

## **Necesidades percibidas por las personas con discapacidades del desarrollo en proceso de envejecimiento**

María Yolanda González-Alonso\*, Raquel Aceves\*\*

\*Universidad de Burgos. C/ Villadiego s/n, 09001 Burgos, España,  
mygonzalez@ubu.es

\*\*Federación ASPACE. C/ Macizo de Gredos 45, bajo, 47008 Valladolid, España,  
federaspacetyl@gmail.com

### **Resumen**

**Antecedentes:** El aumento de la esperanza de vida de las personas con discapacidades del desarrollo va ligada a vivir independiente y a participar plenamente en todos los aspectos de la vida.

**Objetivos:** Analizar las necesidades y las soluciones relacionadas con la existencia de barreras, percibidas por personas con parálisis cerebral, mayores de 45 años, sus familiares y los profesionales que las atienden.

**Métodos y procedimientos:** Se utilizó un diseño transversal con una muestra de 104 personas con parálisis cerebral, 34 familiares y 217 profesionales que respondieron a una entrevista semiestructurada.

**Resultados.** De las 853 respuestas en cuanto a las necesidades sobre accesibilidad destacan la existencia de barreras arquitectónicas tanto para las personas con discapacidad como para sus familias, y la existencia de barreras sociales para los profesionales. Las personas con discapacidad y sus familias proponen como solución la supresión de barreras y los profesionales la aceptación por parte de la sociedad.

**Conclusiones:** Estos resultados permiten diseñar una mejor atención y promoción del bienestar, calidad de vida, autonomía personal y pleno desarrollo de las personas con discapacidades del desarrollo que envejecen, lo cual supondrá mayores oportunidades y menores costos para estas personas, para sus familias y para la sociedad.

**Palabras clave:** Accesibilidad, vida independiente, diseño universal, participación, inclusión, parálisis cerebral.

### **¿Qué añade este artículo?**

Entre los motivos que explican su importancia se puede subrayar por una parte la relevancia de conocer y tener en cuenta las opiniones y experiencias de las personas con discapacidades del desarrollo, incluso personas con grave afectación y las aportaciones

de familias y profesionales sobre la accesibilidad y por otra parte tener presentes las soluciones que estos tres grupos como agentes implicados priorizan, que servirán para orientar en la atención y promoción de su bienestar, calidad de vida, autonomía personal y pleno desarrollo en una etapa de la vida tan desconocida como es la vejez.

Este estudio trata de contribuir a hacer efectivos los derechos de las personas con discapacidades del desarrollo que envejecen facilitando la información sobre las necesidades presentes. La accesibilidad integral pretende aplicar un buen diseño pensando en las diferentes situaciones de los ciudadanos y ciudadanas desde el principio, frente al antiguo concepto de eliminación de barreras.

## **1. Introducción**

En los últimos años la esperanza de vida se ha incrementado considerablemente gracias al éxito en las ciencias de la salud, el desarrollo de apoyos y recursos, una mayor accesibilidad para la inclusión social y la mejora de las condiciones de vida (Abellán, Vilches y Pujol, 2014; Naciones Unidas, 2012). Esto ha supuesto que más personas con discapacidades del desarrollo alcancen edades avanzadas, lo cual implica grandes retos.

Se trata de ampliar la esperanza de vida saludable y de calidad para todas las personas a medida que envejecen incluyendo las personas con discapacidades del desarrollo (Brooks, Strauss, Shavelle, Tran, Rosenbloom y Wu, 2014; Camacho, Pallás, de la Cruz, Simón y Mateos, 2007; Strauss, Rosenbloom, Shavelle y Brooks, 2012; Turk, 2009), ya que todos pueden seguir contribuyendo activamente dentro de sus posibilidades, bien en su entorno familiar, con sus amigos o más ampliamente con la comunidad (Causapié, Balbontín, Porrás y Mateo, 2011).

La discapacidad forma parte de la condición humana, la Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y la salud (CIF, 2001) la define como un término genérico que engloba deficiencias, limitaciones en las actividades y restricciones para la participación. Se incluyen aspectos negativos de la interacción entre personas con un problema de salud (discapacidades del desarrollo) y factores personales y ambientales (edificios inaccesibles, transporte, actitudes negativas y falta de apoyo social) (Jönsson, Ekholm y Schult, 2008). La CIF utiliza un enfoque biopsicosocial que proporciona una visión coherente de las diferentes dimensiones de la salud desde una perspectiva biológica, individual y social (Fernández-Ballesteros, 2009). La discapacidad es compleja y las intervenciones para superar las desventajas asociadas a ella son múltiples, sistémicas y varían según el contexto.

