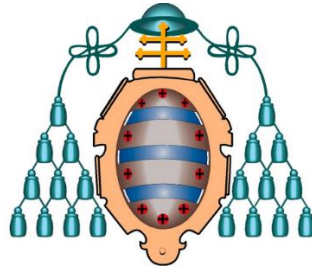


UNIVERSIDAD DE OVIEDO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Máster en Psicología General Sanitaria

2020-2021

DISCAPACIDAD INTELECTUAL, ENVEJECIMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

INTELLECTUAL DISABILITY, AGING AND QUALITY OF LIFE

(Trabajo teórico de revisión)

ELENA AMPARO GONZÁLEZ BECERRA

Oviedo, enero de 2021

Resumen

Antecedentes. El aumento en la esperanza de vida de la población ha generado nuevos retos en la provisión de apoyos y servicios a las personas con discapacidad intelectual (DI), que presentan un envejecimiento precoz. En este trabajo se examinaron las ocho dimensiones del modelo de calidad de vida (CV), con el objetivo de identificar los indicadores más influyentes para lograr un envejecimiento de calidad, así como los programas de buenas prácticas implementados para tal fin.

Método. Se realizó una revisión sistemática de artículos científicos de los últimos seis años en la plataforma de la Web of Science (WOS) y en diferentes bases de datos (PsycInfo, PubMed, Scopus, SciELO, Google Scholar). En total 35 artículos cumplieron criterios de inclusión.

Resultados: Se constató la interacción entre las dimensiones del modelo de CV, así como los indicadores determinantes para el logro de un envejecimiento de calidad.

Discusión. Se discute sobre la importancia de la provisión de apoyos mediante la implementación de programas de buenas prácticas desde los distintos planos del sistema social, y la prioridad de proporcionar oportunidades para el desarrollo personal, acorde al modelo de CV, para lograr un envejecimiento de calidad.

Palabras clave: discapacidad intelectual; envejecimiento; calidad de vida; buenas prácticas.

Abstract

Background: The increase in life expectancy of the population has generated new challenges in the provision of supports and services to people with intellectual disabilities (ID), who present an early aging. In this work, the eight dimensions of the quality of life (QOL) model were examined, with the aim of identifying the most influential indicators for achieving quality aging, as well as the programs of good practices implemented for this purpose.

Method: A systematic review of scientific articles from the last six years was carried out in the Web of Science (WOS) platform and in different databases (PsycInfo, PubMed, Scopus, SciELO, Google Scholar). In total 35 articles met inclusion criteria.

Results: The interaction between the dimensions of the QOL model, as well as the determining indicators for the achievement of quality aging, was noted.

Discussion: It discusses the importance of providing support through the implementation of good practice programs from different levels of the social system, and the priority of providing opportunities for personal development, according to the QOL model, to achieve quality aging.

Keywords. intellectual disability, aging, quality of life, good practices.

Discapacidad intelectual, envejecimiento y calidad de vida

El envejecimiento de la población es una realidad en nuestro país. Las personas con 65 años o más suponen un 19% de la población, con cifras que ascienden a un total aproximado de 8.908.151 de personas (Abellán et al., 2019). Además, esta tendencia al alza seguirá en las próximas décadas debido a las mejoras en las condiciones de vida y los avances en medicina y tecnología. Así, previsiblemente en 2033 este colectivo supondrá el 25% del total de población (Instituto Nacional de Estadística, 2018). Este progresivo envejecimiento de la población conlleva también importantes efectos y repercusiones económicas y sociales a medio y a largo plazo, habiendo suscitado especial interés los efectos que tal cambio demográfico tendrán sobre el número de personas con discapacidades y los servicios que se les proporcionan (Albarrán et al., 2002). En este sentido, en este trabajo entenderemos la *discapacidad* tal y como es concebida en la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF; Organización Mundial de la Salud, 2001), esto es, no como consecuencia exclusiva de las características del propio individuo, sino debida a la interacción de la persona con el entorno (físico, social y actitudinal); es decir, asociada a conceptos clave como los de ‘actividad’ y ‘participación’ de la persona en su entorno social (Jiménez et al., 2002).

Según esta definición y los datos recogidos por el IMSERSO (2018), el número de personas con reconocimiento de grado de discapacidad superior al 33% era de 3.078.350, cifra que corresponde mayoritariamente a edades más avanzadas, suponiendo la población de 65 años o más un 45% del total. Este progresivo incremento del envejecimiento de las personas con discapacidad, no solo en nuestro país sino también a nivel mundial, ha sido definido como “emergencia silenciosa” por el Comité de Rehabilitación e Integración de las Personas con Discapacidad (Aguado y Alcedo, 2004), y constituye una nueva realidad social que ha cogido desprevenidos a responsables de servicios sanitarios y sociales (Otamendi y Navas, 2018). En el presente trabajo nos centraremos de manera más concreta en el proceso de envejecimiento de la población con discapacidad intelectual (DI), que actualmente supone el 9% de la población con reconocimiento de grado de discapacidad (IMSERSO, 2018). Si en épocas anteriores estas personas no alcanzaban la cuarta o quinta década de vida, en la

actualidad no solo la alcanzan sino que muchas de ellas sobreviven a sus progenitores (Millán, 2006).

Según la literatura científica, el proceso de envejecimiento en las personas con DI se manifiesta a partir de los 40 años (Johansson et al., 2017), más notoriamente entre los 45 a 50 años (Otamendi y Navas, 2018); es decir, de forma mucho más temprana que en la población sin discapacidad, para la cual el inicio se sitúa entre los 65-70 años (Abades y Rayón, 2012).

Esta población emergente supone novedosos y particulares retos, y uno de los más decisivos estriba en dar respuesta política y profesional a las nuevas necesidades que presentan las personas con DI en proceso de envejecimiento y a las derivadas de la intensificación y agravamiento de las ya existentes (Beadle-Brown et al., 2015; Lehmann et al., 2013). La bibliografía especializada coincide en afirmar que es mucho aun lo que se desconoce acerca de sus condiciones de vida, de sus problemáticas, de los efectos del sobrevejecimiento e, incluso, de las situaciones de exclusión social a las que suelen enfrentarse (Chatterji et al., 2015; Coyle et al., 2016; Navas et al., 2014; Solís et al., 2019).

Por su parte, el constructo de *calidad de vida* (CV) surge a mediados de los 80 del siglo pasado, coincidiendo con el cambio de paradigma en la forma de entender las discapacidades intelectuales y del desarrollo (DID), para hacer énfasis en un enfoque ecológico de la discapacidad que tiene en cuenta a la persona y su ambiente así como la provisión de apoyos individualizados en entornos comunitarios inclusivos (Verdugo y Schalock, 2013). Esta evolución del paradigma de las DID puede explicarse como el camino que va de ser considerado un mero “paciente” o mero receptor de cuidados a ser considerado un ciudadano de pleno derecho. En este escenario, el concepto de CV ha evolucionado desde una noción sensibilizadora que describe “*qué*” valora y desea cada individuo, hasta un marco teórico y de evaluación que sugiere “*cómo*” guiar las prácticas profesionales en los programas, la evaluación de resultados personales y la mejora continua de la CV (Verdugo y Schalock, 2009). Este marco conceptual servirá, además, para la implementación de los artículos contenidos en la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad (Naciones Unidas, 2006), derechos fundamentales de cualquier ser humano y, por tanto, aplicables a las personas con DI. Se reconocen, así, los derechos de este colectivo y se enfatiza su papel como agentes

activos, sobre la base de los principios de no discriminación, igualdad de oportunidades y accesibilidad (Navas et al., 2012).

De este modo, siguiendo el modelo propuesto por Schalock y Verdugo (2002, 2003, 2007), podemos entender la CV individual como un estado deseado de bienestar personal multidimensional influenciado por factores personales y ambientales. Estas dimensiones del modelo son comunes para todas las personas, aunque pueden variar individualmente en función de la importancia y valor que se les atribuye, ya que su evaluación está basada en indicadores que son sensibles a la cultura y al contexto en que se aplica (Schalock y Verdugo, 2007). Así, el concepto de CV utiliza indicadores referidos a ocho dimensiones que representan el núcleo de las necesidades fundamentales de la vida de cada persona: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, bienestar físico, desarrollo personal, inclusión social, autodeterminación, y derechos (Schalock y Verdugo, 2002). El modelo propugna la búsqueda de tres aspectos esenciales para la persona con DI: independencia, participación social y bienestar (Verdugo et al., 2013). Tal y como se ha señalado, estas ocho dimensiones son inherentes a la condición de persona y transversales a lo largo del ciclo vital. Asimismo, tanto el concepto de CV como el propio proceso de envejecimiento han de ser entendidos desde una perspectiva ecológica, con cambios a nivel microsocia, mesosocia y macrosocia (Cantor y Little, 1985; Verdugo y Schalock, 2013).

Los principios de actuación para lograr un envejecimiento de calidad en este colectivo se deben basar en potenciar su inclusión en la comunidad, su autodeterminación y la provisión de apoyo familiar (Navas et al., 2014). El traslado del constructo de CV al ámbito aplicado implica el desarrollo de políticas y prácticas que aseguren que los recursos y programas orientados a promover un envejecimiento estén disponibles para la población general y para aquellas personas con DI en proceso de envejecimiento (Navas et al., 2014). Es vital, por tanto, centrar la atención en las necesidades de estas personas y, especialmente, de aquellas con mayores necesidades de apoyo, ya que muestran un mayor grado de vulnerabilidad social (Verdugo y Navas, 2017). De hecho, el Programa Marco de Investigación e Innovación de la Unión Europea - 'Horizon 2020' plantea la necesidad de líneas de investigación que sirvan de apoyo para que las personas con discapacidad que envejecen alcancen una vida plena,

activa, autónoma y de calidad acorde a los principios recogidos en el año 2006 en la Convención de Naciones Unidas.

Al respecto, las dimensiones de calidad de vida, los indicadores y los aspectos a trabajar durante el proceso de envejecimiento de las personas con DI fueron señalados ya hace varios años en un estudio sobre envejecimiento activo y discapacidad intelectual (Navas et al., 2014), tal y como recoge la Tabla 1.

La temprana y adecuada identificación de todos estos indicadores relacionados con las distintas dimensiones de CV garantizan el acceso a los apoyos y recursos adecuados para estas personas (Coyle et al., 2016; Navas et al., 2014). El envejecimiento satisfactorio de las personas con DI dependerá del éxito alcanzado a la hora de dar respuesta a las necesidades surgidas en esta etapa del ciclo vital. Pese a su importancia, la escasez de estudios que abordan las dimensiones e indicadores de CV de este colectivo es notorio (Hole et al., 2013; Schalock y Keith, 2016; Solís et al., 2019).

Ante esta situación, en el presente trabajo se plantea una revisión sistemática centrada en la CV de personas con DI en proceso de envejecimiento con el objetivo de conocer el estado de la investigación acerca del constructo de CV postulado por Schalock y Verdugo en 2002, centrándonos en la población con DI de más de 40 años. Para ello, se examinará la literatura disponible desde el año 2014 al considerar el trabajo “envejecimiento activo y DI” (Navas et al., 2014) el punto de partida del presente trabajo. Se indagará sobre los indicadores/factores determinantes para cada una de las dimensiones de CV, así como la interrelación entre ellas. Además, se expondrán algunos programas de buenas prácticas recientemente puestos en marcha para la mejora de la CV.

Tabla 1*Dimensiones de CV, indicadores y aspectos a trabajar (recuperada de Navas et al., 2014, p.12)*

Dimensiones de CV	Indicadores	Aspectos trabajados en cada dimensión
Bienestar Físico (BF)	Salud; actividades de la vida diaria; atención sanitaria	Detección temprana de condiciones de salud asociadas al proceso de envejecimiento; formación de profesionales sociosanitarios en envejecimiento y discapacidad intelectual; acceso a programas de promoción de la salud.
Bienestar Material (BM)	Estatus económico; empleo; vivienda	Sentido de continuidad a través de la puesta en marcha de programas de transición a la jubilación; adaptación de políticas de protección social; desarrollo de formas alternativas de vivienda para aquellas personas con DI que envejecen y estrategias para favorecer el envejecimiento en el entorno habitual.
Bienestar Emocional (BE)	Satisfacción; auto concepto; ausencia de estrés	Estresores relacionados con el proceso de envejecimiento; incidencia de problemas de salud mental en la población con DI que envejece; estrategias para la formación de profesionales en diagnóstico dual; duelo, envejecimiento y discapacidad intelectual.
Derechos (DE)	Derechos humanos; derechos legales	Identificación de derechos que puedan verse especialmente vulnerados durante esta etapa del ciclo vital. Propuestas de actuación para empoderar a las personas con DI que envejecen en cuanto a la defensa de sus derechos se refiere a través de actividades de formación y autogestión.
Autodeterminación (AU)	Autonomía/control personal; metas y valores personales; elecciones	Estrategias para la puesta en marcha de intervenciones centradas en la persona, que enfatizan la toma de decisiones y el logro de resultados y deseos personales en áreas cruciales durante el proceso de envejecimiento como son la salud y el bienestar físico, la jubilación, el tiempo de ocio, las decisiones con respecto al entorno de vivienda, los aspectos financieros o las decisiones relacionadas con el final de la vida.
Inclusión Social (IS)	Integración y participación en la comunidad; roles comunitarios; apoyos sociales	Participación activa de las personas mayores con DI en su comunidad; opciones de residencia o vivienda que favorecen la inclusión social durante el proceso de envejecimiento de las personas con DI.
Relaciones Interpersonales (RI)	Interacciones; relaciones; apoyos	Fomento de las relaciones interpersonales a través de experiencias de ocio integradas en la comunidad; propuestas y estrategias de colaboración con servicios comunitarios y pertenecientes a la red de servicios para la tercera edad.
Desarrollo Personal (DP)	Educación; competencia personal; desempeño	Estrategias y programas para incrementar las oportunidades de aprendizaje durante esta última etapa del ciclo vital; revisión de centros de día alternativos o programas que ofrezcan oportunidades de formación y educación.

