



## ÍNDICE

<b>1. JUSTIFICACIÓN</b>	<b>4</b>
<b>2. PROCESOS DE CONSTRUCCIÓN DE LA ESCALA</b>	<b>5</b>
<b>3. PARTICIPANTES EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA ESCALA</b>	<b>8</b>
<b>4. RESULTADOS OBTENIDOS EN EL PROCESO DE VALIDACIÓN DE LA ESCALA</b>	<b>6</b>
<b>4.1. Personas valoradas como en procesos de envejecimiento y/o deterioro.</b>	<b>10</b>
<b>4.2. Resultados de los indicadores en las personas valoradas en procesos de envejecimiento. Comparación con el resto de subgrupos.</b>	<b>11</b>
<b>4.3. Otras variables: sexo, porcentaje de discapacidad y grado de dependencia</b>	<b>12</b>
<b>4.4. Resultados cualitativos</b>	<b>14</b>
<b>5. CONCLUSIONES Y ANÁLISIS DE RESULTADOS</b>	<b>17</b>
<b>5.1. Resultados en relación a la Construcción de la Herramienta de detección y seguimiento de indicadores de envejecimiento/deterioro.</b>	<b>17</b>
<b>5.2 Análisis de los resultados del estudio sobre indicadores. Comparativa y análisis respecto al estudio de 2019.</b>	<b>18</b>
<b>5.3 Futuras líneas de investigación.</b>	<b>21</b>
<b>6. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>22</b>
<b>7. AGRADECIMIENTOS</b>	<b>23</b>
<b>8. ANEXOS</b>	<b>23</b>

## 0. APNABI Autismo Bizkaia

APNABI Autismo Bizkaia somos la asociación sin ánimo de lucro, declarada de interés público, que agrupa a las familias de personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA) de Bizkaia. Somos la organización de referencia en su ámbito de actuación.

Nacimos a finales de los años 70 por iniciativa de un grupo de padres y madres que, haciendo frente al desconcierto, la incertidumbre y el miedo, se unieron para construir un futuro mejor para sus hijos e hijas. Hoy somos una entidad plenamente consolidada y reconocida, integrada por más de 1200 familias y 300 profesionales que, con el mismo espíritu de entonces y con la colaboración institucional y de otros agentes, mantenemos una amplia red de servicios para garantizar una respuesta integral, individualizada y de calidad para las personas con TEA a lo largo de todo su ciclo vital.

En APNABI Autismo Bizkaia trabajamos para garantizar el cumplimiento de todos los derechos de las personas con TEA. Nuestros objetivos se resumen en las ideas siguientes:

- Mejorar la calidad de vida de las personas con TEA y sus familias.
- Favorecer el desarrollo de las personas con TEA y su inclusión en la comunidad.
- Velar para que las personas con TEA reciban una respuesta adecuada a sus características y necesidades.
- Promover la sensibilización social con el fin de aproximar a la ciudadanía la realidad de los TEA y, de esta manera, avanzar hacia el cumplimiento de los derechos de las personas con autismo bajo los principios de la inclusión, la tolerancia y el respeto.

Con la finalidad de compartir conocimiento en el ámbito de la discapacidad intelectual, formamos parte de varios foros y organizaciones en los que contrastamos experiencias y reflexiones. Algunas de ellas son:

- FEVAS Plena inclusión Euskadi, [www.fevas.org](http://www.fevas.org)
- Confederación Plena Inclusión, [www.plenainclusion.org](http://www.plenainclusion.org)
- Confederación Autismo España, [www.autismo.org.es](http://www.autismo.org.es)
- Confederación Autismo Europa, [www.autismeurope.org](http://www.autismeurope.org)

## 1. JUSTIFICACIÓN

El presente estudio es resultado, o una extensión, del que realizó la entidad el año pasado ("Envejecimiento y Trastorno del Autismo: diagnóstico de necesidades percibidas por profesionales y familiares que les prestan apoyo, 2019"). Este pequeño estudio emana de los resultados del citado, del que surgieron una serie de aspectos, en la parte de Resultados y Conclusiones, que nos hicieron querer profundizar aún más en ellos, dada su importancia.

