos de envejecimiento y discapacidad intelectual. Este equipo profesional está compuesto por: Un equipo de tres psicólogos y una terapeuta ocupacional como figuras de referencia, y se ha contado con la colaboración de distintos profesionales de atención directa para la toma de datos y otras tareas.

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS DE LA BUENA PRÁCTICA

Las personas con discapacidad intelectual (DI en adelante) han visto incrementada su esperanza de vida, aunque también es cierto que en muchos casos este colectivo manifiesta un envejecimiento más prematuro, cuyo inicio, observando un criterio conservador, se situaría en torno a los 40 - 45 años para las personas más afectadas (es decir, con síndromes genéticos como el síndrome de Down), y en los 50 años para personas con retraso mental de ligero a moderado sin patología orgánica asociada. A partir de esa edad, podrían empezar a reducirse las capacidades y aptitudes, lo cual podría derivarse en la aparición problemas de conducta y emocionales (en algunos casos, quizá como reactancia a una fase de la vida en la que la auto percepción de la autonomía y las propias capacidades cambia), así como desajustes en el trabajo, en la familia y en el entorno social. Podría pues pensarse que cuanto mayor sea el retraso mental y los síntomas asociados, antes se manifiesta el proceso de envejecimiento y mayor es su impacto en la persona.

Los objetivos generales de esta buena práctica son:

1. **Obtener información** válida y fiable que pueda ser útil para desarrollar medios de actuación para reducir la dependencia resultante del proceso de envejecimiento en personas con discapacidad intelectual.
2. **Establecer un seguimiento** de las personas en proceso de envejecimiento.
3. **Adaptar el contexto y el servicio** a las nuevas necesidades de apoyo que puedan surgir derivadas de la posible aparición de limitaciones derivadas del envejecimiento.

Nos hemos planteado estos objetivos considerando que los servicios que presta nuestro centro a este colectivo (personas con DI) deben ir adaptándose progresivamente a las personas a las que se prestan, en función de los cambios en el nivel de autonomía y necesidades de apoyo de nuestros clientes (Por ejemplo, un cliente podría llevar muchos años ubicado en un taller ocupacional en el que se realizan determinadas tareas que suponen a su vez determinadas destrezas y capacidades. Con el paso del tiempo, especialmente dentro de nuestro colectivo de estudio, es previsible que las necesidades de apoyo que requiera dicho cliente impliquen la posibilidad de reubicarlo en un taller ocupacional diferente, quizá más adaptado a sus necesidades de apoyo).

Considerando lo anterior, hemos organizado nuestro trabajo en tres fases principales:

1. **Recogida de información** sobre nuestra población de estudio a través de instrumentos válidos y fiables.
2. **Análisis de los datos** obtenidos y toma de decisiones.
3. **Acciones específicas** para cada cliente derivadas de la información obtenida.

POBLACIÓN DE TRABAJO

La población de trabajo ha estado compuesto por 119 personas, clientes del Centro San Juan de Dios de Valladolid, todos ellos con discapacidad intelectual. Considerando un criterio conservador, se observaron finalmente personas con síndrome de Down mayores de 35 años y otros clientes sin este síndrome que fueran mayores de 45 años.

FASE 1. RECOGIDA DE INFORMACIÓN

Se recogió información sobre distintas variables que se consideró que podrían ser indicadores de la necesidad de intervención en distintas áreas de la vida de la persona para mantener su calidad de vida, así como otras que nos permitieran observar diferencias en función de distintos parámetros (por ejemplo el sexo o la edad de los clientes). Las variables consideradas se describen a continuación.

1. **Sexo.** Se ha diferenciado entre hombres y mujeres con el propósito de observar si existen diferencias significativas entre clientes en razón del sexo en las distintas variables consideradas en el estudio, así como diferencias globales en la evolución en el proceso de envejecimiento dependiendo de esta variable.
2. **Edad.** La clasificación de los participantes por edad nos permite establecer y comprobar hipótesis respecto a cómo esta variable va afectando a los distintos parámetros medidos. Por otra parte, considerando esta buena práctica como una intervención longitudinal, las distintas tomas de datos nos permitirán realizar análisis para conocer en qué medida los clientes, con el paso del tiempo, serán susceptibles de experimentar cambios en sus necesidades de apoyo a lo largo de su envejecimiento.
3. **Down / no Down.** Se ha diferenciado entre personas con y sin síndrome de Down, dadas las especificidades en el inicio y desarrollo del proceso de envejecimiento entre estas dos poblaciones de individuos que se han encontrado a lo largo de múltiples trabajos de investigación. Adicionalmente, se ha encontrado también que el riesgo probable de las personas con síndrome de Down de desarrollar algún tipo de demencia es mayor, y a una edad más temprana con lo que será necesario seguir un proceso de observación más pormenorizado con estas personas.
4. **Enfermedades físicas.** Se ha considerado la presencia de enfermedades físicas o neurológicas crónicas o de larga duración como un buen indicador de un envejecimiento saludable y la calidad de vida de cada participante. Se han excluido enfermedades de corta duración y poca gravedad que puntualmente estuviera padeciendo el sujeto en el momento de la toma de datos. Será muy importante observar cómo han ido evolucionando las dolencias de cada

individuo, así como contar con un registro sistemático del ajuste del programa de medicación de cada sujeto. Es importante considerar que un envejecimiento saludable depende tanto de la presencia de enfermedades físicas que impliquen limitaciones para el sujeto, como de la medida en que se están tomando las medidas oportunas para afrontarlas y en su caso los cuidados paliativos adecuados.