La Convención internacional sobre los Derechos de las Personas con discapacidad (2006) y el Informe mundial sobre la discapacidad (2011) reúnen información para mejorar la vida de estas personas y asegurar la igualdad de los derechos humanos. Las personas con discapacidades del desarrollo tienen derecho a vivir de forma independiente y a participar plenamente de todos los aspectos de la vida (Badia-Corbella, Rodríguez-Pedraza, Orgaz-Baz y Blanco-Pedraz, 2013; Barranco y Bariffli 2010). Se tendrán en consideración las necesidades derivadas de cada etapa del ciclo vital de las personas con discapacidad en proceso de envejecimiento y de sus familias (Ley 2/2013 de Igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad). Para ello se debe asegurar la accesibilidad universal, en igualdad de condiciones que las demás personas, en los entornos, proceso, bienes, productos, servicios, transporte, información y comunicación, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y las comunicaciones, así como los medios de comunicación social (Ley 1/2013).

En la misma línea desde la Estrategia Europea 2010-2020 se reclama una mayor visibilidad de las personas con discapacidad como ciudadanos y ciudadanas, y se desarrolla una política de antidiscriminación que plantea estos retos para un futuro inmediato.

En 2002 la Organización Mundial de la Salud definió el envejecimiento activo como un proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad, con el objetivo de mejorar la calidad de vida a medida que se envejece. En el caso de las personas con discapacidades del desarrollo se han dado importantes pasos, que han servido para potenciar las capacidades de estas personas, intentando conseguir mayor participación en todos los ámbitos.

Envejecer bien es cosa de todos y para todas las edades. La investigación y la innovación deben dar a conocer líneas concretas en los retos que supone la promoción del envejecimiento activo, sean cuales sean sus condiciones y capacidades y respetar la diversidad para poner en marcha programas donde el protagonismo radique en las propias personas interesadas (Jones, 2009). Las personas con discapacidad mayores deben ser consultadas sobre cuestiones que les incumban directamente, bien sea sobre salud, educación, rehabilitación o vida comunitaria, ya que tienen derecho a controlar su vida (Wehmeyer y Abery, 2013).

Las personas con discapacidad entran en la etapa del envejecimiento con unas actitudes hacia la discapacidad que podrían beneficiarles ya que llevan años, o casi toda su vida, enfrentándose a este tipo de situaciones. Se trata de hacer visibles y difundir los

resultados positivos conseguidos en autonomía, inclusión, calidad de vida y bienestar (CERMI, 2012).

La meta del envejecimiento está en conseguir que cada persona desarrolle su potencial de bienestar físico, social e intelectual a lo largo de toda su vida y que pueda participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades (Zamarrón, 2013). Se plantea el abordaje de este reto, conocer las necesidades percibidas por las personas con discapacidad del desarrollo en proceso de envejecimiento y las soluciones que proponen. No sólo interesa pensar en las propias personas afectadas, sino también se quieren conocer las necesidades de sus familias, que a lo largo de toda la vida son su sostén y apoyo (Verdugo, Rodríguez y Sánchez, 2007), y de los profesionales que les atienden.

Envejecer de forma competente es cuestión de las transacciones que se producen por el azar, la biología, el ambiente y los estímulos físicos y sociales, puesto que el individuo es un agente activo en su propio proceso de envejecimiento. Esto hace que exista una gran variedad en las formas de envejecer, los seres humanos envejecen de diferentes maneras en función de sus interacciones con el contexto socio-cultural en el que viven (Fernández-Ballesteros, Robine, Walker y Kalache, 2013).

Las actitudes negativas hacia la discapacidad también suponen una barrera que influyen en tres niveles: 1) en sus relaciones con los compañeros y otras personas importantes; 2) en su interacción con los distintos profesionales; 3) en su relación con las demás personas en general. Los prejuicios hacia estas personas hacen que sufran rechazo e impactan de una forma especial en todos los ámbitos de su vida (Barriga, 2008).