Método

Tipo de estudio

Se realizó un estudio de revisión agregativo sobre la CV en personas con DI que envejecen a fin de unificar los resultados de los trabajos más recientes (Fernández-Ríos y Buela-Casal, 2009) y poder dar respuesta a las preguntas de investigación planteadas. Para la realización de la revisión bibliográfica se han seguido las recomendaciones de la Declaración PRISMA (Moher et al., 2009).

Estrategias de búsqueda

Durante la búsqueda se consultaron diferentes fuentes, principalmente la plataforma de la Web of Science (WOS). Entre ellas, se consultaron las bases de datos PsycInfo, PubMed, Scopus, SciELO y el buscador Google Scholar.

Los descriptores utilizados han sido las ocho dimensiones del constructo de CV: “*physical well-being*”, “*material well-being*”, “*emotional well-being*”, “*rights*”, “*self-determination*”, “*social inclusion*”, “*personal development*”, “*interpersonal relationships*”) junto a los términos DI (“*intellectual disability*”) y envejecimiento (“*aging*” OR “*ageing*”). También se conjugaron los términos “*intellectual disability*” y “*aging*” con “*quality of life*”. Las búsquedas se realizaron tanto en inglés como en español en las diferentes fuentes.

Además, con motivo de la revisión “Envejecimiento activo y discapacidad intelectual” realizada por Navas et al. en el año 2014, se acotó el período de tiempo desde el año 2014 al 2020 con el objetivo de abordar los avances ocurridos desde la publicación de este estudio.

Criterios de inclusión

Los trabajos fueron examinados para seleccionar aquellos que cumpliesen los siguientes criterios de inclusión:

- (a) Publicados entre los años 2014 a 2020. Se acotó este período de tiempo con el objetivo de abordar los avances ocurridos desde la publicación de la revisión “Envejecimiento activo y discapacidad intelectual” (Navas et al., 2014), la última revisión sistemática centrada en esta temática.
- (b) Publicados en castellano o en inglés.
- (c) Centrados en personas con DI mayores de 40 años.

Criterios de exclusión

Se excluyeron aquellos estudios publicados en otros idiomas, así como aquellos referidos a población con DI menor de 40 años. También se excluyeron resultados de la búsqueda referentes a actas de congresos y ponencias en conferencias.

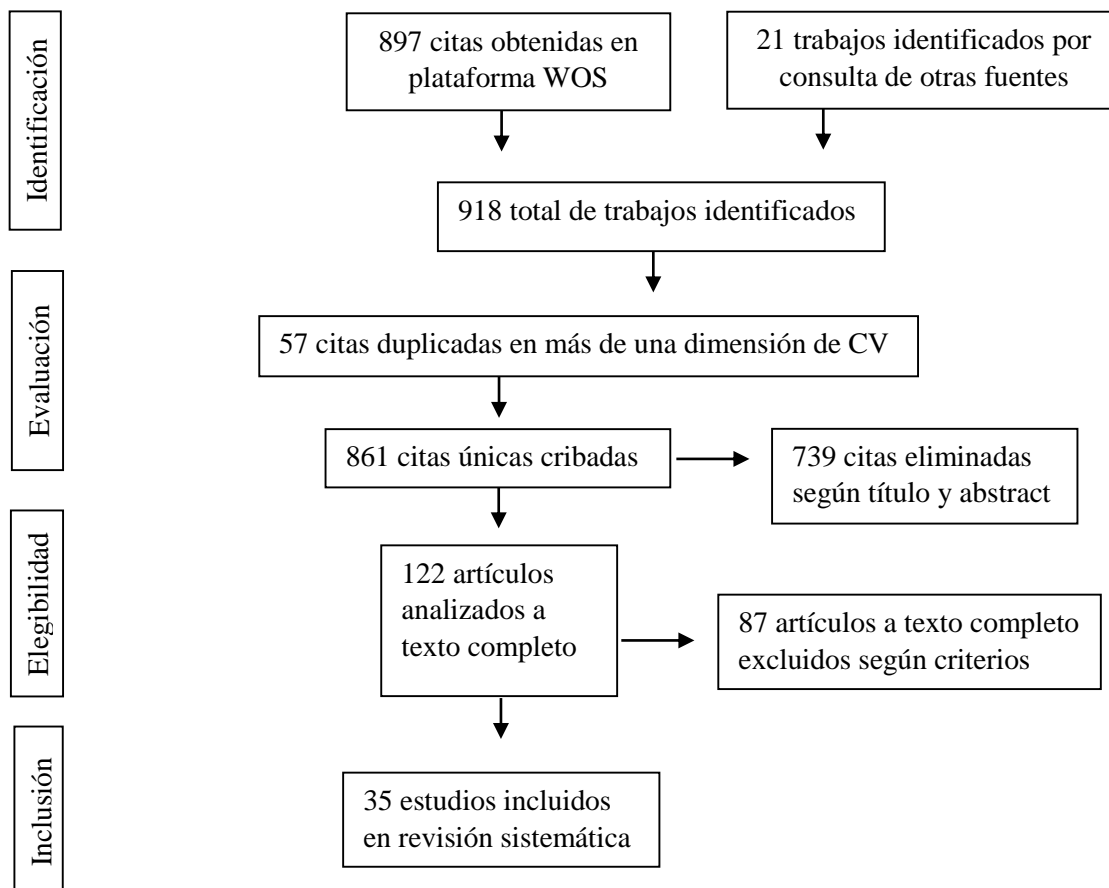
Resultados

Selección de estudios

La búsqueda descrita permitió obtener un total de 918 referencias que fueron exportadas al programa 'Zotero'. Tal y como se refleja en el diagrama de flujo presentado en la Figura 1, se excluyeron las referencias duplicadas y tras examinar título y resumen se redujo la muestra a 122.

Figura 1.

Diagrama de flujo de la información en cada fase de la revisión



Estos estudios restantes fueron examinados al completo y, al aplicar criterios de inclusión y exclusión, fueron 35 los que conformaron la muestra final de trabajos examinados en esta revisión bibliográfica. Las referencias obtenidas se organizaron en torno a cada una de las ocho dimensiones de CV para dilucidar la situación actual de las personas con DI en proceso de envejecimiento y los programas de buenas prácticas disponibles para favorecer la CV de este colectivo.

Cuatro de los 35 trabajos fueron considerados en la revisión para más de una dimensión de CV al abarcar diversos aspectos.

Características de los estudios seleccionados:

Los 35 estudios incluidos en la revisión se analizaron según su temática; esto es, en función de la dimensión del constructo de CV a la que se refiere cada uno, quedando divididos los artículos de la siguiente manera: 7 de Bienestar Físico, 6 de Bienestar Emocional, 6 de Bienestar Material, 2 de Derechos, 5 de Autodeterminación, 6 de Relaciones interpersonales, 4 de Inclusión Social y 3 de Desarrollo Personal, repitiéndose así cuatro artículos para más de una dimensión (Tabla 2).

A su vez, de los trabajos analizados, un 31% ($n=11$) corresponden al año 2014, siendo este el año de mayor producción en la presente revisión, seguido del año 2017 ($n=6$) y del 2018 ($n=6$). En cuanto a la procedencia de los estudios incluidos, un 20% ($n=7$) corresponden a Irlanda, seguido de Países Bajos ($n=5$), España ($n=4$) y Suecia ($n=3$).

Referido a las revistas más repetidas en la revisión, casi la mitad de los trabajos provienen de tres revistas: *Research in Developmental Disabilities* ($n=5$), *Journal of Intellectual Disability Research* ($n=5$) y *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* ($n=5$).

Finalmente, entre los autores destaca D. McCausland como autor principal más repetido, con cuatro publicaciones. Como coautores presentes en mayor medida en los artículos de la revisión están P. McCallion y M. McCarron, ambos con siete artículos. Como coautora española destaca Patricia Navas, con dos artículos.

Tabla 2*Características de los trabajos incluidos en la revisión bibliográfica*

Dimensiones de CV	Artículos de la revisión	Autor/es (año)	Revista	País	N participantes (edad)
BF (n=7)	Multimorbidity in older adults with intellectual disabilities	Hermans y Evenhuis (2014)	Research in Developmental Disabilities	Países Bajos	N=1047 (≥ 50)
	A population-based, cross-sectional study of the prevalence and correlates of sedentary behaviour of adults with intellectual disabilities	Melville, et al. (2018)	Journal of Intellectual Disability Research	Escocia	n=332 (≥ 45)
	The predictive value of physical fitness for falls in older adults with intellectual disabilities	Oppewal, et al. (2014)	Research in Developmental Disabilities	Países Bajos	N=724 (≥ 50)
	The impact of frailty on care intensity in older people with intellectual disabilities	Schoufour et al. (2014)	Research in Developmental Disabilities	Países Bajos	N=676 (≥ 50)
	Predicting disabilities in daily functioning in older people with intellectual disabilities using a frailty index	Schoufour et al. (2014)	Research in Developmental Disabilities	Países Bajos	N=703 (≥ 50)
	Activities of daily living and transition to community living for adults with intellectual disabilities	King et al. (2016)	Scandinavian Journal of Occupational Therapy	Irlanda	N=753 (≥40) n= 465 (≥ 50)
	Efecto de un programa de ejercicio físico sobre el riesgo de caídas, equilibrio y velocidad de la marcha en personas mayores con discapacidad intelectual	Martínez et al. (2020)	Rehabilitación	España	N=8 (≥ 50)
BM (n=6)	Supporting workers with intellectual disability in mainstream employment to transition to a socially inclusive retirement	Brotherton et al. (2016)	Journal of Intellectual and Developmental Disability	Inglaterra	Trabajo de revisión
	Age-Friendly Communities for Older Persons with Mild Intellectual Disabilities	Miskimmin (2014)	Tesis de Maestría	Canadá	N=7 (≥45) N=15 (cuidadores)

	Pathways to employment: A national survey of adults with intellectual disabilities	Siperstein et al. (2014)	Journal of Vocational Rehabilitation	Massachusetts	n=253 (≥40) n=116 (≥51)
	Transition to retirement and participation in mainstream community groups using active mentoring: a feasibility and outcomes evaluation with a matched comparison group	Stancliffe et al. (2015)	Journal of Intellectual Disability Research	Australia	N=58 (≥45) (29 interv. y 29 control)
	Influencia del tipo de vivienda en la calidad de vida de las personas mayores con discapacidad intelectual o del desarrollo	Sáenz, (2018)	Siglo Cero	España	N=268 (≥45)
	Calidad de vida de personas con discapacidad intelectual en proceso de envejecimiento en entornos de vivienda	Otamendi y Navas, (2018)	Revista Española de Discapacidad	España	n=83 (≥50)
BE (n=6)	The association of life events and mental ill health in older adults with intellectual disability: results of the wave 3 Intellectual Disability Supplement to The Irish Longitudinal Study on Ageing	Bond et al. (2019)	Journal of Intellectual Disability Research	Irlanda	N=598 (≥50)
	Prevalence, patterns and factors associated with psychotropic use in older adults with intellectual disabilities in Ireland	O'Dwyer et al. (2017)	Journal of Intellectual Disability Research	Irlanda	N=736 (≥40) n= 470 (≥50)
	Association of early-onset dementia with activities of daily living (ADL) in middle-aged adults with intellectual disabilities: The caregiver's perspective	Lin et al. (2014)	Research in Developmental Disabilities	Taiwán	N=451 (≥45)
	Mortality patterns and risk among older men and women with intellectual disability: a Swedish national retrospective cohort study	Ng et al. (2017)	BMC Geriatrics	Suecia	N=4738 (≥40) n=4684 (≥45)