5. **Presencia de Trastornos psiquiátricos.** Se ha codificado la presencia de trastornos de tipo psiquiátrico asociados a la discapacidad intelectual de los participantes, dado que se trata de un tipo de trastornos que podrían afectar al afrontamiento del proceso de envejecimiento saludable.
6. **Medicación de tipo no psiquiátrico.** Esta variable incluye el registro de los fármacos prescritos por causa de enfermedades no psiquiátricas o neurológicas, así como aquellos prescritos para controlar efectos extrapiramidales.
7. **Medicación de tipo psiquiátrico.** Con esta variable se registró la cantidad de medicación prescrita por motivos de control o estabilización de patología mental.
8. **Tipo de medicación psiquiátrica.** Se trató de diferenciar entre los distintos tipos de fármacos prescritos por motivos de control de trastorno mental, lo cual permitiría establecer un perfil de la población de estudio y observar si la toma de un tipo de medicación determinada se relacionaba con otras variables del estudio.
9. **Índice de masa corporal (IMC).** Se ha considerado que un índice de masa corporal adecuado es, médicamente hablando, un requisito de gran importancia para una buena salud en cualquier población de individuos, pero especialmente en aquellas personas que están afrontando un proceso de envejecimiento que, ya de por sí, y por la presencia de otro tipo de limitaciones, podría suponer dificultades adicionales para una adecuada calidad de vida. El índice de masa corporal (en adelante IMC) puede ser un buen indicador de la necesidad de intervenir en la regulación de ciertas conductas saludables del sujeto, tales como la movilidad (ejercicio físico) o la alimentación. Para el

cálculo de esta variable, así como para la consideración de los varemos de comparación, se han considerado las indicaciones de la Organización mundial de la salud.

10. Resultados DMR. El DMR fue diseñado por H. M. Evenhuis (1992) para facilitar el diagnóstico de demencia en adultos con discapacidad intelectual. El DMR agrupa las puntuaciones en dos categorías: Puntuaciones cognitivas y puntuaciones sociales. Adicionalmente ofrece un índice de puntuación general. El DMR está diseñado para ser aplicado en múltiples ocasiones espaciadas en el tiempo, de forma que la observación de un aumento en la puntuación general en comparación con resultados de mediciones anteriores indicaría muy probablemente un deterioro cognitivo. En este estudio se ha aplicado de nuevo el DMR a todos los participantes para establecer una comparación con las medidas anteriores.

11. Puntuaciones de la escala SIS. La escala SIS es un instrumento elaborado para medir necesidades de apoyo. El INA (Índice de Necesidades de Apoyo) es una puntuación general que se obtiene a partir de la consideración del apoyo que necesita una persona para la realización de distintas conductas y actividades de la vida diaria considerando los tres parámetros de frecuencia de apoyo, duración e intensidad del mismo.

12. Puntuaciones en la escala Gencat: La escala Gencat es un instrumento diseñado y validado para medir la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual. Con este instrumento se obtiene un índice general de calidad de vida a partir de ocho dimensiones que abarcan distintos aspectos de la vida diaria de la persona.

13. Puntuaciones ICAP: Se ha registrará también la puntuación “índice general” del ICAP, ya que al estar constituida (entre otros factores) por escalas en las que se registran habilidades adaptativas para el adecuado desenvolvimiento del individuo en la vida diaria, se entiende como un buen indicador del grado en el que una persona posee algunas de las habilidades adaptativas más importantes para afrontar de forma adecuada un proceso de envejecimiento saludable, integrado en su entorno y con habilidades de interacción con las

personas que componen su red social. Adicionalmente el ICAP se ha utilizado como una herramienta útil para la ubicación de las personas con discapacidad en el entorno más adecuado.

FASE 2. ANÁLISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS Y TOMA DE DECISIONES

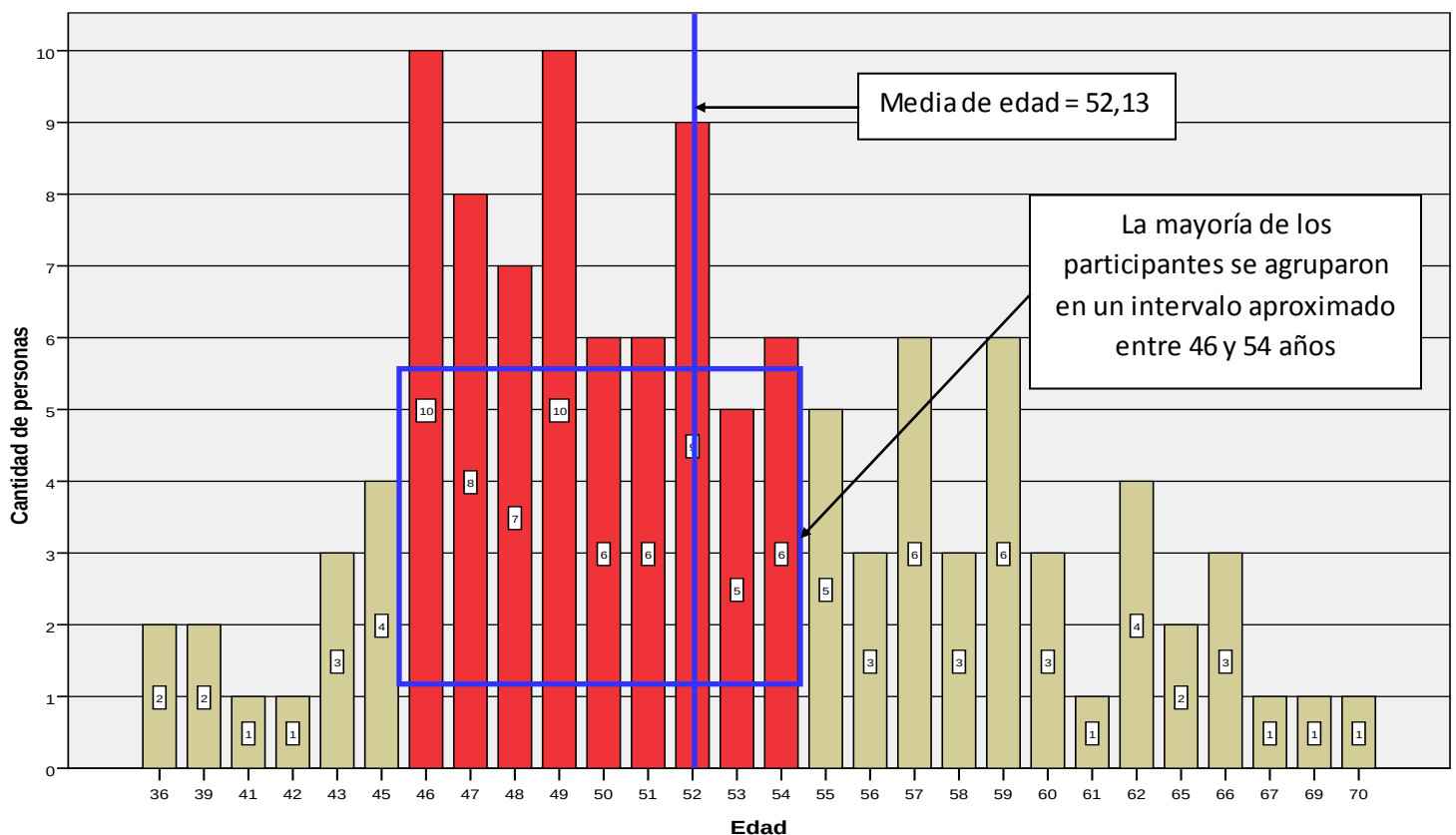
Datos demográficos del grupo de estudio (edad y sexo)

