

Política social del envejecimiento en deficientes mentales : principios y orientaciones de los servicios comunitarios.

Juana M^a Madrid Izquierdo - Anne-Marie Sarlet Gerken

Escuela de Enfermería - Facultad de Educación (Murcia)

“En la mayoría de los países el número de personas de edad está aumentando, y en algunos de ellos, las dos terceras partes de la población de personas con minusvalía son personas de edad. La mayor parte de las causas de su discapacidad (...) no son comunes entre personas con discapacidades más jóvenes y pueden exigir servicios de prevención, tratamiento, rehabilitación y apoyo diferentes”.

(O.N.U.: Programas de acción mundial para las personas con discapacidad. Párrafo 47).

O. Introducción

La vida de los deficientes mentales presenta una paradójica y dramática particularidad. Llegan más tarde, si no a la adultez biológica, si, desde luego, a la mayoría de edad intelectual, cultural y social; y precisamente por ello se habla de su condición como de un “retraso”. Por otra parte, resulta que envejecen antes, más deprisa que las demás personas. La vida del deficiente mental aparece, pues, bastante recortada (también por el acortamiento en su duración cronológica) por lo que estas etapas primera y última (infancia y vejez) adquieren una mayor relevancia.

La ideología y la práctica vigente de integración educativa pueden ocultar que un número elevado de deficientes mentales siguen residiendo en instituciones (sobre todo los mayores de edad y con deficiencia mental grave o profunda lo

hacen en hospitales psiquiátricos o residencias de ancianos). La política de desinstitucionalizadora, dirigida por presupuestos ideológicos “progresistas”, presenta una ambivalencia que pone de manifiesto que no siempre y no sólo se produce por razones sociales de signo humanitario, democrático y solidario, sino que también puede responder a intereses presupuestarios de los gobiernos del Estado del bienestar que se ven desbordados por los elevados costos de las plazas en instituciones: la atención familiar no es más costosa que en las grandes instituciones y al desplazar esa atención hacia la sociedad, se resuelve la atención a grupos de personas marginadas con un considerable ahorro presupuestario.

Ahora bien, la alternativa transinstitucionalizadora se perfila como una opción totalmente válida para aquellos

residentes que necesitan vivir en espacios de convivencia altamente estructurados, protegidos de amenazas exteriores, etc. En estas instituciones (de tamaño reducido y con unos profesionales idóneos) el tiempo está diferenciado y organizado con actividades significativas diversas de trabajo y ocio; se favorecen las relaciones sentimental y de cooperación entre los residentes; también se favorecen la relación con el exterior y se adoptan democráticamente las normas de convivencia. Son opciones diversas de una cuestión social que ocupa su lugar dentro de nuestro modelo de sociedad democrática y del bienestar, respetuosa de las diferencias y defensora de la igualdad de oportunidades ante todas las dimensiones y etapas de la vida de sus ciudadanos. En definitiva, proveedora de mayor atención a la calidad de vida de los grupos marginados de la misma, no sólo por motivos humanitarios y de solidaridad, sino también por razones económicas y políticas: el cambio de estructuras de vida para la población anciana, en general, es ya en la actualidad reconocido como un reto principal de la sociedad. Lo que se necesita reconocer es que las personas deficientes mentales que están envejeciendo tienen los mismos derechos a una satisfactoria calidad de vida que el resto de la población que, también, envejece.

1. Envejecimiento y diferencia mental

Las políticas administrativas gubernamentales y la legislación de todos los países definen la vejez de diversas maneras, en la mayoría de los casos para determinar una edad base para la jubilación, los beneficios del seguro de vejez o las

condiciones para acogerse a servicios sociales. Así, el tamaño y el crecimiento continuado de la población anciana en general se están convirtiendo en fuente de preocupación tanto para los gobiernos y administradores como para las asociaciones privadas y profesionales de la gerontología social y la medicina geriátrica: el aumento de la esperanza de vida de las personas con deficiencia mental debido a los progresos de la medicina preventiva, a los cuidados y a los tratamientos intensivos así como a su atención precoz, exige una reflexión sociológica y económica que no podemos eludir. Ahora bien, aunque los deficientes mentales viven más tiempo y es probable que haya un aumento de los mismos en el futuro, parece que todavía no se le presta una atención suficiente a este colectivo, y es que aún hoy día sigue siendo difícil localizar a esa población "invisible", por lo que se hace prácticamente imposible evaluar sus necesidades. En este sentido, no se trata tanto de un desinterés de las políticas sociales de nuestra sociedad democrática y del bienestar en relación a este grupo social doblemente marginado (deficiencia mental + vejez), como de los obstáculos reales que impiden su localización, control y seguimiento demográfico.