	A national survey of caregivers' perspective of early symptoms of dementia among adults with an intellectual disability based on the DSQIID scale	Lin et al. (2014)	Research in Autism Spectrum Disorders	Taiwán	N=460 (≥45)
	Deterioro cognitivo y trastorno neurodegenerativo en personas con discapacidad intelectual	Domínguez y Navas, (2017)	Siglo Cero	España	n=18 (≥45)
DE (n=2)	The exercise of human rights and citizenship by older adults with an intellectual disability in Ireland	McCausland et al. (2018)	Journal of Intellectual Disability Research	Irlanda	N=753 (≥41)
	Working life for middle-aged people with intellectual disabilities: knowing their rights?	Lövgren, (2015)	Research and Practice in Intellectual and	Suecia	n=4 (≥45)
AU (n=5)	Psychosocial experiences of the ageing of middle-aged people with intellectual disabilities in South Korea	Kim et al. (2018)	Developmental Disabilities International Journal of Developmental Disabilities	Corea	N=28 (≥40) n=10 (≥50)
	Healthy Ageing in People with Intellectual Disabilities from Manager's Perspective: A Qualitative Study	Johansson et al. (2017)	Healthcare	Suecia	N=20 (proveedores de servicios personas con DI ≥55 años)
	How do People with Intellectual Disabilities in Norway Experience the Transition to Retirement and Life as Retirees?	Engeland et al. (2018)	Scandinavian Journal of Disability Research	Noruega	N=7 (≥42) n=6 (≥55)
	Older Women with Intellectual Disabilities: Overcoming Barriers to Autonomy	Strnadová y Evans, (2015)	Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities	Australia	N=55 (≥40)
	A critical assessment of supported decision-making for persons with intellectual disabilities	Kohn y Blumenthal, (2014)	Disability and Health Journal	Cambridge	Trabajo de revisión

IS (n=4)	Perspectives of adults with intellectual disabilities and key individual son community participation in inclusive settings: A Canadian exploratory study	Milot, et al. (2020)	Journal of Intellectual & Developmental Disability	Canadá	n=3 (≥42) (N=11) personal ref.
	Longitudinal use and factors associated with public transport and other travel options for older people with an intellectual disability in Ireland	McCausland et al. (2019)	Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities	Irlanda	N= 701 (≥40) n=504 (≥50)
	The life journeys of adults with intellectual and developmental disabilities: implications for a new model of holistic supports	Neuman, (2020)	Journal of Social Research	Israel	N=6 (≥60)
	Changes in living conditions of people with ID: a follow-up after 16 years	Carlsson, (2020)	Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities	Noruega	N=40 (≥40)
RI (n=6)	Changes in living conditions of people with ID: a follow-up after 16 years	Carlsson, (2020)	Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities	Noruega	N=40 (≥40)
	Informal Social Networks of people with Profound Intellectual and Multiple Disabilities: Relationship with age, communicative abilities and current living arrangements	Kamstra et al. (2014)	Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities	Países Bajos	N= 200 (M=48)
	Social Connections for Older People with Intellectual Disability in Ireland: Results from Wave One of IDS-TILDA	McCausland et al. (2015)	Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities	Irlanda	N=753 (≥40) n=481 (≥50)
	Interpersonal relationships of older adults with an intellectual disability in Ireland	McCausland et al. (2017)	Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities	Irlanda	N=753 (≥40) n=481 (≥50)
	Psychosocial experiences of the ageing of middle-aged people with intellectual disabilities in South Korea	Kim et al. (2018)	International Journal of Developmental Disabilities	Corea	N=28 (≥40) n=10 (≥50)

DP (n=3)	Let's talk about sex: How people with intellectual disability in Australia engage with online social media and intimate relationships	Darragh et al. (2017)	Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace	Australia	n=9 (≥40)
	Healthy Ageing in People with Intellectual Disabilities from Manager's Perspective: A Qualitative Study	Johansson et al. (2017)	Healthcare	Suecia	N=20 (proveedores de servicios personas con DI ≥55 años)
	How do People with Intellectual Disabilities in Norway Experience the Transition to Retirement and Life as Retirees?	Engeland et al. (2018)	Scandinavian Journal of Disability Research	Noruega	N=7 (≥42) n=6 (≥55)
	Building an Inclusive Research Team: The importance of Team Building and Skills Training	Strnadová et al. (2014)	Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities	Australia	N=4 (≥51)

Características de los estudios

Los 35 trabajos examinados fueron divididos en función de las dimensiones de CV a las que hacían referencia. A continuación, se exponen los resultados desglosados por tales dimensiones y sus indicadores siguiendo el modelo de Schalock y Verdugo (2002).

Bienestar Físico (BF)

Relacionado con tener buena salud, sentirse en buena forma física, tener hábitos de alimentación saludable. Debido al aumento en la esperanza de vida de las personas con DI, surgen nuevas necesidades, asociadas a multimorbilidad crónica (Otamendi y Navas, 2018), tanto a nivel individual como de prestación de servicios (Navas et al., 2014). Una abrumadora mayoría de personas mayores con DI experimentan problemas relacionados con su salud, física y mental (Organización Mundial de la Salud, 2001). Los indicadores de BF son: salud, actividades de la vida diaria y atención sanitaria (Schalock y Verdugo, 2002).

Cuando el concepto CV se aplica a la salud, este se refiere principalmente al componente físico (Vanleerberghe et al., 2017). Asimismo, y para mejorar la atención médica dada a este colectivo, es necesario un conocimiento mayor acerca de la multimorbilidad en las personas con DI que envejecen (McCarron et al., 2013). Existe evidencia que señala la relación entre la edad y el grado más elevado de DI con la presencia de multimorbilidad, entendida esta como la existencia de dos o más condiciones de salud (Hermans y Evenhuis, 2014). Una alta tasa de multimorbilidad es frecuente en el grupo de personas con DI que envejecen lo que, sumado a los altos costes sanitarios de atender este fenómeno, hacen necesario más investigación en este campo (Hermans y Evenhuis, 2014). Esta mayor multimorbilidad se ha operativizado en el índice de fragilidad como una medida útil para evaluar el estado de salud de las personas mayores con DI (Schoufour et al., 2014a) y para predecir resultados de salud adversos en esta población (Schoufour et al., 2014b). A su vez, este índice de fragilidad conduce a un aumento en la intensidad de atención y cuidados, así como de los costes sanitarios asociados (Schoufour et al., 2014a).

Otro aspecto relacionado con la aparición de problemas determinantes en la multimorbilidad, como la obesidad o la diabetes, ha sido el comportamiento sedentario.

Aunque existe discrepancias en cuanto a la existencia de diferencias entre géneros (O'Donoghue et al., 2016), la investigación señala hacia una mayor tasa de comportamiento sedentario en las personas con DI que envejecen que en sus pares sin discapacidad (Melville et al., 2018), con hasta un 53% de una muestra representativa mayor de 45 que confirmaron pasar más de 4 horas diarias frente a la televisión. Además, también la alta incidencia de caídas y lesiones asociadas se ha visto relacionada de forma significativa con el grupo de personas con DI que envejecen, aunque en este aspecto los datos resultan inconclusos (Oppewal et al., 2014), por lo que se hace necesario más investigación sobre los factores que aumentan el riesgo de caídas con el fin de implementar programas de prevención como el de Martínez et al. (2020) que permitan reducir las lesiones asociadas a las mismas (Oppewal et al., 2014).

Las condiciones de salud expuestas que se ven comprometidas en este colectivo, también han sido estudiadas en relación con su autonomía para la realización de las actividades básicas (ABVD) e instrumentales de la vida diaria (AIVD), lo que influye notablemente en su CV. Así, se ha estudiado el desempeño en este tipo de tareas considerando el índice de fragilidad (Schoufour et al., 2014b) y el entorno residencial (King et al., 2016). En cuanto al índice de fragilidad, se constató que puntuaciones altas (dependencia) predecían mayor intensidad de cuidados a largo plazo que aquellas personas que obtienen puntuaciones bajas inicialmente (Schoufour et al., 2014a). En cuanto a las diferencias de autonomía en función del entorno residencial de la persona, en general los adultos con DI que viven de forma independiente o en entornos comunitarios tiene mayor capacidad para la realización de ABVD/AIVD que aquellos que lo hacen en entornos residenciales. No obstante, existe consenso entre los diferentes entornos de vivienda en señalar mayores dificultades para la realización de ABVD del tipo “bañarse/ducharse”, así como AIVD del tipo “manejo del dinero” (King et al., 2016).

Bienestar Material (BM)

Relacionado con la disponibilidad de suficientes recursos económicos para adquirir lo que el individuo quiere y necesita y tener una vivienda adecuada. En esta etapa vital, destaca la necesidad de favorecer el mantenimiento del empleo en caso de que sea el deseo de la persona (IMSERSO, 2011), así como adoptar las políticas de protección que den cobertura a una retirada digna de la vida laboral (Navas et al., 2014).

En el colectivo de personas con DI en proceso de envejecimiento, la investigación se encuentra más centrada en la retirada de la vida laboral que en el empleo puesto que, a partir de los 45, la participación de este colectivo en programas de empleo disminuye (Siperstein et al., 2014; Stancliffe et al., 2015), haciéndose visible una clara falta de oportunidades laborales para las personas con DI que envejecen (Miskimmin, 2014). Otros factores que, además de la edad, se han visto relacionados con la probabilidad de acceso al empleo competitivo o con apoyo, es decir, aquel en el que se trabaja junto con trabajadores sin discapacidad (Brotherton, 2016), han sido la experiencia laboral temprana, mayor nivel de conducta adaptativa o la ausencia de problemas emocionales y de comportamiento, siendo estos aspectos menos determinantes al hablar de acceso a empleo protegido (Siperstein et al., 2014).

Dado el grupo de población en el que se enmarca la presente revisión, parece pertinente centrarse en mayor medida en la transición a la jubilación, y así se constata en la investigación científica. Dicha transición puede tener importantes repercusiones en la CV de las personas puesto que puede contribuir a una mayor discriminación y aislamiento social, al ser las redes de apoyo de este colectivo mayoritariamente su familia, el personal de servicios u otros usuarios (Stancliffe et al., 2015). Los problemas se incrementan al hablar de empleo protegido dado que en estos entornos existe una limitada cultura de jubilación, con una percepción limitada de las opciones tras esta etapa (Brotherton et al., 2016).

Se vuelven especialmente relevantes propuestas como las ya vigentes en Australia (Stancliffe et al., 2015) de acceso a grupos comunitarios en esta etapa vital, independientemente de que las personas tengan DI o no. Estos proyectos se han desarrollado con población general y con DI, pero adquiere especial relevancia en casos de mayor vulnerabilidad, esto es, personas con DI que envejecen y que han desarrollado empleo protegido durante su vida laboral. Aquí destaca el programa de “Transición a la Jubilación” creado en Australia y que resultó ser eficaz para apoyar a un grupo de trabajadores para comenzar a desarrollar una jubilación en la que se fomente la participación individual con apoyo en una comunidad (Brotherton et al., 2016). La participación de los adultos que envejecen en estos grupos, en función de los gustos y preferencias individuales, ha mostrado ser una opción factible para desarrollar un estilo de vida de jubilación para personas mayores con discapacidad, incrementando el

número de contactos sociales, el tiempo pasado con estos y las relaciones sociales con pares sin discapacidad (McCarron et al., 2011). Otra iniciativa con resultados positivos es la comunidad amistosa para mayores de Manitoba (Miskimmin, 2014).

En cuanto a la vivienda, la transición a entornos comunitarios, y no a espacios segregados como históricamente ha ocurrido, marca un cambio en la provisión de servicios para apoyar a las personas con discapacidad a fin de integrar equitativamente a este colectivo en la sociedad (Sáenz, 2018). En general, muchas de las personas con DI que envejecen afirman que les gustaría envejecer en su hogar a pesar de la disminución de sus capacidades (Miskimmin, 2014). El tipo de residencia, así como la provisión de apoyos que se les brinde, ha mostrado estar estrechamente relacionada con las puntuaciones obtenidas en CV por parte de este colectivo, de manera que los grupos que viven independientes con apoyos y en pisos tutelados obtienen puntuaciones más altas en RI, DP, AU y BF que aquellos que lo hacen en residencias para personas con discapacidad (Sáenz, 2018). Estas puntuaciones son significativamente mayores según los cuidadores que los propios usuarios, puntuando estos por debajo de la media tanto en el índice general de CV como en las ocho dimensiones del constructo (Otamendi y Navas, 2018). Además, tales puntuaciones parecen estar más relacionadas con el entorno residencial que con otros factores como la edad (Otamendi y Navas, 2018), salvo en lo referido a BM, donde los usuarios mayores de 50 años puntuaron significativamente más bajo que los menores de 50 años, previsiblemente por la menor presencia en actividades de carácter ocupacional. Por ello, adquieren aquí mayor relevancia propuestas como las expuestas por Stancliffe et al. (2015). Así, parece comprensible señalar hacia la necesidad de políticas que regulen las adaptaciones necesarias en entornos comunitarios para garantizar la CV de las personas con DI que, al igual que sus pares sin discapacidad, han visto incrementada su esperanza de vida durante las últimas décadas.