Los datos que aparecen a continuación reflejan, en primer lugar la composición de la población respecto a la edad y el sexo de los participantes

Sexo

		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	mujer	29	24,4	24,4
	hombre	90	75,6	100,0
	Total	119	100,0	

Como se aprecia en la tabla superior un total 119 personas se incluyen en nuestro actual grupo de trabajo, adicionalmente, la población además, cuenta con tres veces más hombres que mujeres.



Edad: Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad Edad	119	36	70	52,13	6,772
N válido (según lista)	119				

Como se aprecia en el gráfico y la tabla superiores, la media de edad de la población de estudio se situó en torno a los 52 años. Un total de 67 personas se hallaban en un intervalo entre 45 y 54 años. Un total de 13 personas pasaban de 60 años, y finalmente, un total de 9 personas tenían menos de 45 años.

Descriptivos Edad * sexo

	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
mujer	29	51,72	7,488	36	66
hombre	90	52,26	6,564	36	70
Total	119	52,13	6,772	36	70

ANOVA Edad * sexo

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	6,194	1	6,194	,134	,715
Intra-grupos	5404,915	117	46,196		
Total	5411,109	118			

Las tablas superiores muestran una comparación de la edad de los participantes en el estudio considerando el sexo de los mismos. Como se puede apreciar, las medias de edad fueron muy parecidas, en torno a 51 años para las mujeres y en torno a 52 para los hombres. Las diferencias entre los dos grupos no fueron estadísticamente significativas.

Resultados referidos a la salud física

Enfermedad física

Años	Número de enfermedades físicas o neurológicas												Total
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
35-39	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	4
40-49	14	7	5	5	6	2	0	1	2	0	1	1	44
50-59	14	8	8	7	5	2	5	4	0	1	0	1	55
60 ó mas	6	1	1	3	1	0	1	1	1	1	0	0	16
Total	34	15	15	15	13	5	7	6	3	2	1	2	119

Como se aprecia en la tabla superior, de los 119 clientes 34 no tenían ningún diagnóstico, mientras que 85 tenían uno o más diagnósticos. El grupo de edad 35-39 estaba compuesto exclusivamente por personas con Síndrome de Down, con lo que no puede compararse con los otros tres grupos, dadas las características específicas de este colectivo. Los otros tres grupos si pueden compararse, pues en ellos se incluyen tanto personas con Síndrome de Down como personas sin este diagnóstico en una proporción similar. Así pues, como se aprecia en la tabla superior en los grupos de edad 40-49 y 50-59 la tendencia de los datos es que a mayor número de diagnósticos, menor frecuencia de personas. Sin embargo, mientras que en el grupo 40-49 solamente cinco personas tienen más de cinco diagnósticos en el grupo 50-59 son 11 las personas que tienen más de cinco diagnósticos. Finalmente en el grupo de 60 ó más años, no se observa una pauta clara de disminución de la frecuencia de sujetos al aumentar el número de diagnósticos. Adicionalmente, en este grupo el 10 de los 16 integrantes tenían algún diagnóstico.

Correlaciones edad * Enfermedades de tipo físico o neurológico

		Edad	Edad	Número de enfermedades físicas o neurológicas
Edad	Edad	Correlación de Pearson		1
		Sig. (bilateral)		,068
		N		,461
				119

La tabla superior muestra los resultados de un análisis de correlación entre la edad de los participantes y la presencia de diagnósticos de tipo físico o neurológico. Como se puede apreciar, hay una tendencia de los datos que muestra que a mayor edad, hay una mayor presencia de este tipo de diagnósticos, aunque la significatividad estadística de estos resultados fue solamente marginal.

Enfermedad física y consumo de fármacos

Se realizó un análisis de correlación en el que se introdujeron como variables la presencia de enfermedades de tipo físico y la cantidad de fármacos prescritos para patologías no psiquiátricas. Los resultados se muestran en la tabla inferior.

Correlaciones

		Enf_fisicas	med_no_psiq
Enf_fisicas	Número de enfermedades físicas o neurológicas	1	,547(**)
	Correlación de Pearson		,000
	Sig. (bilateral)		
	N	119	119

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Se aprecia una correlación positiva y significativa que indica que aquellas personas con una mayor presencia de enfermedades de tipo físico eran las que tenían también una mayor cantidad de fármacos prescrita.

Índice de masa corporal (IMC)

Para una mejor comprensión e interpretación de las cuantías de los IMC, presentamos en primer lugar la tabla de clasificación que ofrece la OMS respecto a los niveles saludables de peso, lo que nos ayudará a situar a cada uno de los grupos sobre los que se presentará información a continuación en cada una de las categorías establecidas.

Clasificación	IMC (kg/m ²)	
	Valores principales	Valores adicionales
Infrapeso	<18,50	<18,50
Delgadez severa	<16,00	<16,00
Delgadez moderada	16,00 - 16,99	16,00 - 16,99
Delgadez aceptable	17,00 - 18,49	17,00 - 18,49
Normal	18.5 - 24,99	18.5 - 22,99
		23,00 - 24,99
Sobrepeso	≥25,00	≥25,00
Preobeso	25,00 - 29,99	25,00 - 27,49
		27,50 - 29,99
Obeso	≥30,00	≥30,00
Obeso tipo I	30,00 - 34,99	30,00 - 32,49
		32,50 - 34,99
Obeso tipo II	35,00 - 39,99	35,00 - 37,49
		37,50 - 39,99
Obeso tipo III	≥40,00	≥40,00

- Estos valores son independientes de la edad y son para ambos sexos.