Con todo, sí es posible expresar que las personas ancianas con deficiencia mental representan una población diversa, con diferentes niveles de discapacidades, necesidades de servicios y repuestas al envejecimiento: la población con deficiencia mental leve se puede caracterizar como similar a la población de personas mayores no discapacitadas, si bien son diferentes en aspectos que dependen de su llegada a la tercera edad con una incapacidad que les ha acompa-

ñado durante toda su vida. No obstante, cada deficiente mental mayor debe ser considerado como una persona y contemplando sus necesidades concretas de acuerdo con la situación y circunstancias pues, como muy bien sabemos, en el envejecimiento de estas personas influyen sus características físicas, la calidad de vida previa, las complicaciones inherentes o dependientes de la causa de su deficiencia y el grado de integración familiar y social. Por otra parte, en la naturaleza de las necesidades de servicios de ambos grupos de población existen semejanzas (atención sanitaria, social, psicológica, servicios de apoyo) y diferencias (estructura y manera de prestación de algunos de los servicios y en el hecho de que algunos de ellos pueden necesitarse a una edad más temprana cronológicamente, dado que los efectos biológicos, psicológicos y sociales del envejecimiento pueden aparecer en los deficientes mentales antes de la edad (envejecimiento precoz) en que aparecen normalmente en el resto de personas. En cualquier caso, parece razonable prever que la población actual de deficientes mentales crezca considerablemente en los próximos años debido a la longevidad y al crecimiento global de la población; de ahí la necesidad real de dirigir nuestra atención hacia este grupo social.

Si en la literatura gerontológica existe falta de acuerdo sobre cómo definir la vejez dentro de la población general (hay teorías para todos los gustos, que van desde afirmar que su base es genética, hasta fijar su raíz en los cambios físicos y en el entorno social), de igual modo sucede cuando se trata de consensuar una definición para las personas con deficiencia mental: casi todos los gerontólogos definen la vejez desde una perspectiva

cronológica, si bien no hemos de olvidar que la vejez se inscribe necesariamente en la esperanza de vida prevista para cada grupo étnico y/o cultural dentro de unas coordenadas históricas espacio-temporales.

Ahora bien, la dimensión individual del envejecimiento quedaría caracterizada (BIRREN, 1959) por tres componentes integrales: a) envejecimiento biológico o pérdida progresiva de reservas fisiológicas de una persona; b) envejecimiento psicológico o cambios en las capacidades adaptativas e intelectuales de una persona; c) envejecimiento social o desajustes de la persona en el cumplimiento normalizado de los roles sociales y culturales. En efecto, después de estudios rigurosos (WEBER, 1994:245-246) podemos concluir que la transición hacia la edad adulta y avanzada de los deficientes mentales se caracteriza por numerosos cambios que afectan a las necesidades de estas personas y que los factores relacionados con estos cambios son interdependientes, multicausales. Se debe, asimismo, reconsiderar ámbitos como el ambiente laboral, la organización del tiempo libre, la vivienda, las estructuras de la comunicación social y familiar, la asistencia médica para este período de vida (...) en cuanto a las aptitudes físicas, sociales y psicológicas de la persona. Reconocido esto y con el fin de garantizar una calidad de vida, parece urgente la necesidad de formar, a los responsables de los cuidados, en el conocimiento básico sobre los procesos normales y patológicos del envejecimiento en deficientes mentales, y desarrollar una red de servicios que corresponda a las necesidades concretas de estos usuarios.