Bienestar Emocional (BE)

Hace referencia a sentirse tranquilo, seguro, sin agobios, no estar nervioso. El BE debe entenderse en interacción constante con el resto de dimensiones y, durante esta etapa del ciclo vital, relacionado especialmente con aspectos psicológicos y estresores vinculados al proceso de envejecimiento (Navas et al., 2014). Si bien, el diagnóstico de enfermedad mental resulta complejo en el colectivo de personas con DI con el acertado

término de efecto ‘eclipsador’ de la DI (Reiss et al., 1982), la dificultad para el diagnóstico aumenta al referirnos al colectivo de personas con DI que envejecen donde otros factores ganan relevancia como la mayor tasa de eventos vitales (Bond et al., 2019), la polifarmacia (Ng et al., 2017) o la asociación errónea entre síntomas de trastornos psicológicos y de inicio de deterioro cognitivo.

Durante los últimos años estos aspectos han adquirido importancia, encontrándose factores comunes que influyen en la mayor probabilidad de dichos estresores tales como la edad o el lugar de residencia (Bond et al., 2019; Lin et al., 2014a; O’Dwyer et al., 2017). En lo referido a los eventos vitales, se encontró relación entre el número de eventos y el nivel de estrés, de manera que, a mayor número de eventos, mayor nivel de estrés (Bond et al., 2019). A su vez, es probable que las personas con DI estén expuestas a mayor número de estos eventos que sus pares sin discapacidad debido a las diferentes condiciones de vida y al menor grado de autonomía. En ese sentido, además de evidenciarse una clara relación entre los procesos de duelo por el fallecimiento de personas cercanas, también destacaron otros eventos, diferentes a los de la mayoría de sus pares sin discapacidad. Estos son: cambios en el personal del lugar de residencia/centro de día, en el cuidador de referencia o en la frecuencia de visitas de amigos o familiares como determinantes de un aumento de la sintomatología depresiva y ansiosa (Bond et al., 2019).

Estudios recientes señalan a que los diagnósticos médicos de salud mental son mayoritariamente de ansiedad y depresión (O’Dwyer et al., 2017), lo que ha mostrado a su vez estar estrechamente relacionado con la vivencia, en mayor medida, de los eventos vitales comentados (Bond et al., 2019). Además, la mayor prevalencia de condiciones de salud mental lleva consigo un mayor riesgo de exposición a fármacos psicotrópicos, con una tasa del 59% en una muestra representativa de personas mayores con DI que consumen uno o más de estos fármacos (O’Dwyer et al., 2017), más comúnmente antipsicóticos y ansiolíticos. A su vez, y en línea con las investigaciones anteriores, las personas con DI en proceso de envejecimiento que vivían en entornos residenciales tenían una probabilidad significativamente mayor de estar expuestos al consumo de psicotrópicos y polifarmacia, lo que podría explicarse en parte por el hecho de tener un mayor nivel de DI o de necesidades de apoyos y haber tenido múltiples presentaciones complejas de diagnósticos de salud mental.

De manera simultánea a la presentación de la sintomatología de salud mental, pueden darse indicios de deterioro cognitivo (deterioro cognitivo leve; DCL) en la población que envejece que ciertamente pueden ser más desconocidos en la población con DI dadas las diversas manifestaciones que pueden tener (Domínguez y Navas, 2017). El deterioro cognitivo debuta con síntomas que no son característicos y de ahí la complejidad para que sean detectados y abordados de manera precoz (Lin et al., 2014b). Entre los síntomas que en mayor medida reportan las personas con DI están aspectos mnésicos (“más olvidadizo”), así como signos de apatía, alteraciones conductuales y dificultades para la realización de ABVD/AIVD (Domínguez y Navas, 2017; Lin et al., 2014b). Además, este deterioro se agrava con la edad y la presencia de condiciones comórbidas (incluyendo enfermedad mental o neurológica).

Las tasas de prevalencia difieren en función de los estudios realizados y reportando según qué estudios diferencias significativas; esto es, mientras que la Alzheimer’s Disease International (2003) señala una prevalencia aproximada de un 5% de las personas de 65 años o más y reporta no haber diferencias entre sus pares sin discapacidad, Lin et al. (2014b) informaron de una tasa del 17% de adultos con DI que presentaban condiciones de demencia. En lo que parece haber más acuerdo es la influencia de la edad en la aparición de DCL, siendo mayor la incidencia a edades más tardías (Lin et al., 2014b). Además, otras condiciones que se han visto relacionadas con la prevalencia de esta condición es el grado de DI (Domínguez y Navas, 2017) aunque se requiere más investigación para poder afirmar esto. No obstante, en lo que sí parece haber acuerdo es que una intervención temprana en los casos de DCL permitiría ralentizar el proceso neurodegenerativo y mantener el funcionamiento diario que haya logrado la persona (Lin et al., 2014a). Para ello se hace necesaria la formación de los profesionales que prestan servicios a las personas con DI en la identificación de los posibles indicios de deterioro cognitivo (Domínguez y Navas, 2017).

Derechos (DE)

Ser considerado igual que los demás, respeto a la diferencia, a su forma de ser, opiniones, deseos, intimidad y derechos. Especial relevancia tiene la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Naciones Unidas, 2006) como parte del movimiento hacia el reconocimiento de los derechos humanos en el ámbito de la discapacidad, al poner de relieve las barreras diarias de estas personas, así como

establecer obligaciones jurídicamente vinculantes para los países que la han ratificado (Navas et al., 2012, 2014). La Convención constituye así el estándar para la participación en la sociedad de las personas con discapacidad y establece el contexto legislativo y político para la discusión de los derechos humanos y la ciudadanía (McCausland et al., 2018).

En lo referido a la población con DI que envejece, este puede verse expuesto a situaciones de doble discriminación, véase, ser mayor y presentar DI (Navas et al., 2014). Para paliar tal discriminación, se hace necesario tener presente la gama completa de derechos internacionalmente reconocidos dado que existe una relación funcional entre estos derechos y una vida digna (Donnelly, 2013). En este sentido, cinco han sido los artículos que suscitaron un mayor debate social desde 2006 y hasta la actualidad (Navas et al., 2012): igual reconocimiento ante la ley (artículo 12), vida independiente e inclusión en la comunidad (artículo 19), respeto del hogar y de la familia (artículo 23), educación (artículo 24), participación en la vida política y pública (artículo 29).

La Convención entró en vigor en mayo de 2008, al ser ratificada por 20 países, entre los que se encontraba España. Hasta la fecha, la Convención ha sido ratificada por 182 países, siendo uno de los últimos en hacerlo Santa Lucía, en junio de 2020. Pese a ello, es cuestionable el hecho de hasta qué punto las personas con discapacidad pueden lograr la ciudadanía plena, significado esto por los principios de igualdad (artículo 12) y participación (artículo 29) (McCausland et al., 2018). En relación con el artículo 12, los conceptos de autonomía y elección, estrechamente relacionado con la autodeterminación (Nirje, 1972), resultan principios clave que se han visto típicamente comprometidos por sistemas con capacidad jurídica obsoletos en la mayoría de países europeos (McCausland et al., 2018) y que repercuten de manera directa en el colectivo de personas con DI, en mayor medida en los que envejecen, acrecentando la doble discriminación. Contra esto, algunos países han llevado a cabo recientemente reformas legislativas en línea con lo planteado en la Convención, como es el caso de Irlanda con la Ley de capacidad de las personas con DI para tomar decisiones por sí mismas (Inclusion Ireland, 2015) o España con el Proyecto de Ley para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica (2020).

Respecto al colectivo con DI en proceso de envejecimiento, en el trabajo de 2018 de McCausland et al. examinaron hasta qué punto este colectivo ejercía sus

derechos en lo referido a toma de decisiones (autodeterminación), promoción y participación política. Este último está recogido de manera explícita en el artículo 29 de la Convención, donde se requiere que los estados garanticen los mismos derechos políticos y oportunidades que a todos los demás ciudadanos (Naciones Unidas, 2006). Utópicamente, los ciudadanos con DI tendrían la misma tasa de participación que sus pares sin discapacidad en las elecciones de su localidad, pero esto no es así. Estudios como el de McCarron et al. (2011) reportaron que las tasas de votación disminuyen con el aumento de la edad y la gravedad de la DI, viendo este colectivo especialmente vulnerado su derecho de participación en la vida política. Además, esto también se ve estrechamente relacionado con el tipo de vivienda, siendo menor la probabilidad de votar en aquellas personas con DI que viven en entornos institucionales (Keeley et al., 2008; McCarron et al., 2011). Lejos de regularizarse esta situación, estudios más recientes (McCausland et al., 2018) indican que casi tres cuartas partes, de las 753 personas con DI encuestadas, no votaron en las elecciones más recientes. A su vez, la tasa de votación se vio favorecida por la presencia de apoyo social, mayor grado de autonomía para la realización de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (ABVD, AIVD), mejor salud o alfabetización. De nuevo, el factor más determinante fue el lugar de residencia junto con la edad, siendo mayor la probabilidad de voto en personas con DI mayores de 65 años que viven en entornos comunitarios.

También es cierto que la desinformación es un factor determinante en la puesta en práctica de los derechos. Esto se ha visto en Suecia (Lövgren, 2015), donde las personas con DI eran mayoritariamente desconocedoras de sus derechos y mostraban patrones de evitación cuando se abordaban temas relacionados con la autodeterminación. Estas conductas podrían entenderse como resultado del ambiente en el que se han desarrollado, con pocas oportunidades para fomentar habilidades relacionadas con la opinión y sus preferencias personales (Lövgren, 2015). Así, el entorno involucrado en la vida cotidiana de las personas con DI que envejecen debería apostar por fomentar la capacidad y las oportunidades para el ejercicio de sus derechos (Lövgren, 2015).

Autodeterminación (AU)

Hace referencia a la capacidad de tomar decisiones propias y poder elegir autónomamente cómo quieren que sea su vida, su tiempo libre, el lugar donde viven y la

persona con la que están. Esto se consideraba un logro difícil de alcanzar dado que las personas con DI que envejecen han tenido históricamente menos opciones de decisión, siendo otras personas (familiares, proveedores de servicios) las que lo hacían por ellos (Engeland et al., 2018). Sin embargo, este es un aspecto que adquirió mayor importancia tras la Convención al recogerse en su artículo 3 “el respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas” (Naciones Unidas, 2006) y, a día de hoy, existe evidencia para afirmar que dichas conductas de AU se pueden promover y desarrollar si se ponen en marcha los apoyos y estrategias apropiadas (Vicente et al., 2018).

Así, la capacidad de autodeterminación debe fomentarse y mantenerse a lo largo de todo el ciclo vital, siendo considerado por muchos autores como un requisito previo para envejecer bien (Johansson et al., 2017). El envejecimiento saludable se vería fomentado entonces por el hecho de vivir acorde a las preferencias y tomar decisiones de manera independiente y, si fuese necesario, recibir el apoyo adecuado para ejecutarlas (Johansson et al., 2017). Esto, cuando se refiere a aspectos legales, se conoce como toma de decisiones con apoyo (Kohn y Blumenthal, 2014) donde es una tercera persona la que ayuda a otra con DI a tomar decisiones sobre aspectos legales por sí mismo. De esta manera, la persona con DI conserva su capacidad jurídica para llevar a cabo estas elecciones, frente al uso de tutores legales cuando se ha incapacitado anteriormente a la persona con DI, lo que es frecuente en esta población (Kohn y Blumenthal, 2014).

A su vez, desempeñan un papel importante en este proceso las personas que prestan servicios (red formal) bien en entorno residencial o en las actividades diurnas de las personas con DI que envejecen (Johansson et al., 2017). Estos profesionales coinciden en señalar la importancia de la AU como un aspecto a promover y cuidar durante el envejecimiento (Johansson et al., 2017) y en momentos vitales dentro de esta etapa como es la jubilación, para hacer este proceso más positivo y liviano y que no sea vivido como un momento de crisis (Engeland et al., 2018). Asimismo, se ha visto cómo fomentando la AU en la jubilación, las personas con DI manifiestan sentimientos positivos tras la misma, asegurando poder decidir más aspectos de su día a día que lo que hacían previamente (Engeland et al., 2018), dado que tienen mayor cantidad de tiempo libre y pueden decidir, según sus preferencias, cómo invertirlo.

A su vez, hay dos tipos de factores relacionados con la autonomía, los factores intraindividuales que harían referencia al BF (problemas de salud, discapacidad) y los factores ambientales que se relacionarían con el BM (vivienda, finanzas) (Strnadová y Evans, 2015). Mientras que los primeros se consideran más difíciles de cambiar y agravados por la edad, los segundos pueden ser vistos como mayormente modificables (Strnadová y Evans, 2015). Es decir, mientras que las personas con una vida independiente se reparten las tareas domésticas, aquellas que viven en entornos residenciales muchas veces no tienen la oportunidad de participar en estas actividades (Strnadová y Evans, 2015). Sin embargo, aunque difícil dada la costumbre y la edad, con los apoyos necesarios la persona puede llegar a hacerlo, lo que repercute en la AU de la misma (Johansson et al., 2017). Además, en cuanto a las finanzas, apenas un 15% confirmaron manejar por sí mismos su dinero de forma independiente (Strnadová y Evans, 2015) lo que se ha visto que repercute a su vez en otras dimensiones como el BE al incrementar los síntomas depresivos y de alienación, así como la frustración en las personas con DI (Kim et al., 2018).