Comparación global del IMC

Las tablas y gráfico inferiores muestran cómo ha ido evolucionando nuestra población de estudio (globalmente) respecto al IMC

Descriptivos Índice de masa corporal

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Mínimo	Máximo
2015	119	26,9383	4,55948	,41797	18,02	40,25

Estos resultados se corresponderían, según la tabla de la OMC con la categoría de pre-obeso.

El IMC y el sexo

Seguidamente se realizó un ANOVA de un factor en el que se introdujo como variable independiente el sexo del participante y como variable dependiente el IMC. Los resultados se exponen en las tablas inferiores.

Descriptivos Índice de masa corporal

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Mínimo	Máximo
0 mujer	29	27,5155	5,35968	,99527	19,98	39,44
1 hombre	90	26,7523	4,28739	,45193	18,02	40,25
Total	119	26,9383	4,55948	,41797	18,02	40,25

ANOVA Índice de masa corporal

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	12,775	1	12,775	,612	,435
Intra-grupos	2440,308	117	20,857		
Total	2453,083	118			

Como se aprecia en las tablas superiores, aunque el IMC de las mujeres estuvo un poco por encima del de los hombres, las diferencias no alcanzaron significatividad estadística.

El IMC y el diagnóstico de Síndrome de Down

Se realizó un ANOVA de un factor en el que se introdujo como variable independiente el hecho de tener un diagnóstico de S. de Down y como variable dependiente el IMC. Los resultados se exponen en las tablas inferiores.

Descriptivos Índice de masa corporal

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Mínimo	Máximo
1 Down	25	28,5671	5,46158	1,09232	20,38	39,44
2 No Down	94	26,5051	4,21623	,43487	18,02	40,25
Total	119	26,9383	4,55948	,41797	18,02	40,25

ANOVA Índice de masa corporal

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	83,966	1	83,966	4,147	,044
Intra-grupos	2369,117	117	20,249		
Total	2453,083	118			

Como se puede apreciar, los resultados muestran que aquellas personas que tenían diagnosticado Síndrome de Down, mostraron, en general, un IMC superior (en este caso menos saludable) que aquellos participantes que no tenían este diagnóstico.

Resultados referidos a la salud mental y deterioro cognitivo

Incidencia de diagnósticos de tipo psiquiátrico

La tabla inferior muestra la distribución de diagnósticos de trastornos psiquiátricos en función del grupo de edad de pertenencia (30-39, 40-49, 50-59 y 60 ó más) de los participantes del estudio.

Tabla de contingencia Número de trastornos psiquiátricos * Edad por intervalos de 10 en 10

		agrupación de la edad por intervalos de 10 en 10 años				Total diagnósticos
		30-39	40-49	50-59	60 ó más	
Número de trastornos psiquiátricos	0	4	29	35	8	76
	1	0	14	20	7	41
	2	0	1	0	1	2
Total diagnósticos		0	15	20	8	43

Como se puede apreciar en la tabla superior la mayoría de los clientes (76 personas) no tenían asociado ningún diagnóstico de enfermedad mental. Un total de 41 personas sí mostraban un diagnóstico, y solamente dos personas tenía dos. Si observamos la distribución dentro de cada grupo de edad, se aprecia que en el grupo de 30-39 años, no aparece ningún diagnóstico de enfermedad mental.

Un análisis de correlación entre la edad y los diagnósticos de tipo psiquiátrico mostró una correlación positiva y significativa entre ambas variables, de forma que los datos parecen indicar que los diagnósticos de tipo psiquiátrico están más presentes entre las personas más mayores, tal y como se aprecia en la tabla inferior.

Correlaciones edad * Diagnóstico psiquiátrico

			N_Trast_psiq Número de trastornos psiquiátricos
Edad	Edad	Edad	Edad
Correlación de Pearson		1	,263(**)
Sig. (bilateral)			,004
N		119	119

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Adicionalmente, un ANOVA de un factor mostró que había diferencias significativas en la edad de quienes presentaban trastornos de tipo psiquiátrico y quienes no. Lo que corrobora los resultados observados.

Descriptivos Edad * Trastorno psiquiátrico

	N	Media	Desv. típica	Error típico	Mínimo	Máximo
0 Sin trastorno	77	50,83	6,433	,733	36	67
1 Con trastorno	42	54,50	6,808	1,051	45	70
Total	119	52,13	6,772	,621	36	70

ANOVA Edad * trastorno de tipo psiquiátrico

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	365,804	1	365,804	8,483	,004
Intra-grupos	5045,305	117	43,122		
Total	5411,109	118			

Como se aprecia en las tablas superiores, los datos parecen indicar que eran los más mayores los que presentaban una mayor frecuencia de trastornos de tipo psiquiátrico.

Un ANOVA de un factor mostró que no había diferencias estadísticamente significativas en la presencia de trastornos de tipo psiquiátrico entre hombres y mujeres, si bien parece que este tipo de diagnósticos eran un poco más frecuente entre las mujeres.

Descriptivos Número de trastornos psiquiátricos * Sexo

	N	Media	Desviación típica	Error típico
0 mujer	29	,45	,506	,094
1 hombre	90	,36	,526	,055
Total	119	,38	,521	,048

ANOVA Número de trastornos psiquiátricos * Sexo

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	,189	1	,189	,694	,407
Intra-grupos	31,795	117	,272		
Total	31,983	118			

Diagnósticos psiquiátricos y medicación de tipo psiquiátrico

Se realizó un análisis de correlación para observar la relación entre el diagnóstico de enfermedad mental y la prescripción de fármacos de tipo psiquiátrico en general.