1.1. Características más relevantes de los deficientes mentales ancianos.

Según estimaciones demográficas, las personas deficientes mentales mayores comprenden un mínimo del 0,4% de la población general de la misma edad, es decir, cuatro de cada 1000 ancianos (JACOBSON, SUTTON Y JANICKI, 1985) y sólo una pequeña parte del número estimado de deficientes mentales es conocida por los diferentes organismos y recibe algún tipo de ayuda de servicios especializados. En nuestro país, esta población supone como mínimo de 13000 a 20000 personas de más de 60 años. Entre los grupos generacionales, puede haber el doble de personas deficientes mentales en el grupo de edad de 45 a 59 años que en el grupo de 60 en adelante.

En relación al tipo de residencia y condiciones de vida de este grupo social (JANICKI, 1994:22-23), muchas de estas personas viven con sus familias, aunque la mayoría de las conocidas por los organismos especializados son más aptas para vivir en algún tipo de vivienda protegida o en un centro. En general, aquéllas que viven en comunidad tienen más capacidad intelectual y física y un comportamiento más adecuado que las de la misma edad que viven en instituciones.

En nuestra área cultural, si se excluye a las personas con síndrome de Down u otras condiciones genéticas, o las afectadas neurológicamente de manera grave, la esperanza de vida de los adultos deficientes mentales deber ser la de las demás personas de la población general con antecedentes socioeconómicos y culturales similares. La esperanza de vida suele ser mayor para las mujeres o para aquellos

individuos cuya etiología del retraso mental no es genética, o que no han sufrido una prolongada institucionalización (LUBIN Y KIELY, 1985). Aunque la aparición precoz del envejecimiento es más frecuente entre personas con ciertas condiciones (síndrome de Down, por ejemplo) esto no resulta necesariamente cierto para el resto de este grupo de población. Hay pruebas de que la demencia senil del tipo de la enfermedad de Alzheimer puede empezar a una edad relativamente temprana entre las personas que sufren síndrome de Down. Asimismo, algunas capacidades, como el funcionamiento motor grueso y algunas medidas del rendimiento, muestran una decadencia precoz en el proceso de envejecimiento, mientras que otras, no muestran esta decadencia hasta mucho más tarde. Así pues, en términos de estado de salud, las personas deficientes mentales mayores, con algunas excepciones, tienen índices similares de problemas sanitarios que las no retrasadas de su misma edad. La necesidad y provisión de servicios psiquiátricos disminuyen cuando aumenta la edad, de forma que los individuos deficientes mentales "ancianos-jóvenes", de 65 a 74 años, precisan más servicios que los "ancianos-viejos", de 75 años en adelante.

2. Calidad de vida, servicios comunitarios y función geronto-educativa.

Como ya ha quedado expresado, parece evidente que se generan actuaciones para resolver problemas cuando éstos se consideran relevantes. Por ello, no es de extrañar que hasta ahora no se hayan planteado soluciones específicas para las

personas con deficiencia mental que envejecen.

Las necesidades de servicios para este colectivo no son, en muchos aspectos, tan diferentes de las de los deficientes mentales en general y los ancianos de la población más normal. Es más, podríamos señalar que las necesidades primarias de servicios para ambos grupos suelen encontrarse en el área de las necesidades para la supervivencia (vivienda, ingresos, alimentación,...); reconocimiento de su identidad personal; libertad de acción y de elección en la medida de sus posibilidades; contactos sociales con la familia, amigos y otras personas; ocasiones para realizar actividades; respeto a la vida privada; constante preocupación de que se les asegure una calidad de vida satisfactoria; (...) la diferenciación de estas necesidades estaría en la combinación de los factores del envejecimiento y de la deficiencia mental, situación doblemente difícil. Y es que, aunque la persona "media" que pasa por el proceso del envejecimiento ha de efectuar muchos ajustes, al menos no tiene que hacer frente a la dificultad añadida de la incapacidad de la deficiencia mental. Por otra parte, las personas ancianas más normales ya han tenido numerosas experiencias vitales en el pasado que les sirven de referencia para hacer frente a los problemas relacionados con el proceso de envejecimiento.