Con todo esto, parece pertinente incidir en la educación a la población, especialmente a las familias y proveedores de servicios de las personas con DI. Las creencias por parte de esta población hacia las personas con DI a menudo se ven refutadas y mantenidas por experiencias que les suceden en su vida diaria (Strnadová y Evans, 2015). En este sentido, destacan cuadernos de buenas prácticas como los elaborados por Plena Inclusión tanto para el personal de apoyo (Goñi et al., 2009) como para las familias (Ponce, 2010). Además, y como es evidente, se debe incidir en el trabajo en la capacidad de decisión de las propias personas con DI. Aunque en ocasiones el apoyo a la AU suponga un desafío, resulta más recomendable que se equivoquen y aprendan de sus errores a guiarnos por ideas de infantilización que les impidan desarrollar su AU (Johansson et al., 2017). Es relevante también resaltar la figura de los Autogestores, nacida en los años 90 con el objetivo de formar a las personas con DI en aspectos que repercutan en su AU (García y Martínez, 2015), así como fomentar la participación en estos grupos de las personas mayores de 45 años con DI.

Inclusión Social (IS)

Esta dimensión hace referencia a la libertad de ir a lugares de la ciudad o del barrio donde van otras personas y participar en sus actividades como uno más. Sentirse

miembro de la sociedad, integrado y contar con el apoyo de otras personas (Verdugo y Schalock, 2013). Históricamente este colectivo ha tenido pocas oportunidades de participar de manera activa en su entorno, hoy día esto se evidencia en relaciones sociales mayormente restringidas a sus iguales con DI o mayores barreras para lograr una vida independiente en su comunidad (Hall, 2010). La investigación ha asociado esto con una falta de apoyo y con la situación financiera de este colectivo (Carlsson, 2020). Asimismo, las dificultades para la participación en la comunidad por parte de las personas con DI se ha comparado respecto a sus pares sin discapacidad a través de indicadores como la tasa de votación en las elecciones estatales, reportando, en el caso de Suecia, un 45% de participación de las personas mayores con DI frente a un 81% en la población general, además, dicha tasa apenas se ha visto incrementada en más de una década (Carlsson, 2020).

Además, otras muchas de las propuestas de participación para este colectivo no consideran sus preferencias y aspiraciones, siendo en muchos casos ignoradas con el argumento de que deben aceptar su condición y desarrollar expectativas realistas, generalmente bajas, respecto al futuro (Neuman, 2020). Es decir, el deseo de brindar oportunidades a las personas con DI que envejecen a veces ignoran las dificultades reales que se encuentran, lo que finalmente acaba dificultando, paradójicamente, la participación en la comunidad y la creación de nuevas relaciones (Milot et al., 2020). A su vez, también hay variables personales que influyen en la IS de estas personas y es que, a mayor autonomía mayor facilidad para integrarse en actividades previstas para la población general (Milot et al., 2020). Por ello, resulta justificable la necesidad de apoyo para con este colectivo, fomentando su participación en actividades inclusivas a través de sus familiares o por medio de voluntarios. Dado que los progenitores de las personas con DI que envejecen son personas de muy avanzada edad, resulta pertinente recalcar la idea de los voluntarios como apoyo a la participación. En relación a esto, destacan los programas de buenas prácticas de asesoramiento activo (*active mentoring*) para garantizar un apoyo adecuado que dé acceso a experiencias positivas y normalizadoras que a su vez repercutan positivamente en la creación de relaciones sociales (Milot et al., 2020).

Un indicador recientemente estudiado en relación a la IS es el acceso al transporte (McCausland et al., 2019) dado que los desafíos de acceso y uso para las

personas con DI aumenta el riesgo de exclusión y soledad de las mismas. Así, en torno al 30% de las personas con DI presentan dificultades para el transporte frente al 3% sus pares sin discapacidad (Friedman y Rizzolo, 2016). Por ello, y dado que el 89% de las personas con DI van como pasajeros en el transporte, se puede afirmar que éstos dependen de terceros para sus desplazamientos (McCausland et al., 2017), viéndose esto agravado en personas con mayores dificultades, así como en aquellas que viven en entornos residenciales al ser esto aspectos estrechamente relacionados con la autonomía de las personas (McCausland et al., 2019). En este sentido, y con vistas a promover acceso al transporte en esta población a fin de que repercuta en su IS y por ende en su CV, destacan buenas prácticas ya vigentes en Irlanda como la exención de pago de transporte público a aquellas personas que tienen prestación por discapacidad junto con el apoyo para aprender habilidades de transporte público, basado en el estudio de Bigby et al. (2014).

Relaciones Interpersonales (RI)

Considera el relacionarse con distintas personas, tener amigos y llevarse bien con la gente. Para las personas con DI resulta un aspecto en desventaja, al disminuir sus redes sociales con los años (Navas et al., 2014). Así, las redes de las personas con DI son, en general, pequeñas, viéndose reducidas a medida que pasa el tiempo y no se agregan nuevos miembros (Kamstra et al., 2014). Además, estas se ven restringidas en gran medida a familiares, suponiendo un 79% de las relaciones sociales de las personas mayores con DI (Kamstra et al., 2014). En muchos casos, hasta en un 40%, informaron no tener amigos fuera de su propia casa (McCausland et al., 2014, 2017) y tan solo el 25% afirmó tener un amigo cercano (Carlsson, 2020).

También es más frecuente para esta población el mantenimiento de redes sociales formales, es decir, referidas a profesionales que prestan servicios, siendo estos los que les acompañan hasta en un 75% de las actividades sociales (McCausland et al., 2014), en mayor medida a personas con DI de más edad que residen en entornos residenciales (Kamstra et al., 2014). Por el contrario, la proximidad a la familia o la residencia en entornos comunitarios es un indicador de mejores relaciones sociales formales y mayor frecuencia de contactos (McCausland et al., 2017). Estos predictores relacionados con las RI se han visto refutados en otros estudios a mayor escala como el de McCausland et al. (2015), quienes señalaron como predictores de contactos sociales

de este grupo de población: la edad, el grado de discapacidad intelectual y el lugar de residencia. Además, también el hecho de tener trabajo se ha mostrado como efecto protector de las relaciones sociales, mientras que la falta de autodeterminación económica se ha relacionado con su debilitamiento (Kim et al., 2018).

Para muchos investigadores, todos estos aspectos explicarían la disparidad en características estructurales de las relaciones sociales como la frecuencia de contactos entre las personas con DI y sus pares sin discapacidad (Kamstra et al., 2014; McCausland et al., 2015). McCausland et al. reportaron en 2015 una tasa del 59% de personas con DI cuyos contactos con familiares y amigos tenían una frecuencia de menos de una vez al mes frente al 4% de sus pares sin discapacidad. Además, otros estudios señalan que el tamaño promedio de la red informal es de 5, en personas con DI mayores que viven fuera del entorno familiar (Kamstra et al., 2014), lo que refuta los resultados anteriormente comentados. En relación con los contactos informales de las personas con DI, especial relevancia han suscitado las relaciones de pareja por parte de esta población en relación con el avance tecnológico y de redes sociales durante los últimos años, y es que, con este grupo históricamente se han mantenido dos puntos de vista extremos acerca de su naturaleza sexual (Black y Kammes, 2019), bien como personas asexuadas e infantilizadas o como hipersexualizados sin control personal. Se observan grandes diferencias también respecto a sus pares sin discapacidad que en un 92% de los casos están o han estado casados, frente a <1% de personas con DI que están casados o con pareja (McCausland et al., 2017).

La forma de relacionarnos se ha visto modificada estos años también para el colectivo con DI. Si bien los estudios suelen señalar un menor acceso a la tecnología por parte de este grupo (Batey y Waine, 2015; Carlsson, 2020) en parte provocado por las creencias de los cuidadores principales (Darragh et al., 2017), otros estudios apuntan hacia un uso prudente y adecuado de las tecnologías por parte de las personas mayores con DI en relación con la autoexpresión sexual, desarrollando prácticas seguras como “quedar en un sitio con más gente” (Darragh et al., 2017).

Considerando lo expuesto, se hace necesario actuar sobre las creencias mediante una educación continua para familias, cuidadores y proveedores de servicios (Darragh et al., 2017). También se hace recomendable seguir un modelo de intervención como el

propuesto por Dunst (2000) para la creación y apoyo de relaciones significativas que repercuten en un incremento en la CV de las personas con DI que envejecen.

Desarrollo Personal (DP)

Se refiere a la posibilidad de aprender distintas cosas, tener conocimientos y realizarse personalmente de acuerdo con deseos e intereses personales. Esta dimensión obtiene, en el colectivo al que nos venimos refiriendo, los peores resultados, por lo que debería considerarse una prioridad en las intervenciones (Gómez et al., 2013).

En la etapa de envejecimiento, más que habilidades académicas pertinentes en mayor medida en otras etapas del ciclo vital, resulta destacable la importancia de facilitar a esta población psicoeducación acerca del proceso de envejecimiento, así como de los cambios físicos y cognitivos que pueden ir asociados al mismo. Esto adquiere mayor relevancia teniendo en cuenta el desconocimiento existente acerca del proceso de envejecimiento por parte de esta población, el cual ha sido constatado en investigaciones como la de Engeland et al. (2018). Tal desconocimiento repercute en la etapa de jubilación, que es percibida como abrupta, en mayor medida en el caso de las personas con empleo protegido, y, en último término, también en su CV (Engeland et al., 2018). Además, el proceso de envejecimiento de las personas con DI puede facilitarse si el personal es proactivo y está preparado para un aumento de las necesidades de apoyo (Johansson et al., 2017), por lo que también resulta relevante educar en estos aspectos a los proveedores de servicios.

Asimismo, aunque resulta crucial que tanto la población diana de la presente revisión como los familiares y proveedores de servicios conozcan el proceso de envejecimiento al que se enfrentan (Engeland et al., 2018; Johansson et al., 2017) también favorecen su desarrollo personal intervenciones centradas en la propia persona que envejece. Strnadová et al. llevaron a cabo en 2014 en Australia un proyecto con un equipo de investigación inclusivo llamado “Bienvenido/a a nuestra clase”. Este grupo, compuesto por ocho participantes, cuatro de ellas mujeres con DI mayores de 50 años, se reunieron un total de 15 sesiones de 90 minutos cada una. Durante el proyecto se les enseñó a las mujeres con DI qué era la investigación, cómo resolver una pregunta de investigación y cómo obtener información sobre aquello que se quiere investigar. Para ello las cuestiones objeto de estudio provenían de los intereses de las propias mujeres en cuanto a aspectos relacionados con su vida diaria (Strnadová et al., 2014). Este grupo de

investigación, estuvo fuertemente influenciado por el lema “nada sobre nosotros sin nosotros” (Harrison et al., 2001). Se entiende bajo este lema que son las propias personas con DI las que hacen investigaciones sobre cuestiones importantes para ellas mismas, lo que está en consonancia con los principios de la Convención de 2006 (Strnadová et al., 2014). Además, para obtener cambios positivos en el DP del grupo de personas mayores con DI, es importante favorecer la autodeterminación, potenciando la elección de estas personas, acorde a sus preferencias y habilidades tanto para el trabajo en grupo (Strnadová et al., 2014) como para su desempeño en actividades cotidianas.

Discusión

Desde mediados de los años 80 con el cambio de paradigma hacia un enfoque ecológico en nuestra forma de ver e interactuar con las personas con discapacidad intelectual, la investigación acerca del concepto de CV no ha cesado (Schalock y Verdugo, 2007). Fue en 2002 cuando Schalock y Verdugo, reconociendo los componentes subjetivos y objetivos influyentes en la CV, postularon desde un enfoque multidimensional las ocho dimensiones que hoy están ampliamente reconocidas y avaladas por la investigación científica (Verdugo et al., 2013). Más recientemente, debido al aumento en la esperanza de vida de la población, así como al envejecimiento prematuro de las personas con DI, en torno a los 40 años, (Johansson et al., 2017; Otamendi y Navas, 2018), el colectivo de personas con DI en proceso de envejecimiento ha supuesto novedosos y particulares retos (Madrigal, 2007). Esto se debe al gran desconocimiento acerca de esta situación (Solís et al., 2019) que les sitúa en una posición de doble vulnerabilidad (Barrio del Campo et al., 2007; Navas et al., 2014; Sheets, 2005). En este contexto ha cobrado especial relevancia la investigación en torno a los principios de actuación para lograr un envejecimiento de calidad gracias a trabajos como el de Navas et al. (2014). Así, en esta misma línea, se planteó la presente revisión bibliográfica con el objetivo de identificar y resaltar los avances de los últimos seis años: los factores que en mayor medida determinan la CV de las personas con DI que envejecen, las interrelaciones entre ellos, así como las buenas prácticas más recientemente puestas en marcha con el fin de mejorar la CV de este grupo.