Correlaciones Diagnóstico psiquiátrico*consumo de fármacos de tipo psiquiátrico

		Número de trastornos psiquiátricos	medicación prescrita por motivos psiquiátricos
medicación prescrita por motivos psiquiátricos	Correlación de Pearson	,697(**)	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	119	119

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Como se aprecia en la tabla superior, y tal como cabría esperar, hay una relación positiva y significativa entre consumo de fármacos de tipo psiquiátrico y la presencia de diagnósticos de enfermedad mental, que indica que son aquellos participantes que

tienen diagnósticos de enfermedad mental asociado los que consumen fármacos de este tipo.

Tipo de medicación psiquiátrica

	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos No toma	74	62,2	62,2
Neurolépticos	17	14,3	76,5
Antidepresivos	12	10,1	86,6
Tranquilizantes	10	8,4	95
Neurolépticos y antidepresivos	3	2,5	97,5
Neurolépticos y tranquilizantes	2	1,7	99,2
Neurolépticos y antiepilépticos*	1	0,8	100
Total	119	100,0	
*Se han considerado los antiepilépticos solamente cuando estaban prescritos por su efecto en relación con la enfermedad mental, en aquellos casos en los que la prescripción era por motivos neurológicos, no se han considerado.			

La tabla superior muestra una distribución de los participantes en función del tipo de medicación psiquiátrica prescrito. Como se puede apreciar, más de la mitad de los participantes (el 62,2%) no tenían prescrito ningún fármaco de este tipo. La clase de fármaco más frecuentemente prescrito es el neuroléptico.

Deterioro cognitivo

Se presenta a continuación la puntuación media de la población de estudio en la escala DMR.

Descriptivos. Resultado DMR General 2015

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Mínimo	Máximo
5 2015	119	21,78	15,890	1,457	0	71

Considerando que el rango de puntuaciones puede oscilar de 0 = ningún indicio de deterioro a 100 = máximo deterioro, una puntuación de 21,78 como la obtenida en esta toma de datos implicaría que, si bien, el nivel global de deterioro no es muy acusado sí se puede observar un cierto nivel de sintomatología relacionada con deterioro cognitivo.

De cara a la toma de medidas individual, adaptación de contextos, y establecimiento de programas individualizados de apoyo, se considerarían los datos a nivel individual para cada cliente.

Comparación de resultados de distintas escalas

El objetivo de esta buena práctica era obtener información válida y fiable para adaptar el contexto y el tipo de servicio prestado a las necesidades actuales de apoyo de las personas con DI, considerando que dichas necesidades pueden variar a lo largo de su trayectoria vital a medida que se van haciendo mayores.

Era pues necesario contar con instrumentos adecuados que nos ofrecieran información que permitiera ir adaptando progresivamente el servicio que se ofrece y el contexto para garantizar una adecuada calidad de vida para este colectivo. La SIS y el ICAP, son herramientas que pueden resultar muy útiles a este respecto. A su vez, la escala GENCAT, es un instrumento adecuado para valorar la calidad de vida de las personas con DI. Los resultados obtenidos podrían pues utilizarse para plantearse la necesidad de cambios en orden a subir puntuaciones bajas observadas.

Estadísticos descriptivos

	N	Media	Desv. típ.
Puntuación ICAP	119	73,08	11,753
Resultado DMR General	119	21,78	15,890
Puntuaciones SIS	103	89,69	12,149
Puntuaciones Gencat	66	108,21	11,713
N válido (según lista)	66		

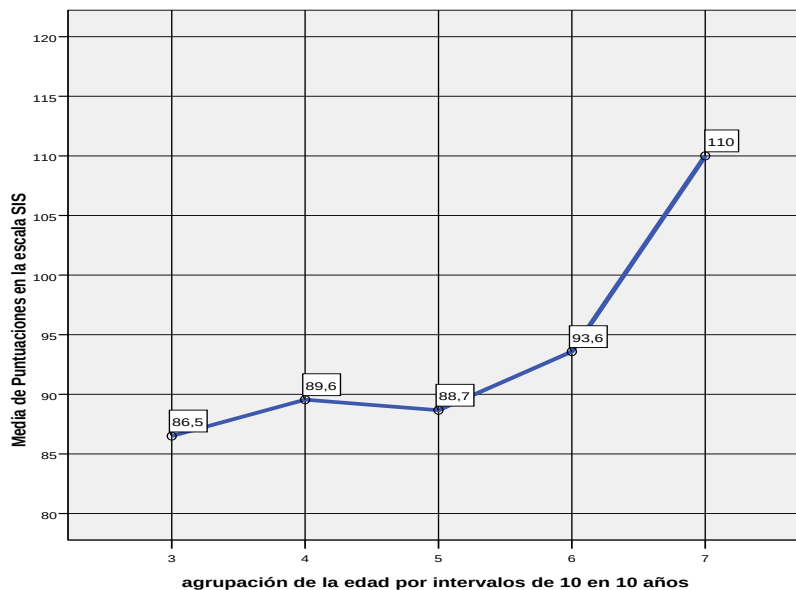
La tabla superior muestra las puntuaciones globales de todos los individuos de los que se tenía datos, pues como se puede observar, de las 119 personas totales de la muestra, se tenían una muestra de datos de la escala SIS de 109 y de 66 personas de la escala GENCAT.