Ahora bien, si tuviéramos que mencionar algunos de los servicios necesarios para que este grupo poblacional pueda vivir semi-independientemente dentro de la comunidad, mencionaríamos los diferentes servicios sociales y de tiempo libre, programas de trabajo en talleres protegidos de formación profesional, servicios de día, sanitarios, asilos y hogares-

residencias para grupos, servicios de información, asesoramiento, protección y defensa ciudadana, ayuda financiera, (...). Si se quieren establecer estos servicios, parece necesario adoptar ciertas medidas antes de su aplicación como desarrollar el conocimiento sobre las causas y características de la deficiencia mental en la comunidad; realizar un programa de detección para identificar a esta población de deficientes mentales ancianos; determinar las necesidades concretas de este grupo de personas; desarrollar la conciencia pública sobre los problemas y necesidades especiales de estas personas; creación de los servicios necesarios; organización de servicios de información para usuarios y profesionales que los atienden; evaluar la efectividad de los servicios. Debido al principio de "normalización", parece aconsejable que los deficientes mentales ancianos deber ser integrados en el sistema general de prestación de servicios sociales y sanitarios o, al menos, en los programas que atienden a la tercera edad en general. Sin embargo, estas personas encuentran barreras cuando intentan acceder a servicios comunitarios disponibles para otros ancianos: el *deficientismo* o actitudes negativas por parte de funcionarios, administradores y las demás personas de edad avanzada ante las personas incapacitadas, rechazando que éstas utilicen sus servicios o se integren en su programa; la *barrera económica* o limitación presupuestaria para realizar programas, induce a pensar que sea el organismo específico de minusvalía psíquica quien utilice sus recursos en la atención a estas personas; la *inexperiencia, desconocimiento y el temor de los profesionales* que cuidan de esta personas, pues raramente están cualificados para este trabajo.

Una política social que pretenda ser eficaz debe enmarcarse dentro de un plan de acción integral que fije unos objetivos por áreas de actuación y que se desarrolle a través de medidas concretas. Se pretende mejorar la calidad de vida de estas persona creando recursos necesarios y fomentando el protagonismo en la sociedad de este colectivo mayoritariamente ignorado, para lo cual habrá que intervenir en los valores sociales vigentes en la actualidad. En todo caso, no se trata de intervenir en la inmediatez del tiempo, sino de preparar a medio plazo unas condiciones más idóneas para el logro de mayores cotas de bienestar social.

La literatura nos indica que no hay una **definición** simple de calidad de vida de las personas con y sin discapacidad. El modelo de la teoría óptima sugiere que la experiencia en la superposición de las necesidades humanas básicas, en los valores culturales, y en las experiencias de los individuos, que incluyen las capacidades específicas encontradas en los sujetos con discapacidad. De forma similar, no existe una **metodología** simple para estudiar aspectos de calidad de vida, pues este concepto es esencialmente subjetivo por naturaleza. Asimismo, conseguir y utilizar conocimiento relacionado con la calidad de las personas con discapacidad no es una tarea fácil, sin complicación y falta de valor. Tal conocimiento se obtiene mejor a lo largo del tiempo, de las propias personas con discapacidad y otras cercanas. Es necesario renovar continuamente este conocimiento para reflejar los cambios en las necesidades y contextos. Los servicios y programas para las personas con discapacidad deben tener en cuenta el ajuste entre los aspectos de calidad de vida que se han identificado como impor-

tantes para cada persona y el proceso de planificación de programas, procedimientos de evaluación y resultados de los servicios. Las personas con discapacidad, los otros cercanos y los proveedores de servicios deben trabajar juntos para identificar temas importantes de calidad de vida que pueden servir como contexto en la planificación y evaluación de programas y servicios. Los servicios de calidad desarrollados en este contexto deben proporcionar a los sujetos opciones de elección de su propia calidad de vida subjetiva y al mismo tiempo respetar la elección del sujeto en relación a en qué medida accede a sus propias opciones. Los aspectos de calidad de vida han jugado un papel importante en el desarrollo de prácticas profesionales prometedoras y estos temas continuarán siendo relevantes (DENNIS, 1994:13). Las dimensiones de la calidad de vida que se utilizan más frecuentemente para evaluar la prestación de la atención incluyen la normalización, el grado de autonomía del usuario, las oportunidades para el desarrollo personal y la felicidad general. Un instrumento adecuado para su evaluación lo proporciona el **Stamina** que revisa, dando pautas de valoración, la preparación al retiro; el apoyo a las personas de edad y mentalmente deficientes en el hogar, con familiares o solos; las necesidades de los familiares que cuidan de personas con deficiencia mental; la situación de personas de edad deficientes mentales en cuidados residenciales y, finalmente, las responsabilidades de las propias organizaciones de voluntarios y/o asociaciones con el colectivo comprobando que (VAZQUEZ y otros, 1992:43) exista un servicio de apoyo y amistad para ofrecerlo a las personas deficientes mentales