Acorde con el modelo de Schalock y Verdugo (2002, 2003, 2007), entendemos la CV individual como un estado de bienestar al tener todas las necesidades personales cubiertas y la oportunidad de enriquecer la vida en las principales áreas de actividad vital (Verdugo et al., 2013). Como un constructo multidimensional con factores intercorrelacionados, esto es, indicadores de una dimensión, repercutirán a su vez en otras y, como consiguiente, en la CV global de la persona (Schalock et al., 2010; Verdugo et al., 2013). De esta manera, se pone además de manifiesto en esta revisión la relación significativa entre los indicadores de la dimensión de BM (e.g., empleo, vivienda, estatus económico) con la mayor presencia de estresores que afectan al BE de la persona (Bond et al., 2019), con las características estructurales y funcionales de las relaciones interpersonales (Kim et al., 2018; McCausland et al., 2015), con el nivel de participación e inclusión en la comunidad (Carlsson et al., 2020; McCausland et al., 2019) y con el ejercicio de sus derechos (Keeley et al., 2008; McCarron et al., 2011). Además de estos factores ambientales, otros intraindividuales (Strnadová y Evans, 2015) referidos al BF se han visto estrechamente relacionados con la capacidad de independencia de la persona (AU) (Kim et al., 2018; Strnadová y Evans, 2015), las dificultades para la participación activa en la sociedad (IS) (Kim et al., 2018; Milot et al., 2020) y para el mantenimiento de redes sociales estables (RI) (Kim et al., 2018; McCausland et al., 2015).

Los resultados de la revisión parecen encajar en lo postulado por Schalock y Verdugo (2002, 2003, 2007), dado que los indicadores de bienestar personal son en muchos casos determinantes en el desarrollo del resto de dimensiones del constructo de CV. Es decir, brindando una base de bienestar, esto repercutirá en las oportunidades de enriquecer la vida de la persona con DI en aras de lograr un envejecimiento de calidad (Navas et al., 2014). Pese a ello, y como se ha visto, no es tan sencillo lograr el bienestar personal dado que, a pesar de la creciente conciencia en cuanto a las complejas circunstancias que experimentan los adultos con DI que envejecen (Innes et al., 2012), aún es mucho lo que se desconoce acerca de sus condiciones de vida y los efectos del sobrevejecimiento (Chatterji et al., 2015). Ello podría explicar en gran medida el hecho de que las puntuaciones obtenidas en el constructo de CV difieran en función de si el informador es la persona con DI o un proveedor de servicios (Otamendi, 2018).

Referido al BF, concretamente a las condiciones de salud, la investigación coincide en señalar que se trata de una dimensión influenciada de manera significativa por la edad (Hermans y Evenhuis, 2014; Lehmann et al., 2013), lo que referido a las personas con DI que envejecen se ha denominado doble condición (Barrio del Campo et al., 2007) o doble discriminación (Navas et al., 2014; Sheets, 2005). Al ser estos factores más difícilmente modificables, las actuaciones a este nivel se encaminan hacia la formación del personal sociosanitario para la identificación precoz de dichas condiciones de salud (Navas et al., 2014). Otros indicadores de bienestar que resultan más fácilmente modificables de forma directa son los ambientales, relacionados con el BM, los cuales se han visto estrechamente vinculados tanto con el bienestar personal (King et al., 2016) como con las oportunidades para enriquecer la vida de la persona con DI. Los indicadores ambientales encontrados en la presente revisión que resultan determinantes para el bienestar personal y que repercuten en el logro de un envejecimiento de calidad han sido: el lugar de residencia, en entornos segregados frente a la residencia en entornos comunitarios que se han visto favorecedores del bienestar personal así como de las oportunidades de participación y desarrollo vital (Keeley et al., 2008; Miskimmin, 2014; Otamendi, 2018; Sáenz, 2018); la situación financiera, gestión, administración y manejo del dinero (AIVD) que promueve la independencia y participación social de la persona (Carlsson, 2020; King et al., 2016); y el empleo, protegido frente a competitivo, donde las personas con DI que envejecen tienen mayores oportunidades para el desarrollo personal acorde a las preferencias individuales y para el desarrollo de relaciones sociales informales (Brotherton et al., 2016; Siperstein et al., 2014).

En este contexto, entendemos que, tras adquirir un mínimo de bienestar personal, el logro de la ciudadanía plena para McCausland et al. (2018) o del envejecimiento de calidad para Navas et al. (2014) estará en potenciar la inclusión en la comunidad, la autodeterminación, así como la provisión de apoyos para lograr un funcionamiento mejor y una calidad de vida óptima (Johansson et al., 2017; Sheets, 2005), acorde a lo postulado por Schalock y Verdugo, (2002).

En la presente revisión, casi la mitad de los trabajos se refieren a las dimensiones de IS, AU y RI que Navas et al. (2014) señalaban como determinantes para lograr un envejecimiento de calidad, lo que parece constatar la importancia de fomentarlas para

mejorar la calidad de vida de la persona con DI que envejece. Como se ha comentado, indicadores relacionados con el bienestar personal (BF, BM, BE) se han visto influyentes en las relaciones sociales de las personas con DI (Kim et al., 2018; McCausland et al., 2015), en la participación social (Carlsson, 2020; McCausland et al., 2019), en el desempeño personal (Engeland et al., 2018), en el ejercicio de sus derechos (Keeley et al., 2008; McCarron et al., 2011) y en el grado de autonomía de la persona (Strnadová y Evans, 2015), lo que sugiere que las actuaciones deben ir encaminadas a lograr, primeramente, esta base de bienestar personal y después, una vez alcanzado esto, orientar las prácticas hacia la inclusión en la comunidad, el fomento de la autodeterminación y la provisión de apoyo familiar con el fin de lograr un envejecimiento de calidad en las personas con DI (Navas et al., 2014), combatiendo así la doble discriminación que históricamente han sufrido y que les ha dificultado el acceso a los diferentes recursos sanitarios y sociales (Sheets, 2005).

Asimismo, la aplicación del concepto de CV se traduce en los programas de buenas prácticas desarrollados por los distintos países para cumplir los artículos contenidos en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Naciones Unidas, 2006). Esta puesta en práctica debe realizarse en los distintos planos del sistema: microsocioal, mesosocioal y macrosocioal (Verdugo et al., 2013).

En lo referido al sistema microsocioal, las ocho dimensiones sirven como marco para desarrollar programas de apoyo individuales centrados en la persona (Schalock et al., 2010). Dicho apoyo debe brindarse por medio de una relación simétrica, basada en la confianza y colaboración tanto con la persona con DI como con su red de apoyo (Tamarit, 2018). Concretamente, en la etapa del ciclo vital a la que nos referimos, destacan propuestas como la de Brotherton et al. (2016) sobre programas de transición a la jubilación, puesto que frecuentemente este momento es vivido como un periodo de crisis, especialmente en el caso del empleo protegido, donde no se da una cultura de la jubilación y esta es vivida de manera abrupta. Además, cabe destacar aquí la prolongación de la vida laboral si así es la voluntad de la persona con DI mayor de 45 años, tal y como se recoge en el libro blanco del envejecimiento activo (IMSERSO, 2011), lo que a su vez supone promover la AU de la persona. Otro proyecto destacado a nivel microsocioal es el de Strnadová et al. (2014) “Bienvenido/a a nuestra clase” para promover el DP en las personas con DI que envejecen, lo que resulta crucial al ser esta

la dimensión en la que se observan peores resultados en esta población (Gómez et al., 2013).

Referido a nivel mesosocial, las organizaciones ocupan habitualmente el lugar central, estableciendo perfiles de proveedores de servicios acorde a las necesidades individuales reportadas por cada persona en las evaluaciones de CV (Verdugo et al., 2013). Para la correcta adecuación a la persona con DI que envejece de las actividades y apoyos ofrecidos por las organizaciones, resulta crucial la formación de profesionales sociosanitarios en envejecimiento y DI (Milot et al., 2020; Navas et al., 2014). En este sentido, y acorde a Tamarit (2018) el papel como psicólogos se centra, en este plano del sistema social, hacia la orientación, fortalecimiento y supervisión positiva de los equipos de apoyo directo, así como promover el empoderamiento de las personas a las que se les ofrecen los apoyos.

Además de la formación de los profesionales de apoyo directo, durante los últimos años han suscitado interés programas de buenas prácticas orientados también a la formación, en este caso, de voluntarios, con programas de asesoramiento activo (Milot et al., 2020) lo que fomenta a su vez la inclusión en la comunidad y la creación de relaciones sociales informales, minoritarias en la mayoría de casos para las personas con DI que envejecen (McCausland et al., 2014). Asimismo, otro programa de buenas prácticas que supone un cambio en el paradigma de provisión de apoyos y que ha cobrado especial relevancia en las últimas décadas, es el acceso a grupos comunitarios (Stancliffe et al., 2015) siguiendo un proceso de desinstitucionalización, el cual se encuentra avanzado en países como Noruega, Suecia, Estados Unidos, Australia, Reino Unido o Canadá (Mansell y Beadle-Brown, 2011), donde existen programas como la comunidad amistosa de Manitoba (Miskimmin, 2014) que han mostrado ser favorecedores de la inclusión social y las relaciones interpersonales (Mansell y Beadle-Brown, 2011; Miskimmin, 2014), factores relacionados con un envejecimiento de calidad y que, en último término, repercute también en la calidad de vida global de la persona con DI que envejece (Navas et al., 2014).

Relativo a nivel macrosocial, las actuaciones a este nivel permiten orientar una nueva manera de planificar y valorar las políticas sociales (Verdugo et al., 2013) mediante la defensa activa de los derechos de las personas con DI (Tamarit, 2018). En este sentido se destacan reformas legislativas relacionadas con la mejora de la capacidad

jurídica de las personas con DI y que favorecen su AU como la Ley de capacidad de las personas con DI para tomar decisiones por sí mismas (Inclusion Ireland, 2015) o el Proyecto de Ley en España (2020) para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. Además, referido al logro del envejecimiento de calidad en las personas con DI, cobra relevancia la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (LAPAD). La LAPAD recoge la cobertura de las necesidades más significativas de las personas en situación de dependencia, como las personas con DI, en un contexto de Estado de Bienestar y cuya cartera de servicios contempla, de manera indirecta, los fenómenos de envejecimiento y discapacidad (Verdugo y Navas, 2016). Asimismo, más recientemente, y reconociendo la importancia del enfoque de derechos (Verdugo et al., 2013), la Ley General de derechos de las personas con discapacidad de 1/2013 pone de manifiesto los derechos actualizados de las personas con DI, incluyendo aquellas en proceso de envejecimiento, donde se enfatiza la atención de las mismas en todos los ámbitos y esferas vitales (Pallero y Huete, 2015).

Finalmente, de acuerdo con Verdugo et al. (2013), de forma conjunta con la puesta en práctica de estos programas debe ir un análisis de resultados con el fin de constatar la eficacia y los aspectos a mejorar en todos los niveles del sistema social. Esto supone una estrategia clave para brindar programas de prácticas basadas en la evidencia dado que las puntuaciones obtenidas en calidad de vida deben tomarse como variables dependientes de estas buenas prácticas (Schalock et al., 2011). Así, mediante el uso de las prácticas basadas en la evidencia desde todos los planos del sistema social, se reducirá la “separación abismal entre la investigación y las prácticas profesionales habituales” (Verdugo et al., 2013).

Como todo trabajo de investigación, este no está exento de limitaciones. Entre ellas, destaca la imposibilidad de localizar algunos de los artículos de interés resultantes de la búsqueda en las diferentes bases de datos. Además, la investigación en esta etapa del ciclo vital en lo referido a personas con DI es menos fructífera que en otras etapas por lo que, a su vez, la bibliografía disponible no es tan amplia. Por ello, en la presente revisión se han incluido artículos que, a pesar de no centrarse exclusivamente en la etapa de vejez, sí hacen distinción en sus resultados entre los distintos rangos de edad. Así, dado el envejecimiento prematuro de las personas con DI y el difuso margen para

señalar el envejecimiento en esta población, nos centramos en los mayores de 40 y, en los casos que fue posible, en mayores de 45. Por otro lado, entre las fortalezas del trabajo, podemos enfatizar el hecho de que aún la investigación más reciente disponible referida a las personas con DI que envejecen, visibilizando las necesidades de este grupo de población, así como los programas recientes puestos en marcha para proporcionar un envejecimiento de calidad. Con ello, este trabajo pretende resaltar la importancia del ámbito aplicado del constructo de CV y servir de guía para la planificación de futuros programas orientados al logro de una vida plena, activa y de calidad.