El propósito de este estudio es analizar las necesidades percibidas y las soluciones propuestas por las personas con parálisis cerebral que envejecen, con el fin de prevenir las condiciones que plantean estas necesidades e incrementar la autonomía personal y la inclusión social.

## **2. Materiales y Métodos**

### **2.1. Participantes**

La investigación presenta un diseño transversal, sincrónico. Desde un análisis semi cuantitativo se lleva a cabo un estudio descriptivo interpretativo de las necesidades y soluciones que proponen las personas con parálisis cerebral (en lo sucesivo PC), mayores de 45 años, sus familias y los profesionales que las atienden, relacionadas con la existencia de barreras.

La selección de las muestras se realiza desde la Federación de parálisis cerebral de Castilla y León, con representación de las provincias de la Comunidad. Se explica el proyecto y se informa de los objetivos a los profesionales que realizan las entrevistas. Se agradece la colaboración garantizando la confidencialidad de los datos explicando el fin investigador del estudio.

Las entrevistas se realizaron en las entidades, en los centros o en los domicilios de las personas con PC, necesitando un tiempo aproximado entre 60-75 minutos. Los criterios de inclusión para la selección de la muestra han sido: personas con PC de 45 o más años de edad, con una amplia diversidad en función de variables clínicas, sociodemográficas y ambientales.

La muestra relativa a las personas con PC está formada por 104 personas, pertenecientes a la Comunidad de Castilla y León, siendo la media de edad de 52 con un techo de 72 años, con un mayor porcentaje de varones y con un claro predominio de personas residentes en núcleos urbanos. Destaca un nivel cultural bajo, analfabeto o neolector. La mayoría de las personas no han trabajado nunca o lo han hecho en trabajos con baja cualificación, su situación laboral es mayoritariamente pensionista, cobrando casi todos, pensiones de tipo no contributivo. En cuanto a la convivencia, más de la mitad de las personas con PC conviven en el ámbito residencial principalmente personas con mayor grado de discapacidad. Hay más familias en las que no vive la madre, viven uno o más hermanos y en la mayoría de estas familias las personas con PC no tienen hijos.

Junto a estas variables sociodemográficas también han sido evaluadas las variables clínicas, del total de las personas con PC más del 50% tiene otra discapacidad, existiendo un claro predominio de sujetos afectados de discapacidad intelectual. Su etiología está relacionada principalmente con factores congénitos perinatales (96,2%), con un pequeño rango de edad de adquisición de la discapacidad que oscila entre los 0 años y los 3 años y con un grado medio de discapacidad reconocido de más del 80% (59,6%).

La entrevista paralela realizada a la muestra de familiares la conforman 34 participantes, siendo los hermanos y los padres los que han contestado a la mayoría de las entrevistas. Los 217 directivos profesionales de las entidades, pertenecientes a la muestra de instituciones, respondieron en sus centros de trabajo, en las residencias o en otros centros, ubicados principalmente en núcleos urbanos. Las entrevistas fueron contestadas por diferentes profesionales que trabajan en las asociaciones atendiendo a personas con PC, concretamente psicólogo, trabajador social, fisioterapeuta y cuidador. En cuanto al

tipo de centro son profesionales que trabajan en centros de atención a personas con discapacidad física, intelectual, deficiencia auditiva y visual y trastornos mentales. La categoría profesional más representadas es trabajador social, seguido de psicólogo y fisioterapeuta y en cuanto a los servicios más ofertados destaca la atención psicológica, ocio y tiempo libre y trabajo social.

## 2.2. Instrumentos

Para la evaluación de las necesidades percibidas por las personas con PC se han utilizado entrevistas semiestructuradas con tres modalidades: personal, familiar e institucional (Aguado, Alcedo, Fontanil, Arias y Verdugo 2001). La entrevista personal consta de 94 preguntas abiertas y cerradas que recogen amplia información sobre variables descriptivas relacionadas con la discapacidad y sobre variables sociodemográficas y ambientales, con el objeto de analizar en profundidad las preocupaciones, necesidades y las soluciones que consideran apropiadas. La entrevista familiar paralela consta de seis preguntas, para conocer su opinión acerca de las necesidades y demandas de las personas con PC y la entrevista dirigida a los directivos y profesionales contiene 17 preguntas, centradas en las preocupaciones de la institución, las demandas de los asociados y las soluciones propuestas.