que sean huérfanas; los padres y profesionales conozcan los servicios de apoyo disponibles y con quién tienen que ponerse en contacto; a los padres y familiares disponibles, fundaciones tutelares, etc; se cuente con un procedimiento reconocido y conocido para tratar situaciones de emergencia cuando fallecen los padres; haya revisiones regulares sobre las necesidades de las personas de edad con deficiencia mental; se confeccione un informe anual facilitando detalles importantes acerca de cada persona de edad deficiente mental; estén recibiendo las prestaciones y servicios a los que tienen derecho.

2.1. La atención basada en la comunidad.

Durante los diez o veinte últimos años, en la mayoría de los países occidentales, los servicios a favor de las personas deficientes en general han progresado a través de tres etapas distintas y sistemática, tendiendo este progreso a reflejar actitudes similares en la comunidad. Estas etapas han supuesto un movimiento desde los sistemas administrados y orientado médicamente, pasando por los planteamientos psicológicos /rehabilitadores, hasta la importancia que se da actualmente a la vida independiente basada en la comunidad. Veamos.

Cambios en la conceptualización de los servicios para discapacitados.

	PRIMERO	SEGUNDO	TERCERO
Panteamiento Enfasis	modelo médico facilidad tratamiento, contención	rehabilitación psicológica aprendizaje de aptitudes para adaptación (cambio en el cliente)	vida independiente en la comunidad. desarrollo comunitario, formas formas alternativas de de atención (cambio social)
Formación del personal	enfermería, hospital	especializada en universidad (psicología, trabajo social.)	genérica en la atención directa, en escuelas superiores, acceso amplio.
Papel cliente	paciente	alumno	ciudadano.
Fundamento	protección del cliente, acceso a instituciones especializadas.	la aceptación y el acceso según aptitudes del cliente.	igualdad de derechos de acceso.
Enfoques	tratamiento farmacológico	modificación de conducta; terapia	defensa ciudadana, habilitación, desarrollo comunitario

El análisis de conceptos tan fundamental en cuanto a la atención como desinstitucionalización y sus principios asociados de normalización y la alternativa menos restrictiva sólo puede emprenderse con referencia a estos cambios actitudinales genéricos. Así, en un planteamiento psicológico/rehabilitador la desinstitucionalización significa insistir en el entrenamiento intensivo de las aptitudes adaptativas de los clientes inca-

pacitados para permitirles “adaptarse” a la comunidad. En el enfoque del desarrollo comunitario, la desinstitucionalización supone desarrollar medios por los que la comunidad debe cambiar a fin de recibir a las personas deficientes que tienen el derecho de acceso a sus instalaciones y de participar en ella. Dentro de estas tres etapas, se ha replanteado progresivamente la conceptualización de la persona deficiente, el papel del paciente del **modelo**

médico ha cambiado por el de alumno o del paradigma psicológico y, más recientemente, por de persona en desarrollo o ciudadano en el enfoque basado en la comunidad (GUY, 1991:47-48). Cada etapa tiene sus problemas asociados aún por resolver, y el estado actual del concepto de desinstitucionalización es un reflejo claro de estos dilemas. Los problemas del planteamiento médico han sido perfectamente documentados y estudiados, pero los de las otras etapas están apareciendo ahora; los servicios tienden a encontrarse en una u otra de las dos últimas etapas.

En el **paradigma de rehabilitación**, la persona discapacitada debe demostrar o “probar” su competencia para alcanzar una cierta forma de colación comunitaria; se insiste especialmente en el uso de las técnicas conductistas para desarrollar la autoayuda y las habilidades para un trabajo repetitivo. En este enfoque, la normalización se ha interpretado frecuentemente como un “fin” en lugar de un “medio”, y los programas de formación han tendido a ser demasiado intensivos y, al mismo tiempo, culturalmente inadecuados.