En resumen, en función de los resultados obtenidos en la presente revisión bibliográfica resulta pertinente destacar el carácter interactivo de las ocho dimensiones del constructo de CV. Así, actuaciones centradas en un indicador repercutirán en la CV global. Se recomienda por ello promover actuaciones centradas en los aspectos del bienestar personal más fácilmente modificables que favorezcan, posteriormente, las oportunidades de enriquecer la vida en las principales áreas de actividad vital en aras de lograr un envejecimiento de calidad. Asimismo, resulta necesario actuar en los distintos planos del sistema social, promoviendo cambios en la vida de la propia persona con DI que envejece, así como en los valores y creencias que rigen nuestra sociedad. Finalmente, es esencial la evaluación de necesidades y resultados que confirmen la adecuación de los programas puestos en marcha para dar respuesta a las necesidades individuales de las personas con DI que envejecen, así como la participación de las propias personas en el proceso de elaboración de estos programas, fomentando el DP y la AU, que son considerados requisitos previos para envejecer bien.

Se constata, pues, la necesidad de centrar el estudio en mayor medida en la población con DI que envejece, distinguiendo entre distintos rangos de edad, puesto que las demandas no serán las mismas para todas las personas con DI mayores de 40 años y, por tanto, tampoco los apoyos que precisen. Por ello, en cuanto a futuras líneas de investigación, resulta necesario profundizar acerca de las necesidades percibidas por parte de las personas con DI en proceso de envejecimiento, así como por su red de apoyo más cercana, para orientar las prácticas y programas hacia un envejecimiento de calidad acorde a lo recogido en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Referencias

- Abellán, A., Aceituno, P., Pérez, J., Ramiro, D., Ayala, A. y Pujol, R. (2019). *Un perfil de las personas mayores en España, 2019. Indicadores estadísticos básicos*. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2019.pdf>
- Aguado, A. y Alcedo, M. Á. (2004). Necesidades percibidas en el proceso de envejecimiento de las personas con discapacidad. *Psicothema*, 16(2) 261-269.
- Albarran, I., Ayuso, M., Guillén, M. y Monteverde, M. (2002). Envejecimiento y discapacidad de la población española. *Actuarios*, 20, 41–42.
- Aldao, D., Lemos, R., Vázquez, S. y Pérez, C. (2020). Efecto de un programa de ejercicio físico sobre el riesgo de caídas, equilibrio y velocidad de la marcha en personas mayores con discapacidad intelectual. *Rehabilitación*, 54(1) 19-24. <https://doi:10.1016/j.rh.2019.09.003>.
- Alzheimer's Disease International. (2003). *Dementia and intellectual disabilities. Factsheet 11*. London, UK.
- Barrio del Campo, J., Árias, M., Ruiz, M. I. y Vicente, V. (2007). Envejecimiento y discapacidad intelectual; la nueva etapa. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 43-56.
- Batey, G. y Waine, H. (2015). Safe internet access for service users. *Art & Science*, 18(3), 16-20. <https://doi:10.7748/ldp.18.3.16.e1613>.
- Beadle-Brown, J., Bigby, C. y Bould, E. (2015). Observing practice leadership in intellectual and developmental disability services. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59(12), 1081–1093. <https://doi:10.1111/jir.12208>.
- Bigby, C., Wilson, N. J., Stancliffe, R. J., Balandin, S., Craig, D. y Gambin, N. (2014). An effective program design to support older workers with intellectual disability to participate individually in community groups. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 11(2), 117–127. <https://doi:10.1111/jppi.12080>.

- Black, R. y Kammes, R. (2019). Restrictions, power, companionship, and intimacy: a metasynthesis of people with intellectual disability speaking about sex and relationships. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 57(3), 212-233. <https://doi:10.1352/1934-9556-57.3.212>.
- Bond, L., Carroll, R., Mulryan, N., O'Dwyer, M., O'Connell, J., Monaghan, R., Sheerin, F., McCallion, P. y McCarron, M. (2019). The association of life events and mental ill health in older adults with intellectual disability: results of the wave 3 Intellectual Disability Supplement to The Irish Longitudinal Study on Ageing. *Journal of Intellectual Disability Research*, 63(5), 454-465. <https://doi:10.1111/jir.12595>.
- Brotherton, M., Stancliffe, R., Wilson, N. y O'Loughlin, K. (2016). Supporting workers with intellectual disability in mainstream employment to transition to a socially inclusive retirement. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 41(1), 75-80. <https://doi:10.3109/13668250.2015.1078878>.
- Cantor, M. y Little, V. (1985). Aging and social care. En R.H. Binstock y E. Shanas (Eds.), *Handbook of aging and the social sciences* (pp. 745-781). Van Nostrand Reinhold.
- Carlsson, Ö. (2020). Changes in living conditions of people with ID: A follow-up after 16 Years. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 1-11. <https://doi:10.1111/jppi.12355>.
- Chatterji, S., Byles, J., Cutler, D., Seeman, T. y Verdes, E. (2015). Health, functioning, and disability in older adults—Present status and future implications. *The Lancet*, 385(9967), 563–575. [https://doi:10.1016/S0140-6736\(14\)61462-8](https://doi:10.1016/S0140-6736(14)61462-8).
- Coyle, C. E., Putman, M., Kramer, J. y Mutchler, J. E. (2016). The role of aging and disability resource centers in serving adults aging with intellectual disabilities and their families: Findings from seven states. *Journal of Aging & Social Policy*, 28(1), 1–14. <https://doi:10.1080/08959420.2015.1096142>.

- Darragh, J., Reynolds, L., Ellison, C. y Bellon, M. (2017). Let's talk about sex: How people with intellectual disability in Australia engage with online social media and intimate relationships. *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*, 11(1), 1-17. <https://doi:10.5817/CP2017-1-9>.
- Domínguez, J. y Navas, P. (2018). Deterioro cognitivo y trastorno neurodegenerativo en personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero*, 49(1), 53-67. <https://doi:10.14201/scero20184915367>.
- Donnelly J. (2013). *Universal Human Rights in theory and Practice*. Cornell University Press.
- Dunst C. J. (2000) Revisiting “rethinking early intervention”. *Topics in Early Childhood Special Education* 20(2), 95–104. <https://doi:10.1177/027112140002000205>.
- Engeland, J., Kittelsaa, A. M. y Langballe, E. M. (2018). How do people with intellectual disabilities in Norway experience the transition to retirement and life as retirees? *Scandinavian Journal of Disability Research*, 20(1), 72-81. <https://doi:10.16993/sjdr.41>.
- Fernández-Ríos, L. y Buela-Casal, G. (2009). Standards for the preparation and writing of Psychology review articles. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(2), 329-344.
- Friedman, C. y Rizzolo, M. C. (2016). The state of transportation for people with intellectual and developmental disabilities in Medicaid Home and Community-Based Services 1915 waivers. *Journal of Disability Policy Studies*, 27(3), 168–177. <https://doi:10.1177/1044207316644413>.
- García, J. y Martínez, R. (2015). Calidad de vida en personas con diversidad funcional intelectual del programa “grupos de autogestores”: una aproximación desde la escala INICO-FEAPS. *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, (55), 72-96.

- Gómez, L. E., Verdugo, M.A., Arias, B., Navas, P. y Schalock, R. (2013). The development and use of Provider Profiles at the organizational and systems level. *Evaluation and Program Planning*, 40, 17-26. [https://doi:10.1016/j.evalprogplan.2013.05.001](https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2013.05.001).
- Goñi, M. J., Martínez, M., Zardoya, A., Martínez, N. y Atristain, A. (2009). *Guía para el personal de Apoyo. Autodeterminación*. https://www.plenainclusion.org/sites/default/files/autodeterminacion_0.pdf
- Hall, E. (2010). Spaces of social inclusion and belonging for people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54, 48–57. [https://doi:10.1111/j.1365-2788.2009.01237.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2009.01237.x).
- Harrison L., Johnson K., Hiller L. y Strong R. (2001) “Nothing about us without us”: the ideals and realities of participatory action research with people with an intellectual disability. *Scandinavian Journal of Disability Research* 3, 56–70. <https://doi.org/10.1080/15017410109510776>
- Hermans, H. y Evenhuis, H. M. (2014). Multimorbidity in older adults with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 35(4), 776-783. [https://doi:10.1016/j.ridd.2014.01.022](https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.01.022).
- Hole, R. D., Stainton, T. y Wilson, L. (2013). Ageing adults with intellectual disabilities: Self-advocates’ and family members’ perspectives about the future. *Australian Social Work*, 66(4), 571–589. [https://doi:10.1080/0312407X.2012.689307](https://doi.org/10.1080/0312407X.2012.689307).
- Inclusion Ireland. (2015). *Inclusion Ireland welcomes historical enactment of the Assisted Decision-Making (Capacity) Bill, 2013*. <https://inclusionireland.ie/content/media/1396/inclusion-ireland-welcomes-historical-enactment-assisted-decision-making-capacity>.
- Innes, A., McCabe, L. y Watchman, K. (2012). Caring for older people with an intellectual disability: a systematic review. *Maturitas*, 72(4): 286–95. [https://doi:10.1016/j.maturitas.2012.05.008](https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2012.05.008).

- Instituto Nacional de Estadística. (2018). *Proyecciones de población 2018*.
https://www.ine.es/prensa/pp_2018_2068.pdf.
- IMSERSO. (2011). *Libro blanco sobre envejecimiento activo. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad*.
http://www.imserso.es/InterPresent/groups/imserso/documents/binario/8088_8089libroblancoenv.pdf.
- IMSERSO. (2018). *Base Estatal de Datos de Personas con Valoración del Grado de Discapacidad*.
https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/bdepcd_2018.pdf
- Jiménez, M. T., González, P. y Martín Moreno, J. M. (2002). La clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF) 2001. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 271–279.
- Johansson, M., Björne, P., Runesson, I. y Ahlström, G. (2017). Healthy ageing in people with intellectual disabilities from manager's perspective: a qualitative study. *Healthcare*, 5(3), 45-59. <https://doi:10.3390/healthcare5030045>.
- Kamstra, A., Van der Putten, A. A. J., Post, W. J. y Vlaskamp, C. (2014). Informal social networks of people with profound intellectual and multiple disabilities: Relationship with age, communicative abilities and current living arrangements. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 28(2), 159-164. <https://doi:10.1111/jar.12115>.
- Keeley, H., Redley, M., Holland, A. y Clare, I. (2008). Participation in the 2005 general election by adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52, 175–81.
- King, E., Okodogbe, T., Burke, E., McCarron, M., McCallion, P. y O'Donovan, M. A. (2016). Activities of daily living and transition to community living for adults with intellectual disabilities. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 24(5), 357-365. <https://doi:10.1080/11038128.2016.1227369>.

- Kohn, N. y Blumenthal, J. (2014). A critical assessment of supported decision-making for persons with intellectual disabilities. *Disability and Health Journal* 7(1), 40-43. [https://doi: 10.1016/j.dhjo.2013.03.005](https://doi:10.1016/j.dhjo.2013.03.005).
- Lehmann, B., Bos, A., Rijken, M., Cardol, M., Kok, G. y Curfs, L. (2013). Ageing with an intellectual disability: The impact of personal resources on well-being. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57, 1068-1078. <https://doi:10.1111/j.1365-2788.2012.01607.x..>
- Lin, L. P., Hsu, S. W., Hsia, Y. C., Wu, C. L., Chu, C. y Lin, J. D. (2014a). Association of early-onset dementia with activities of daily living (ADL) in middle-aged adults with intellectual disabilities: the caregiver's perspective. *Research in Developmental Disabilities*, 35(3), 626-631. <https://doi:10.1016/j.ridd.2013.12.015>.
- Lin, J. D., Lin, L. P., Hsia, Y. C., Hsu, S. W., Wu, C. L. y Chu, C. M. (2014b). A national survey of caregivers' perspective of early symptoms of dementia among adults with an intellectual disability based on the DSQIID scale. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(3), 275-280. <https://doi:10.1016/j.rasd.2013.12.010>.
- Lövgren, V. (2015). Working life for middle-aged people with intellectual disabilities: knowing their rights? *Research and Practice in Intellectual and Developmental Disabilities*, 2(2), 207-217. [https://doi: 10.1080/23297018.2015.1079730](https://doi:10.1080/23297018.2015.1079730).
- Madrigal, A. (2007). Marco teórico del envejecimiento de las personas con discapacidad intelectual. *Boletín sobre el Envejecimiento*, 26, 2-36.
- Mansell, J. y Beadle-Brown, J. (2011). Desinstitucionalización y vida en la comunidad: declaración del Grupo de Investigación sobre Política y Práctica Comparativas, de la Asociación Internacional para el Estudio Científico de las Discapacidades Intelectuales (IASSID). *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria - Revista de Servicios Sociales*, (49), 137-146. [https://doi: 0.5569/1134-7147.49.11](https://doi:0.5569/1134-7147.49.11).