## 2.3. Análisis estadístico

Todos los análisis han sido realizados con el paquete estadístico SPSS 21 utilizando un ,05 nivel de significatividad. Primeramente se analiza la relación entre las posibles variables, edad, género, grado de discapacidad, tipo de convivencia y persona que contesta la entrevista, con las variables objeto de este estudio, es decir, las necesidades y las soluciones propuestas.

Los estadísticos descriptivos recogen datos sociodemográficos y clínicos de las personas con PC de Castilla y León y datos sobre preocupaciones, necesidades y soluciones que proponen las personas, las familias y los profesionales que las atienden.

## **3. Resultados**

### 3.1. Relación entre variables.

Al analizar por medio de pruebas no paramétricas, la incidencia de las variables, edad, género, grado de discapacidad, tipo de convivencia y persona que contesta la entrevista en las variables, preocupación por la existencia de barreras y soluciones propuestas. Se

comprueba que solamente hay diferencias estadísticamente significativas cuando se compara el género con la existencia de barreras. Es decir, los varones señalan un rango promedio más alto que las mujeres, en cuanto a las preocupaciones sobre la existencia de barreras.

### 3.2. Preocupaciones y necesidades percibidas

En lo relativo a las preocupaciones y necesidades percibidas (tabla 1), este estudio se centra en las relacionadas con la existencia de barreras, ya que son las compartidas por un mayor número de personas con PC que envejecen (M= 2,20).

Tabla 1.

Estadísticos de las preocupaciones sobre existencia de barreras en personas, familias y profesionales

	<b>Personas</b>	<b>Familias</b>	<b>Profesionales</b>
<b>N</b>	104	34	217
<b>Mínimo</b>	0	0	0
<b>Máximo</b>	9	7	8
<b>Suma</b>	229	82	545
<b>Media</b>	2,20	2,41	2,52
<b>Desv. típ.</b>	1,913	1,520	2,555
<b>Asimetría</b>	1,336	,894	,801
	,237	,403	,165
<b>Curtosis</b>	1,530	1,195	-,563
	,469	,788	,329

Respecto a la preocupación por la existencia de barreras (tabla 2) al compararlas mediante análisis de tablas de respuesta múltiple, destacan que tanto para las personas con PC como para sus familias, la mayor preocupación son las barreras arquitectónicas (66,6% y 59,4%, respectivamente); el acceso al transporte (44,9% y 43,8%); y las actitudes de la población (33,7% y 31,3%). Sin embargo los profesionales están más preocupados por las barreras sociales (55,3%) y por la aceptación por parte de la sociedad (53,3%) y luego le siguen las barreras arquitectónicas (49,3%).

Tabla 2.

Porcentajes de preocupaciones sobre existencia de barreras en las entrevistas personales, familiares e institucionales

<b>EXISTENCIA DE BARRERAS</b>	<b>Personas</b>	<b>Familias</b>	<b>Profesionales</b>
Barreras arquitectónicas	<b>66,6</b>	<b>59,4</b>	49,3
Facilidad de transporte	44,9	43,8	46,1
Barreras sociales	33,7	31,3	<b>55,3</b>
Accesibilidad a edificios públicos	29,2	25,0	32,2
Escasez de voluntariado	24,7	28,1	30,9
Aceptación por parte de la sociedad	22,5	25,0	53,3
Ayudas técnicas	21,3	28,1	46,7
Aceptación por parte de la familia	13,5	12,5	42,1
Otras	1,1	3,1	2,6
Casos perdidos	15	2	65
Casos validos	89	32	152
Respuestas totales	229	82	545
<b>TOTAL</b>	<b>172,2</b>	<b>256,3</b>	<b>358,6</b>

### 3.3. Soluciones propuestas

Las soluciones (tabla 3) que proponen las personas con PC y los familiares son atender a las condiciones básicas de accesibilidad eliminando las barreras arquitectónicas (43% y 36,4% respectivamente). Los profesionales sin embargo, anteponen a éstas en primer lugar la aceptación por parte de la sociedad (29,2%).