En el **paradigma basado en la comunidad** se necesita que la comunidad demuestre su capacidad para proporcionar alternativas que atiendan las necesidades de las personas incapacitadas y sus familias; se insiste, sobre todo, en opciones residenciales tales como la adopción, los padres adoptivos, la ayuda a domicilio, los hogares familiares de grupo, la atención exterior (...). De hecho, estas alternativas se han desarrollado lentamente, si es que lo han hecho, dejando frecuentemente a los usuarios y a sus familias más aisladas que cuando estaban

alojadas en las antiguas instituciones. El progreso hacia este enfoque, en el último decenio, alentado por los esfuerzos gubernamentales por reducir el gasto en bienestar social, indica que existe un consenso general en la idea de que es más económico fomentar la colocación de estas personas “no deseadas” en la comunidad, cuando no están adecuadamente desarrolladas las estructuras necesarias de apoyo económico y los programas de desarrollo comunitario.

Una de las principales corrientes de pensamiento que actúan a favor de la interpretación y ejecución de la desinstitucionalización comunitaria es su propia base de valores, que se fundamenta en el principio de normalización, menos restricción y derechos individuales y, en consecuencia, implica “comunitización” de las personas deficientes con un replanteamiento de los modelos actuales de prestación de servicios, pues hasta que estos principios no han sido adoptados, los servicios sociales han actuado como agentes de control social por medio de la identificación-etiquetaje de las características desviadas de las personas; mantenimiento aislado de las personas desviadas, asegurando así que la carga de la atención correspondiera al Estado; y enseñar a estas personas a adaptarse a su condición desviada. Shadish (1989), en una reciente revisión crítica de la desinstitucionalización, va más lejos y sugiere que el proceso es una solución de las ciencias sociales separada de la realidad de las soluciones de los servicios sociales que se han desarrollado; estas últimas son la antítesis de la “normalización” e incluyen expectativas públicas tales como la profesionalización, el aislamiento o la falta de interés y la motivación basada en los beneficios.

2.2. La función geronto-educativa.

Envejecer no es una enfermedad. La falsa idea enraizada en demasiadas personas, aún hoy día, viene a significar que una vez concluido el período de infancia y adolescencia en los deficientes mentales no puede hacerse más, no hay gran cosa que esperar. Todo lo más que podría intentarse sería evitar regresiones y empeoramientos..... De este modo se plantean los límites de la acción educativa y las razones que hacen que el sector geriátrico de la educación de los deficientes mentales siga siendo un campo desvalorizado, percibido subjetivamente como de menor interés y asimilado, con frecuencia, a una prestación de servicios que sólo exige pocos conocimientos específicos porque carece de pretensiones de eficacia. Esta representación simplista del marco sanitario y social de las personas mayores con discapacidad mental (asociada a imágenes estereotipadas de asilos, lugares para morir y otros clichés negativos de la vejez), complica la definición de los papeles profesionales y corre el riesgo de desembocar en conflictos de competencia, encontrando los problemas relacionados con la división del trabajo en los sectores sanitario y social (KORPES, 1994:125). Se favorece, así, el empleo de personal poco cualificado o incluso extraño en este ámbito de actividad, lo que fomenta el descrédito ante la opinión pública de estos trabajos considerados de segundo orden. Por todo ello, se impone la necesidad de cuestionar las ideas preconcebidas que desde el ámbito ideológico de la sociedad obstaculizan el conocimiento y las consiguientes posibilidades de mejora de la calidad de vida de estas personas. Así, por ejemplo, la idea de la imposibilidad de evolución de los

deficientes ancianos sólo podría aceptarse cuando realmente se haya intentado todo para hacerlos evolucionar..... lo que todavía no ocurre. La función educativa, por tanto, debe ser replanteada.