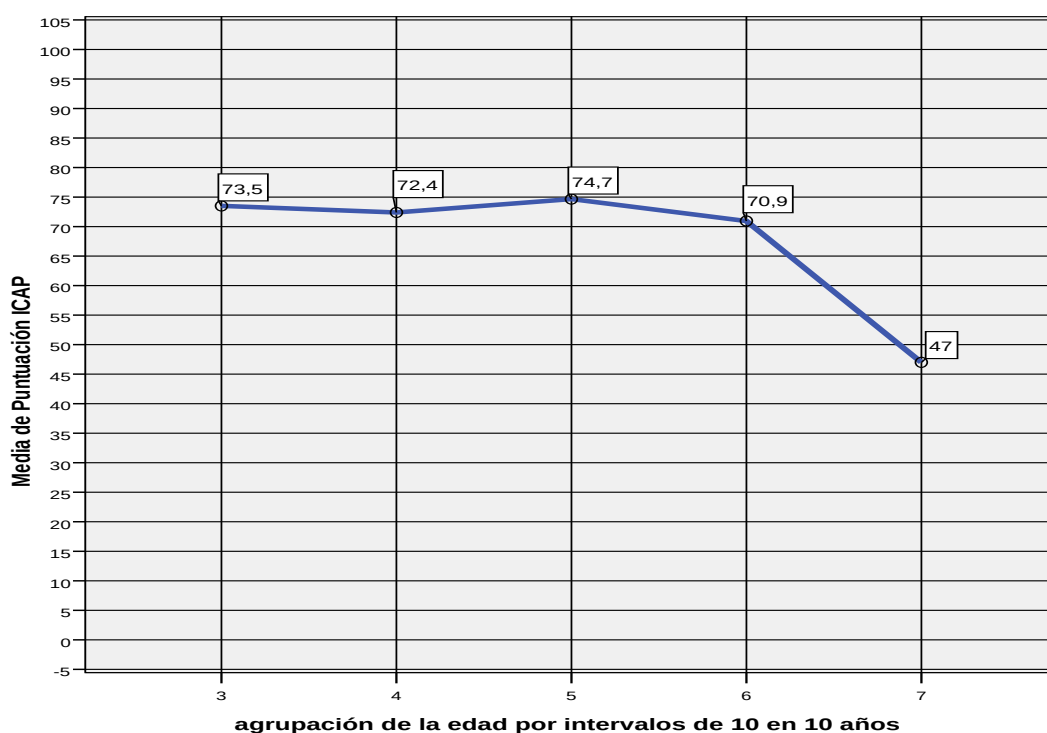
A continuación se presentan los datos considerando la edad de los participantes, estableciendo agrupaciones de 10 en 10 años.

Descriptivos (Años: 3 = mayores de 35 hasta 39; 4 = de 40 a 49; 5 = de 50 a 59, 6 = de 60 a 69 y 7 = 70 o mayores)

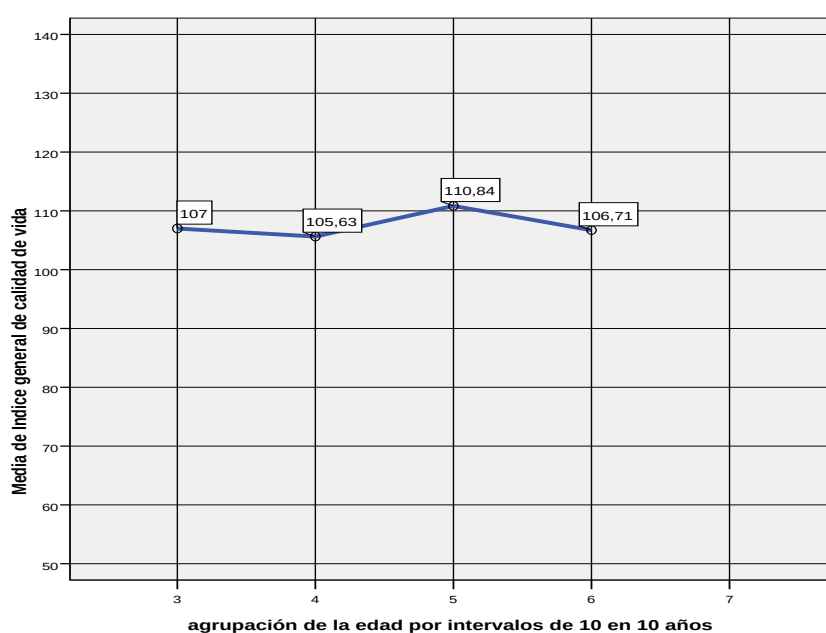
	AÑOS	N	Media	Desviación típica	Error típico
DMR General	3	4	16,75	8,995	4,498
	4	44	20,43	12,442	1,876
	5	55	20,33	15,995	2,157
	6	15	29,80	21,177	5,468
	7	1	61,00	.	.
	Total	119	21,78	15,890	1,457
Puntuaciones GENCAT	3	1	107,00	.	.
	4	27	105,63	12,546	2,414
	5	31	110,84	10,946	1,966
	6	7	106,71	11,686	4,417
	7	0	.	.	.
	Total	66	108,21	11,713	1,442
Puntuaciones SIS	3	4	86,50	6,758	3,379
	4	38	89,55	12,569	2,039
	5	48	88,67	12,293	1,774
	6	12	93,58	10,799	3,118
	7	1	110,00	.	.
	Total	103	89,69	12,149	1,197
Puntuación ICAP	3	4	73,50	5,196	2,598
	4	44	72,39	10,695	1,612
	5	55	74,65	12,461	1,680
	6	15	70,93	11,973	3,091
	7	1	47,00	.	.
	Total	119	73,08	11,753	1,077

Como se puede apreciar en la tabla superior, y en los gráficos inferiores, a mayor edad de los participantes, se aprecia una mayor necesidad de apoyo (en general mayores puntuaciones en la SIS) y menores puntuaciones en el ICAP (lo que indica un menor nivel de autonomía y una mayor necesidad de supervisión).