Tabla 3. Porcentajes de soluciones propuestas en las entrevistas personales, familiares e institucionales

<b>SOLUCIONES PROPUESTAS</b>	<b>Personas</b>	<b>Familias</b>	<b>Profesionales</b>
Supresión de barreras arquitectónicas	<b>43,0</b>	<b>36,4</b>	27,8
Facilidades de transporte	33,3	36,4	27,8
Aceptación por parte de la sociedad	22,6	18,2	<b>29,2</b>
Más y mejores ayudas técnicas	22,6	18,2	26,9
Promoción de viviendas adaptadas	17,2	27,3	27,4
Programas de cambio de actitudes	15,1	6,1	23,1
Campañas de imagen	14,0	9,1	19,3
Aceptación por parte de la familia	9,7	12,1	28,3

## 4. Discusión y Conclusiones

Los datos expuestos reflejan que la preocupación por la accesibilidad, tanto para las personas con PC, como para las familias y para los profesionales, es una necesidad importante, que hace que se convierta en una obligación y que debe asumirse como



principio inspirador de todos los programas, fomentando su respeto y cumplimiento en todos los ámbitos de la vida.

Las barreras arquitectónicas urbanísticas, de edificación, de transporte y de comunicación que impiden un libre y fácil acceso a todo el entorno, siguen limitando la participación de estas personas, ya que no solo les preocupa al 66,6 % de los participantes, sino que además su supresión es la primera solución que plantean, en concreto un 43%.

Buena parte de las exclusiones y discriminaciones que sufren las personas con PC, vienen de la persistencia de entornos, bienes, productos y servicios que carecen de condiciones de accesibilidad universal, lo que impide o dificulta considerablemente el ejercicio normalizado de los derechos de estas personas (Jiménez 2011). La mayoría de las actuaciones, hasta ahora, han estado orientadas a la supresión de barreras, cuyo objetivo es eliminarlas, sin promover el diseño de espacios, productos y servicios para todas las personas desde el origen. De acuerdo con De Lorenzo (2003) el motivo de la falta de cobertura de las condiciones básicas de accesibilidad, puede ser la heterogeneidad de la normativa existente, la dispersión de competencias, la amplitud y variedad de sectores implicados, las repercusiones económicas y la necesidad de un cambio profundo de mentalidad en la sociedad.

Al comparar estos resultados con estudios realizados por Aguado et al. (2001) y Aguado, Alcedo y Fontanil, (2012) sobre diferentes discapacidades, se observa que en sus datos la existencia de barreras son preocupaciones elegidas en segundo lugar, después de las preocupaciones relacionadas con la salud personal. Sin embargo el orden de elección en cuanto al tipo de barreras, es muy similar destacando las barreras arquitectónicas.

Las Naciones Unidas desde la Convención Internacional (2006) convierte la accesibilidad en parte del derecho a la igualdad de oportunidades y en elemento esencial para lograr una vida independiente, y propone eliminar obstáculos en los espacios físicos, transporte, información y comunicación. Igualmente en el Informe mundial sobre la discapacidad para abordar la accesibilidad y reducir las actitudes negativas se presentan como requisitos, las normas de acceso, la cooperación entre los diferentes sectores, una organización con un líder responsable, formación en accesibilidad, aplicación del diseño universal, la participación de los interesados y educación ciudadana. Todas ellas medidas que benefician la participación de las personas con PC en todos los ámbitos.

Las familias de las personas con discapacidad, cargan muchas veces en solitario con el sobreesfuerzo que supone las situaciones de discapacidad en el entorno próximo de convivencia (Berzosa, 2013; Madrigal, 2007; Navas, Uhlmann y Berástegui, 2014). Se precisan políticas de respaldo y acompañamiento a las familias para ofrecer respuestas más intensa en cuanto a orientación, acompañamiento y ayudas.

Hablar de accesibilidad implica hablar también de usabilidad, término que hace referencia a la rapidez y facilidad con que las personas llevan a cabo sus tareas propias, a través del uso del producto objeto de interés. Para hacer un producto usable hay que conocer las necesidades de las personas que lo van a utilizar, para que les sea fácil de aprender, fácil de usar y que les dé satisfacción, porque en definitiva son ellos, y no los diseñadores, los que determinan cuando un producto es fácil de usar. En este caso la participación activa de los interesados es importante, debido a la heterogeneidad de grados y tipos de discapacidad, y a la variedad de barreras.

La imagen de las personas con discapacidad está cambiando en la medida en la que se hacen más visibles, aunque todavía queda mucha tarea por hacer desde la difusión, información y formación, que ayudará a reflejar una imagen positiva de personas activas y participativas (CERMI, 2012).