- Martínez, D., Martínez, R. I., Penedo, S. y Ayán, C. L. (2020). Efecto de un programa de ejercicio físico sobre el riesgo de caídas, equilibrio y velocidad de la marcha en personas mayores con discapacidad intelectual. *Rehabilitación*, 54(1), 19-24. <https://doi.org/10.1016/j.rh.2019.09.003>.
- McCarron, M., Swinburne, J., Burke, E., McGlinchey, E., Carroll, R. y McCallion, P. (2013). Patterns of multimorbidity in an older population of persons with an intellectual disability: Results from the intellectual disability supplement to the Irish longitudinal study on aging (IDS-TILDA). *Research in Developmental Disabilities*, 34, 521–527. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.07.029>.
- McCarron M., Swinburne J., Burke E., McGlinchey E., Mulryan N. y Andrews V. (2011). Growing older with an intellectual disability in Ireland 2011: First results from the Intellectual disability supplement of the Irish longitudinal study on ageing. School of Nursing and Midwifery, Trinity College Dublin.
- McCausland, D., McCallion, P., Carroll, R., O'Donovan, M. A., McGlinchey, E., Shivers, C., Burke, E. y McCarron, M. (2014). Social participation for older people with intellectual disability. En E. Burke, P. McCallion & M. McCarron (Eds.), *Advancing years, different challenges: Wave 2 IDS-TILDA* (pp. 29–78). Dublin: Trinity College Dublin.
- McCausland, D., McCallion, P., Brennan, D. y McCarron, M. (2017). Interpersonal relationships of older adults with an intellectual disability in Ireland. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 31(1), 40-53. <https://doi:10.1111/jar.12352>.
- McCausland, D., McCallion, P., Brennan, D. y McCarron, M. (2018). The exercise of human rights and citizenship by older adults with an intellectual disability in Ireland. *Journal of Intellectual Disability Research*, 62(10), 875-887. <https://doi:10.1111/jir.12543>.
- McCausland, D., McCallion, P., Cleary, E. y McCarron, M. (2015). Social connections for older people with intellectual disability in Ireland: Results from wave one of IDS-TILDA. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 29(1), 71-82. <https://doi:10.1111/jar.12159>.

- McCausland, D., Stancliffe, R. J., McCallion, P. y McCarron, M. (2019). Longitudinal use and factors associated with public transport and other travel options for older people with an intellectual disability in Ireland. *Journal of applied research in intellectual disabilities*, 33(3), 442-456. <https://doi:10.1111/jar.12686>.
- Kim, K. M., Shin, Y. R. y Hwang, S. (2018). Psychosocial experiences of the ageing of middle-aged people with intellectual disabilities in South Korea. *International Journal of Developmental Disabilities*, 66(3), 196-203. <https://doi:10.1080/20473869.2018.1544969>.
- Melville, C. A., McGarty, A., Harris, L., Hughes-McCormack, L., Baltzer, M., McArthur, L. A., Morrison, J. y Cooper, S. A. (2018). A population-based, cross-sectional study of the prevalence and correlates of sedentary behaviour of adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 62(1), 60-71. <https://doi:10.1111/jir.12454>.
- Millán, J. C. (2006). Gerontología y geriatría. En Millán, J. C. *Principios de Geriatría y Gerontología* (pp. 3-20). McGraw-Hill Interamericana.
- Milot, É., Couvrette, R. y Grandisson, M. (2020). Perspectives of adults with intellectual disabilities and key individuals on community participation in inclusive settings: A Canadian exploratory study. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 1-9. <https://doi:10.3109/13668250.2020.1805841>.
- Miskimmin, C. (2014). *Age-friendly communities for older persons with mild intellectual disabilities* [Tesis de Maestría]. Universidad de Manitoba, Canadá.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G. y The PRISMA Group. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLOS Medicine*, 6(7), e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>.
- Naciones Unidas (2006). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>.

- Navas, P., Gómez, L. E., Verdugo, M. A. y Schalock, R. (2012). Derechos de las personas con discapacidad intelectual: Implicaciones de la Convención de Naciones Unidas. *Siglo Cero*, 43(243), 7-28.
- Navas, P., Uhlmann, S. y Berástegui, A. (2014). *Envejecimiento activo y discapacidad intelectual*. Ministerio de educación, Cultura y Deporte.
- Neuman, R. (2020). The Life Journeys of Adults with Intellectual and Developmental Disabilities: Implications for a New Model of Holistic Supports. *Journal of Social Service Research*, 1-16. <https://doi:10.1080/01488376.2020.1802396>.
- Ng, N., Wallén, E. F. y Ahlström, G. (2017). Mortality patterns and risk among older men and women with intellectual disability: a Swedish national retrospective cohort study. *BMC Geriatrics*, 17(1), 269. <https://doi:10.1186/s12877-017-0665-3>.
- Nirje, B. (1972). The right to self-determination. En: Wolfensberger, W. P., Nirje, B., Olshansky, S., Perske, R., Roos, P. *The Principle of Normalization in Human Services* (pp. 176–93). National Institute on Mental Retardation.
- Nomura, M., Skat Nielse, G. y Tronbacke, B. (2012). Directrices para materiales de lectura fácil. *Creacesible*.
- O'Donoghue G., Perchoux C., Mensah K., Lakerveld J., van der Ploeg H., Bernaards C., Chastin, S., Simon, C., O'Gorman, D. y Nazare, J-A. (2016). A systematic review of correlates of sedentary behaviour in adults aged 18-65 years: a socio-ecological approach. *BMC Public Health*, 16(1), 163.
- O'Dwyer, M., Peklar, J., Mulryan, N., McCallion, P., McCarron, M. Y Henman, M. C. (2017). Prevalence, patterns and factors associated with psychotropic use in older adults with intellectual disabilities in Ireland. *Journal of Intellectual Disability Research*, 61(10), 969-983. <https://doi:10.1111/jir.12391>.
- Oppewal, A., Hilgenkamp, T. I., van Wijck, R., Schoufour, J. D. y Evenhuis, H. M. (2014). The predictive value of physical fitness for falls in older adults with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 35(6), 1317-1325. <https://doi:10.1016/j.ridd.2014.03.022>.

- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF)*. OMS, IMSERSO.
- Otamendi, N. y Navas, P. (2018). Calidad de vida de personas con discapacidad intelectual en proceso de envejecimiento en entornos de vivienda. *Revista Española de Discapacidad (REDIS)*, 6(2), 27–47. [https://doi: 10.5569/23405104.06.02.02](https://doi.org/10.5569/23405104.06.02.02).
- Pallero, P. y Huete, A. (2015). *Observatorio Estatal de la Discapacidad: El envejecimiento de las personas con discapacidad en Extremadura*. <https://observatoriodeladiscapacidad.info/attachments/article/64/Estudio%20Envejecimiento%20PCD%20Extremadura.pdf>.
- Ponce, A. (2011). *Formación en Autodeterminación para Familias. Cuadernos de Buenas Prácticas FEAPS*. https://www.plenainclusion.org/sites/default/files/forma_autodet_familias.pdf.
- Porcel, M. y Valpuesta, E. (2012). El envejecimiento en España: ¿un reto o problema social? *Gerokomos: Revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica*, 23(4), 151–155. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2012000400002>.
- Proyecto de Ley 121/000027, de 17 de julio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica (2020). https://www.congreso.es/public_oficiales/L14/CONG/BOCG/A/BOCG-14-A-27-1.PDF.
- Reiss, S., Levitan, G. W. y Szyszko, J. (1982). Emotional disturbance and mental retardation: Diagnostic overshadowing. *American Journal of Mental Deficiency*, 86(6), 567-574.
- Sáenz, I. (2018). Influencia del tipo de vivienda en la calidad de vida de las personas mayores con discapacidad intelectual o del desarrollo. *Siglo Cero*, 49(1), 89-106. [https://doi:10.14201/scero201849189106](https://doi.org/10.14201/scero201849189106).

- Schalock, R., Borthwick-Duffy, S.A., Bradley, V., Buntix, W.H.E., Coulter, M-D., Craig, E.M., Gomez, S.C., Lachapelle, Y., Luckasson, R., Reeve, A., Shogren, K.A., Snell, M.E., Spreat, S., Tassé, M.J., Thompson, J.R., Verdugo, M. A., Wehmeyer, M.L. y Yeager, M.H. (2010). *Intellectual disability. Definition, Classification, and Systems of Supports*. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Schalock, R. y Keith, K. (2016). The evolution of the quality of life concept. En R. Schalock y K. D. Keith (Eds), *Cross-cultural quality of life. Enhancing the lives of people whit intellectual disabilities* (pp. 3-12). American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Schalock, R. y Verdugo, M. A. (2002). *Handbook on quality of life for human service practitioners*. American Association on Mental Retardation.
- Schalock, R. y Verdugo, M. A. (2003). *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, la salud y servicios sociales*. Alianza editorial.
- Schalock, R. y Verdugo, M. A. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*. 38(4), 21-36.
- Schalock, R., Verdugo, M. A. y Gomez, L. E. (2011). Evidence-based practices in the field of intellectual and developmental disabilities: An international consensus approach. *Evaluation and Program Planning*, 34(3), 273-282.
<https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2010.10.004>.
- Schoufour, J. D., Evenhuis, H. M. y Echteld, M. A. (2014a). The impact of frailty on care intensity in older people with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 35(12), 3455-3461.
<https://doi:10.1016/j.ridd.2014.08.006>.
- Schoufour, J. D., Mitnitski, A., Rockwood, K., Evenhuis, H. M. y Echteld, M. A. (2013). Development of a frailty index for older people with intellectual disabilities: Results from the HA-ID study. *Research in Developmental Disabilities*, 34(5), 1541–1555. <https://doi:10.1016/j.ridd.2013.01.029>.

- Schoufour, J. D., Mitnitski, A., Rockwood, K., Hilgenkamp, T. I., Evenhuis, H. M. y Echteld, M. A. (2014b). Predicting disabilities in daily functioning in older people with intellectual disabilities using a frailty index. *Research in Developmental Disabilities*, 35(10), 2267-2277.
<https://doi:10.1016/j.ridd.2014.05.022>.
- Sheets, D. (2005). Aging with disabilities: *Ageism and more*. *Generations*, 29(3), 37-41.
- Siperstein, G. N., Heyman, M. y Stokes, J. E. (2014). Pathways to employment: A national survey of adults with intellectual disabilities. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 41(3), 165-178. <https://doi:10.3233/JVR-140711>.
- Solís, P., Alcedo, M. Á., Fontanil, Y., Pedrosa, I. y Aguado, A. (2019). El proceso de envejecimiento en personas con discapacidad intelectual: Necesidades específicas y propuestas de intervención. *Servicios Sociales y Política Social*, 119, 63-76.
- Stancliffe, R. J., Bigby, C., Balandin, S., Wilson, N. J. y Craig, D. (2015). Transition to retirement and participation in mainstream community groups using active mentoring: A feasibility and outcomes evaluation with a matched comparison group. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59(8), 703-718.
<https://doi:10.1111/jir.12174>.
- Strnadová, I., Cumming, T. M., Knox, M., Parmenter, T. y Welcome to Our Class Research Group. (2014). Building an Inclusive Research Team: The importance of team building and skills training. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 27(1), 13-22. <https://doi:10.1111/jar.12076>.
- Strnadová, I. y Evans, D. (2015). Older women with intellectual disabilities: Overcoming barriers to autonomy. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 12(1), 12-19. <https://doi:10.1111/jppi.12097>.
- Tamarit, J. (2018). La psicología frente a la calidad de vida y la inclusión social de las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo. *Papeles del Psicólogo*, 39(2) 113-119.

- Vanleerberghe, P., De Witte, N., Claes, C., Schalock, R. y Verté, D. (2017). The quality of life of older people aging in place: a literature review. *Quality of Life Research*, 26(11), 2899-2907. <https://doi:10.1007/s11136-017-1651-0>.
- Verdugo, M. A. y Navas, P. (2016). Todos somos todos. *Derechos y calidad de vida de las personas de las personas con discapacidad intelectual y grandes necesidades de apoyo*.
http://riberdis.cedd.net/bitstream/handle/11181/5267/Todos_somos_todos_discapacidad_intelectual.pdf?sequence=1&rd=0031663699741252
- Verdugo, M. A. y Schalock, R. (2003). *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, la salud y servicios sociales*. Alianza editorial.
- Verdugo, M. A. y Schalock, R. (2009). Quality of Life: From Concept to Future Applications in the Field of Intellectual Disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 6(1), 62-64. <https://doi.org/10.1111/j.1741-1130.2008.00201.x>.
- Verdugo, M. A., Schalock, R., Arias, B., Gómez, L.E. y Jordán, B. (2013). Calidad de vida. En M. A. Verdugo y R. Schalock (Eds.), *Discapacidad e inclusión. Manual para la docencia* (pp.443-456). Amarú Ediciones.
- Vicente, E., Mumbardó-Adam, C., Coma, T., Verdugo, M. A. y Giné, C. (2018). Autodeterminación en personas con discapacidad intelectual y del desarrollo: Revisión del concepto, su importancia y retos emergentes. *Revista Española de Discapacidad (REDIS)*, 6(2), 7–25. <https://doi:10.5569/2340-5104.06.02.01>.
- World Health Organization. World Bank. (2011). *World report on disability*. World Health Organization.