En este sentido, hemos de señalar que la función geronto-educativa se ha impuesto después de estudios relativos a los límites de la acción educativa en ancianos deficientes mentales. Esta función empezó a existir cuando los fenómenos de aprendizaje e instrucción no podían bastar ya para identificar y caracterizar la función educativa que actúa en el envejecimiento: faltaba el aspecto de ayuda, acompañamiento, proyecto enfrentado a la gestión del tiempo de la persona que recorre su vida, sea cual fuere su discapacidad mental. La función geronto-educativa, pues, pone de manifiesto que el acto educativo ha de prolongarse tanto como se deba, mientras se pueda, en las condiciones que sean, a favor de las personas que necesitan ayuda, comprensión, apoyo sostenido para desarrollar y perfeccionar del mejor modo posible su proyecto de vida (SEGUIER, 1985). La función geronto-educativa actúa tanto en el ámbito de la prevención como en de la protección. La condición específica de los deficientes mentales ancianos continúa hoy inscrita en una perspectiva de marginación social, estigmatización y exclusión. Con frecuencia son colocados en instituciones donde se han subestimado sus posibilidades acentuando sus diferencias respecto a la norma, en lugar de dedicarse a descubrir y fomentar sus facultades y talentos; su estatus es el de miembros inactivos de la sociedad. También en el campo de la pedagogía, la cuestión sobre la incapacidad era igualmente el punto de partida de las reflexiones y la coartada justificativa

de la impotencia del personal para hacer evolucionar a las personas hacia una mayor autonomía con perspectivas a su posible integración social.

La acción geronto-educativa constituye el desafío de una nueva mirada con el otro y por el otro hacia el futuro de las personas que tienen deficiencia mental y que envejecen. Esta acción consiste en dotar al envejecimiento de este grupo social de su propia dinámica: la persona dominará el campo al que pertenece y se sentirá insertada en un contexto significativo para ella; la prevención y protección del envejecimiento consistirán, a menudo, en ayudar a estas personas a contar cosas, a perpetuar sus recuerdos para impedir cualquier proceso de invalidez y/o al menos aplazar su aparición. La riqueza de lo vivido, del saber, del saber hacer y del saber ser de la persona deficiente mental que envejece, se convierte en un testimonio esencial para el mismo ser que conserva activa su toma de conciencia del tiempo y del espacio (KORPES, 1994:130). El apoyo pedagógico, pues, consistiría en caminar con la persona anciana y deficiente para ayudarle a reconocer su camino, apreciar las etapas cubiertas, las huellas dejadas, transmitidas. La animación constituye el principal enfoque pedagógico preventivo del envejecimiento. El papel del educador debe dirigirse progresivamente hacia un acompañamiento, camaradería, lleno de reciprocidad y comprensión, estimulante. La aceptación del envejecimiento y de sus efectos depende, en gran parte, de la manera en que el propio personal sea formado e informado y, para que los servicios no se detengan, parece que ha llegado el momento de preocuparse por la **formación de estos profesionales**, pues es el

eje prioritario de toda política de servicios para el presente y futuro más inmediato.

Ahora bien, ¿qué formación sería la más adecuada para realizar la acción geronto-educativa? Desde el punto de vista de los equipos directivos de los centros se postula una formación de los educadores que, entre otras cuestiones, les capacite para 1º)elaborar estrategias que permitan la integración de los residentes; 2º)identificar, con la ayuda de las familias, las necesidades, deseos, proyectos, recursos de las personas deficientes que tienen a su cargo; 3º)situar su función de acompañante teniendo en cuenta el entorno; 4º)participar de una concepción sana de la vejez; 5º)respetar y favorecer el diálogo entre la familia y la institución; 6º)respetar costumbres y hábitos de los deficientes mentales ancianos. En síntesis, poder conceptualizar y sistematizar su práctica profesional para convertirla en un "saber hacer" específico, afianzando las posibilidades de una formación continua que relacione y confronte la teoría y la práctica desde la reflexión.