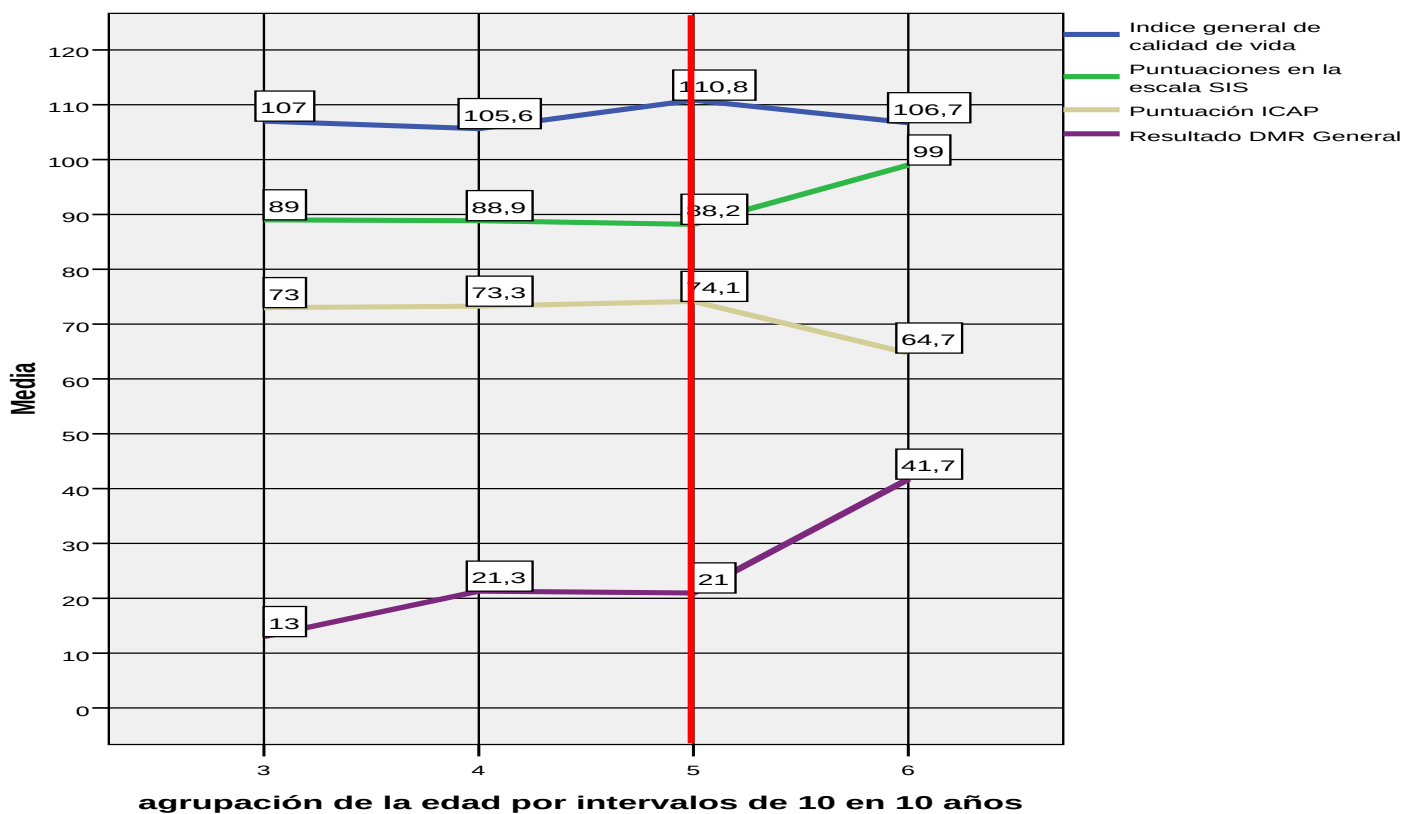


En los dos gráficos superiores, se puede apreciar como es en un punto aproximado a los 50 años cuando empieza a apreciarse tanto un aumento en las necesidades de apoyo, como una disminución en las puntuaciones ICAP. Estos datos son coincidentes a su vez con las puntuaciones observadas con la escala DMR en apartados anteriores, en donde se apreciaba que es precisamente en torno a los 50 años cuando comienzan a apreciarse mayores signos de deterioro cognitivo.



El gráfico superior muestra las puntuaciones en calidad de vida por rango de edades. En este caso se observa un patrón diferente que en los datos anteriores, pues, como se puede apreciar, las puntuaciones en calidad de vida se mantienen similares para todos los rangos de edad (queda excluido el rango de 70 años o más por no disponerse de datos en este momento de su único integrante).

El gráfico inferior muestra de forma más clara como el punto en torno a los 50 años parece ser el inicio de una mayor presencia de signos de deterioro cognitivo, un mayor aumento de necesidades de apoyo y una disminución importante de las puntuaciones del ICAP.



Para una mejor observación de los datos de las distintas escalas, se realizó un análisis de correlación entre las mismas. En este análisis se incluyó también la edad. Los resultados se presentan a continuación.

Correlaciones

		Gencat calidad de vida	Puntuaciones en la escala SIS	Puntuación ICAP	DMR General	Edad
Gencat : calidad de vida	Correlación	1	-,425(**)	,411(**)	-,345(**)	,060
	Sig.		,000	,001	,005	,635
	N		66	66	66	66
Puntuaciones en la escala SIS	Correlación		1	-,696(**)	,645(**)	,123
	Sig.			,000	,000	,214
	N			103	103	103
Puntuación ICAP	Correlación			1	-,779(**)	-,100
	Sig.				,000	,281
	N				119	119
DMR General	Correlación				1	,272(**)
	Sig.					,000
	N					528

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla superior, se aprecian las siguientes relaciones. Según indican los datos, aquellas personas que tienen una mayor calidad de vida, son las que presentan menos necesidades de apoyo, más destrezas y habilidades de la vida diaria y menos signos de deterioro cognitivo, independientemente de la edad. Esta variable, solamente se relacionó de forma positiva y significativa con los resultados de la escala DMR, indicando que aquellas personas más mayores son las que muestran mayores signos de deterioro cognitivo.

FASE 3. ACCIONES ESPECÍFICAS PARA CADA CLIENTE DERIVADAS DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA

Una de las conclusiones más importante que se puede extraer de los resultados obtenidos observados en la fase de análisis de datos, es que a pesar de que el deterioro cognitivo aumenta con la edad (según la escala DMR), a pesar de que las habilidades y funcionamiento cotidiano parecen también verse afectados por la edad (Resultados ICAP) y a pesar de que las necesidades de apoyo de las personas con DI aumentan con la edad (Resultados SIS), y todo ello parece hacerse más evidente a partir de una edad en torno a los 50 años, la calidad de vida de nuestros clientes, parece mantenerse dentro de unos márgenes muy positivos (Resultados GENCAT).

En la fase anterior se describían los resultados obtenidos para el total de nuestra población de mayores, no obstante, para poder mantener la calidad de vida de nuestros clientes a pesar de los deterioros propios de la edad antes mencionados, ha

sido necesario ir observando los datos recogidos en cada caso concreto, pues las necesidades de apoyo y de adaptación del contexto pueden variar, y de hecho variaban claramente de unas personas a otras. De esta forma se podían desarrollar acciones específicas y personales para cada uno de nuestros clientes en función de sus necesidades.