El enfoque tradicional de eliminación de barreras que vincula la accesibilidad y la discapacidad (Cayo, 2012; Law, Petrenchik, King y Hurley, 2007) debe cambiarse hacia una nueva idea que se amplía a toda la población a favor del Diseño para todas las personas. Se trata de un diseño de productos y entornos aptos para el uso del mayor número de personas, sin necesidad de adaptaciones ni de un diseño especializado. Este tipo de diseños beneficia a cualquier persona, especialmente a colectivos como el de personas con discapacidades mayores. Adaptaciones simples y poco costosas permiten que los productos o los servicios puedan ser utilizados por un mayor número de personas (Ceapat, 2013)

La normativa legal de España sobre accesibilidad es bastante completa y avanzada, aunque siguen existiendo lagunas debido principalmente a la falta de accesibilidad de productos y servicios que no han sido diseñados bajo el principio de diseño universal. Los retos pendientes tienen que ver con el cumplimiento de la normativa y la búsqueda de estrategias para corregir las diferentes situaciones (Gil y Rodríguez-Porrero, 2014), renovando técnicas y métodos para ajustarlos a las necesidades reales.

Las dificultades de accesibilidad condicionan la participación social y el ejercicio de las libertades fundamentales (educación, empleo, salud, cultura, etc.). En muchas ocasiones

estas dificultades son más decisivas y condicionantes que las propias limitaciones funcionales de la persona, de acuerdo con el Plan Nacional de Accesibilidad 2004-2012. Por esta razón la accesibilidad se convierte en un factor indispensable para la igualdad de oportunidades y en un criterio básico en la gestión de actividades.

Se ha avanzado mucho para conseguir la accesibilidad de la que hoy se disfruta, sin embargo aún quedan retos que alcanzar y para ello se deben unir esfuerzos y mejorar estrategias, desde la creatividad, innovación y las ventajas del diseño para toda la sociedad. Los programas, prácticas y procedimientos deben incluir la accesibilidad en todos los contextos, sirviendo así para promover la igualdad de oportunidades y el ejercicio de los derechos de las personas, con independencia de la edad y de las capacidades de cada una de ellas.

### **Agradecimientos**

Este estudio ha podido realizarse gracias al apoyo de la Federación de Parálisis Cerebral de Castilla y León (España). Y sobre todo gracias a las personas con parálisis cerebral, a sus familias y a los profesionales que han participado.

### **5. Referencias**

- Abellán, A., Vilches, J. y Pujol, R. (2014). Un perfil de las personas mayores en España, 2014. Indicadores estadísticos básicos. *Informes Envejecimiento en red*, 6.
- Aguado, A. L., Alcedo, M. A., Fontanil, Y., Arias, B., y Verdugo, M. A. (2001). *Discapacidad y envejecimiento: Necesidades percibidas por las personas discapacitadas mayores de 45 años y propuesta de líneas de actuación*. Informe de proyecto de investigación, IMSERSO y Universidad de Oviedo: Departamento de Psicología.
- Aguado, A. L., Alcedo, M. A., y Fontanil, Y. (2012). Proceso de envejecimiento en personas con discapacidad intelectual de Castilla y León: calidad de vida y necesidades percibidas. In M. A. Verdugo, R. Canal, M. Badia y A. L. Aguado

(Eds.), *Aplicación del paradigma de calidad de vida a la intervención con personas con discapacidad desde una perspectiva integral* (pp. 95-121).

Salamanca: Colección Investigación, Publicaciones del INICO.

Badia-Corbella, M., Rodríguez-Pedraza, P., Orgaz-Baz, M. B., y Blanco-Pedraz, J. M.

(2013). Calidad de vida en los pacientes con parálisis cerebral en proceso de envejecimiento. *Rehabilitación*, 47 (4), 194-199.

Barranco, M. C., Bariffi, F. J. (2010). La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su potencial aplicación a las personas mayores. Madrid, *Informes Portal Mayores*, nº 105.

Barriga, J. J. (2008). *La imagen social de las personas con discapacidad*. Madrid: CERMI.

Berzosa, G. (2013). *Las personas con síndrome de Down y sus familias ante el proceso de envejecimiento*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.

Brooks, J. C., Strauss, D. J., Shavelle, R. M., Tran, L. M., Rosenbloom, L. y Wu, Y. W.