También los estudiantes muestran sus preferencias formativas que consideran requisitos necesarios para una futura actividad profesional valiosa y eficaz. He aquí algunas de estas (KORPES, 1994:132-133): tener un conocimiento completo de la deficiencia mental; adquirir técnicas pedagógicas idóneas; poder definir con mayor precisión su trabajo individual y en equipo; acceder a cursos de desarrollo personal; estudiar las ideas, aptitudes y conductas frente a los deficientes mentales; desarrollar una investigación aplicada y dinámica; profundizar en las cuestiones éticas y asistenciales planteadas por el envejecimiento de esta

población; dominar los campos interpersonales y afectivos. Es decir, una formación que permita comprender el proceso de envejecimiento de los deficientes mentales en el plano personal, interpersonal y profesional que permita la adecuada adaptación de las actividades prácticas que comprenden los diversos programas de animación socioeducativa relativos a la *autonomía personal* (aseo, presentación personal y ordenación del espacio propio); a la *formación* (aspectos cognitivos para resolver problemas de la vida diaria y efectuar análisis de tareas -proceso por el que la realización de una tarea se descompone en sus elementos integrantes más elementales- con una orientación práctica; al *ocio y tiempo libre* (distinguiendo entre actividades dentro del hogar como música, lectura, juegos de mesa, labores de hogar, gimnasia de mantenimiento (...), y actividades fuera de casa como taller de naturaleza, paseo, espectáculos, jardinería, cría de animales, (...); a los *programas de salud* (prevención de tratamientos y control de enfermedades crónicas) teniendo en cuenta la edad cronológica, el nivel intelectual y la movilidad, así como fomentar las relaciones interpersonales y delimitar los espacios físicos según preferencias comunes. La clave del bienestar se encuentra en la capacidad de adaptación a las nuevas situaciones. La realización de una correcta animación educativa en este grupo de población no sólo tiene un valor terapéutico y preventivo frente a situaciones de deterioro y regresión psíquica y fisiológica. Mantener y elevar el nivel de autoaceptación y estima favorece una dinámica, un ambiente más próximo a la felicidad (objetivo último de toda acción social).

En cualquier caso, la acción gerontoeducativa implica cada vez más a equipos *multidisciplinares* (educadores especializados, sociólogos, psicoterapeutas, fisioterapeutas, psicomotricistas, trabajadores sociales, pedagogos, psicólogos, ergoterapeutas, auxiliares, colaboradores voluntarios,...) que permiten responder a las diferentes necesidades de las personas con deficiencia mental que envejecen. Por otra parte, en un trabajo en el que planea el cansancio y la rutina, es interesante la interacción de personas que proceden de campos diferentes, porque así se enriquecen y se permite mantener cierto dinamismo. Pensamos, asimismo, que las personas con deficiencia mental tienen derecho a contar con acompañantes formados, motivados, competentes y contentos de vivir a su lado (...), por lo que parece necesaria una formación básica a toda persona que desee trabajar con ellos y que los candidatos posean una sensibilidad social imprescindible para realizar correctamente su trabajo.

Notas bibliográficas

- BEWER, G (1994): "Calidad de vida y envejecimiento en la deficiencia mental", en P. Azúa (ed.), *Deficiencia mental y envejecimiento*, Madrid, S.I.I.S., pp. 233-248.
- BIRREN, J.E. (1959): "principles of research in aging", en J.E. Birren (ed.), *Handbook of aging in the individual*, Chicago: University of Chicago Press, pp.278-294.
- DENNIS, R.E. y otros (1994): "Calidad de vida como contexto para la planificación y evaluación de servicios para personas con discapacidad", *Rvta. Siglo Cero*, vol.25(5), pp.5-16.
- GUY, G (1991): "La atención basada en la comunidad", *Rvta. Siglo Cero*, nº 133, pp. 46-51.

- JANICKI, M.P. (1994): "Perspectiva general del envejecimiento y la deficiencia mental", en P. Azúa (ed.), *Deficiencia mental y envejecimiento*, Madrid, SIIIS, pp.7-50.
- KORPES, P (1994): "El envejecimiento de los deficientes mentales. Formación del personal y organización de los servicios", en P. Azúa (ed.), *Deficiencia mental y envejecimiento*, Madrid, SIIIS, pp. 97-189.
- LUBIN, R.A Y KIELY, M (1985): "Epidemiology of aging in developmental disabilities", en M.P. Janicki y otros (ed.), *Aging and developmental disabilities: Issues and approaches*, Baltimore, Paul H. Brookes.
- VAZQUEZ, C y otros (1992): "Planificación de servicios y programas de intervención", *Rvta. Siglo Cero*, nº 140, pp.42-47.