No es el objetivo de este trabajo describir uno por uno todos los casos en los que se ha intervenido de alguna manera, ni todos los cambios introducidos en las rutinas contextos y actividades de cada cliente en función de sus necesidades, esto supondría un informe de una extensión muy considerable. A continuación se describirán las acciones y medidas más significativas que actualmente desde nuestro Centro se están considerando, y de las que cada cliente puede o no participar, en función de las decisiones tomadas basándonos en la información obtenida con los datos recogidos, así como el juicio profesional de quienes día a día le prestan apoyo, y las propias preferencias y deseos de los clientes. Cada una de las acciones descritas a continuación está, sin duda, favoreciendo el mantenimiento de la calidad de vida de nuestros clientes, al adaptar los entornos y actividades a sus demandas y necesidades así como atender a cualquier otro aspecto de su vida en el que puede necesitar de nuestros servicios.

Talleres de “mayores”. Desde el área ocupacional, nuestro Centro cuenta con tres talleres que han adaptado rutinas, tareas y horarios a las necesidades de las personas más mayores. El paso de cada cliente, de un taller ocupacional cualquiera, a uno de los talleres de “mayores” se produce cuando se valora que dicho cliente precisa un tipo de servicio más flexible, más orientado al mantenimiento de habilidades y capacidades y que incluya actividades que favorezcan un envejecimiento y actividad física saludables. Así pues, los objetivos de estos talleres tienen un carácter menos “laboral” y más de mantenimiento y estimulación física y cognitiva, incluyendo actividades como.

- Dinámicas de estimulación cognitiva grupal
- Actividades para favorecer la memoria y el recuerdo
- Actividades físicas de mantenimiento, gimnasia adaptada
- Actividades de relajación
- Charlas informativas y dinámicas grupales en las que los clientes exponen sus dudas, preocupaciones e intereses.
- Entrenamiento en actividades de higiene y cuidado propios de edades avanzadas

- Tareas manipulativas individualizadas, adaptadas a cada cliente y enfocadas al mantenimiento y entrenamiento de coordinación y psicomotricidad fina y gruesa, más que a la producción.

Todo ello dentro de un horario de incorporación flexible y la introducción de descansos a lo largo de la mañana y la tarde.

Talleres de estimulación cognitiva. Los datos obtenidos en la fase anterior, nos permiten observar a aquellos clientes que presentan indicios más notables de deterioro cognitivo (especialmente aquellos datos recogidos con la escala DMR). Estos datos se complementan con un seguimiento, observación y si es preciso, registro conductual que realizan los profesionales que día a día prestan servicio a nuestros clientes. En función de la información obtenida, algunos de los clientes entran a participar en talleres especialmente diseñados para la prevención, o mantenimiento de las capacidades cognitivas. En estas actividades, se proponen dinámicas que tratan de aprovechar y entrenar los recursos de memoria y procesamiento del cliente para su mantenimiento, o en su caso, para la prevención del deterioro cognitivo.

En general, las actividades del taller de estimulación cognitiva dirigidas hacia clientes con una sintomatología de deterioro cognitivo moderado se dirigen hacia la atención (con tareas sencillas que favorecen la activación mental) la orientación espacial, temporal y de la persona (con tareas sencillas de situación en el momento y el lugar, biografía personal y del entorno más inmediato) la memoria (con tareas que potencian la memoria inmediata y la fijación mediante series, repetición y recuerdo) y el razonamiento (con tareas en las que se entrena la capacidad de clasificación y categorización de objetos en función de sus características).

Las actividades dirigidas a clientes con sintomatología de deterioro cognitivo más grave incluyen el la estimulación de la orientación espacial y temporal inmediata, la activación del recuerdo y la memoria remota, la percepción visual y reconocimiento de objetos cotidianos y el razonamiento simple a partir, por ejemplo de ejercicios de clasificación de palabras.

Actividades complementarias. El Centro ofrece a sus clientes cada día una serie de actividades denominadas “Complementarias” que presentan una duración de una hora y se realizan al finalizar el horario de los talleres ocupacionales, con el fin de que cada cliente pueda realizar distintos tipos de actividades adicionales a las tareas de los

talleres. La oferta de estas actividades es variada, pero a aquellos clientes que se les observa sintomatología de deterioro, bien sea a nivel cognitivo o físico, se les orienta hacia actividades que puedan favorecer el mantenimiento de la salud, algunas de estas actividades incluyen por ejemplo ejercicio físico, gimnasia adaptada, mientras que otras crean contextos grupales en los que se favorece el diálogo en grupo o actividades de tipo cognitivo.

Programas de fisioterapia. Cuando lo que se aprecia es un deterioro en la motricidad, bien sea a nivel de coordinación gruesa o fina, cada cliente cuenta con la posibilidad de tener su propio programa de mantenimiento guiado por el fisioterapeuta del Centro. Uno de los mayores problemas que se observa a este respecto, es el deterioro en la coordinación y motricidad fina. Mediante rutinas pre-establecidas, se trata de mantener este tipo de habilidades.

CONCLUSIONES

El objetivo de esta buena práctica era mostrar como la utilización de instrumentos fiables y válidos, así como la observación estandarizada, pueden resultar útiles para la adaptación de los contextos y servicios que ofrece nuestro centro a personas con discapacidad intelectual, especialmente cuando estas personas, nuestros clientes, van entrando progresivamente en un proceso de envejecimiento que, nosotros como profesionales, debemos velar para que sea lo más saludable posible. Los datos a nivel global, nos ofrecen un perfil de población que en torno a una edad aproximada de 50 años comienza a mostrar signos de deterioro propios de la edad en este colectivo, no obstante, la calidad de vida de nuestros clientes se mantiene siempre en niveles adecuados. A nivel individual, los datos analizados nos han permitido obtener información de cada cliente que nos facilita observar aquellas áreas, contextos y actividades o rutinas que es necesario modificar o adaptar para garantizar el bienestar de cada persona. El resultado, como se ha dicho, es que a pesar tanto del deterioro observado a nivel cognitivo, como de un descenso en las habilidades para el funcionamiento en la vida diaria, la calidad de vida de nuestros clientes, observada a través de un instrumento estandarizado como es la GENCAT, se mantiene constante y a un buen nivel en todos los rangos de edad.