(2014). Recent trends in cerebral palsy survival. Part II: individual survival prognosis. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 56, 1065-1071.

Camacho, A., Pallás, C. R., de la Cruz, J., Simón, R. y Mateos, F. (2007). Parálisis Cerebral: concepto y registros de base poblacional. *Revista de Neurología*, 45 (8), 503-508.

Catálogo de Publicaciones de la Administración General del Estado. (2013).

*Accesibilidad, diseño y tecnología*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Cayo, L. (2012). *Hacia unos Servicios Sociales de calidad adecuados a las necesidades de apoyo de las personas con discapacidad*. Madrid. CERMI.

- Causapié, P., Balbontín, A., Porras, M. y Mateo, A. (2011). *Libro blanco sobre envejecimiento activo*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- CERMI. (2012). *El envejecimiento de las personas con discapacidad. Documento de posición del CERMI Estatal*. Madrid: CERMI.
- De Lorenzo, R. (2003). *El futuro de las personas con discapacidad en el mundo. Desarrollo humano y discapacidad*. Madrid: Fundación ONCE.
- España. Real Decreto Legislativo 1/2013, por el que se aprueba el Texto Refundido de la *Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social*. Boletín Oficial del Estado, 289. (2013).
- España. Ley 2/2013, de *Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad*. Boletín Oficial del Estado, 135. (2013).
- Estrategia Europea sobre Discapacidad 2010-2020. Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones, de 15 de noviembre de 2010.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo. Contribuciones a la Psicología*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R., Robine, J. M., Walker, A., y Kalache, A. (2013). Active Aging. A Global Goal. *Current Gerontology and Geriatric Research, Special Issue on Active Aging. A Global Goal. Art ID: 298012*.
- Jiménez, A. (2011). *El estado actual de la accesibilidad de las tecnologías de la información y la comunicación, TIC: Observatorio Fundación Vodafone-CERMI, España 2011*. Madrid: Ediciones Cinca.
- Jones, G. (2009). Aging with cerebral palsy and other disabilities: personal reflections and recommendations. *Developmental medicine and child neurology*, 51 (12-5).

- Jönsson, G., Ekholm, J. y Schult, M. L. (2008). The International Classification of Functioning, Disability and Health environmental factors as facilitators or barriers used in describing personal and social networks: a pilot study of adults with cerebral palsy. *International Journal of Rehabilitation Research*, 31(2), 119-129.
- Law, M., Petrenchik, T., King, G., Hurley, P. (2007). Perceived environmental barriers to recreational, community, and school participation for children and youth with physical disabilities. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 88 (12): 1636-42.
- Madrigal, A. (2007). Familias ante la parálisis cerebral. *Intervención Psicosocial*, 16 (1), 55-68.
- Navas, P., Uhlmann, S. y Berástegui, A. (2014). *Envejecimiento activo y discapacidad intelectual*. Madrid: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, Subdirección General de Documentación y Publicaciones.
- Naciones Unidas (ONU). (2006). *Convención internacional amplia e integral para la protección y promoción de los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad*.
- Naciones Unidas (ONU). (2012). *Envejecimiento en el Siglo XXI: una celebración y un desafío*. Londres: HelpAge International.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF)*. Madrid: IMSERSO.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2002). *Active Ageing*. Ginebra. OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2011). *Informe Mundial sobre la Discapacidad*. Ginebra: OMS.
- Plan Nacional de Accesibilidad 2004-2012. Servicios sociales, Familia y Discapacidad. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

- Strauss, D. J., Rosenbloom, L., Shavelle, R. M. y Brooks, J. C. (2012). Improved survival in cerebral palsy in recent decades?. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 54, 867.
- Turk, M. (2009). Health, mortality and wellness issues in adults with cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 51 (4), 24-29.
- Verdugo, M.A., Rodríguez, A. y Sánchez, M. (2007). *Necesidades percibidas por la familia de adultos con discapacidad intelectual en fase de envejecimiento*. Informe de investigación, IMSERSO e Instituto de Integración en la Comunidad (INICO). Universidad de Salamanca.
- Wehmeyer, M. L. y Abery, B. H. (2013). Self-determination and choice. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 51 (5), 399-411.
- Zamarrón, M. D. (2013). Envejecimiento activo: un reto individual y social. *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*, 21 (449-463).