A continuación, citamos dichos aspectos:

- > La elevada prevalencia de casos de indicadores de envejecimiento en las personas objeto del estudio por parte de personas profesionales.
- > Las discrepancias observadas entre la valoración de familias y profesionales, cuando unos y otros valoraban a la misma persona (las personas profesionales señalaban una gran prevalencia de indicadores prematuros de envejecimiento, y las familias muy baja).
- > Las dificultades que a veces señalaban las personas profesionales, tras realizar el cuestionario, para valorar si algunos indicadores observados eran más achacables al envejecimiento/deterioro de las personas, o indicadores propios o característicos de las personas con TEA. Por ejemplo: la dificultad para valorar si una persona en los últimos años tiende más a aislarse, a comunicarse menos con el entorno, o a presentar algunos aspectos relacionados con la depresión por la pérdida de familiares, o realmente todos los indicadores señalados antes, son propios y característicos del autismo.

Como se señalaba en las Conclusiones del estudio del 2019, la población participante del mismo era escasa (N=54), Lo anterior, unido sobre todo al hecho que en APNABI, debido a la juventud de las personas socias de la entidad (19,1 años de media en 2019), podrían explicar las dificultades arriba citadas así como el poco conocimiento que aún tenemos en la entidad sobre los procesos de envejecimiento de las personas que apoyamos (las personas mayores de 40 años solo suponían un 6,7% del total de las personas socias, N=1166, en 2019).

Por ello, desde el grupo de trabajo Envejecimiento Activo de la entidad, vimos necesario crear herramientas para los profesionales que permitieran ayudarles en la valoración, lo más objetiva posible, en los aspectos relacionados con el Envejecimiento, de las personas que apoyan a diario.

## 2. PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE LA ESCALA

En su construcción, se han tenido en cuenta dos aspectos que consideramos básicos:

- > **Que estuviera basada en la experiencia:** los indicadores, son una selección de indicadores detectados por los profesionales de atención directa, en la fase del diagnóstico de necesidades en relación al envejecimiento de la entidad (estudio 2019).
- > **Que tuviera respaldo científico:** los indicadores también están basados en literatura científica y estudios específicos relacionados con envejecimiento, TEA y Discapacidad intelectual (ver apartado 6, Bibliografía seleccionada para la elección de los ítems - indicadores)

Para la selección final de dichos indicadores, el grupo de trabajo transversal de Envejecimiento Activo de la entidad, compuesto por 7 profesionales de las áreas de Centros de Día, Hogares y Centro Ocupacional de Empleo, llevó a cabo un trabajo de selección de los mismos en base a: frecuencia de aparición del indicador, su fiabilidad (que no sean achacables a aspectos relacionados con el envejecimiento y no a otros temas de salud, o características propias de los TEA) y que pudieran ser nivelables. Se acabó esta fase con la elección de 10 indicadores, 5 de carácter físico y 5 de carácter cognitivo y mental.

Tras la selección, el grupo llevó a cabo un proceso en dos fases de nivelación; de forma individual, para posteriormente ser puesto en común y detectar posibles errores de redacción e incongruencia entre los diferentes niveles. Esta fase concluyó con que a cada indicador se le aplican 5 niveles, siendo 1 ningún grado de afectación y 5 un muy alto grado de afectación en ese indicador. Después de cada indicador, hay un apartado de observaciones por si se quiere añadir algo. El cuestionario concluye con la pregunta, "tras todo lo anterior, ¿valora que esa persona está en procesos de envejecimiento y deterioro?"; con una respuesta posible de SÍ o NO, y posteriormente con la posibilidad de hacer observaciones sobre la respuesta anterior.

Finalmente, la nivelación fue revisada por un profesional de cada área con una experiencia mínima de 5 años en la entidad, ajeno al proceso de construcción del protocolo para detectar posibles dudas o problemas que el grupo no había sido consciente en el proceso. Se realizaron los ajustes pertinentes tras esta revisión.

Todo este proceso se realizó a lo largo de 2019.

#### **Destinatarias:**

Todas las personas del área adulta de APNABI, que se detecte que puedan estar en una situación de envejecimiento.

#### **Objetivos:**

- Reconocer procesos de envejecimiento prematuro en las personas adultas que la entidad apoya.
- Apoyar de forma adecuada, las nuevas necesidades que se vayan creando en relación al envejecimiento de las personas con TEA.
- Responder de forma preventiva a dichas nuevas necesidades, reconociendo e identificando los indicadores propios de dicho proceso.
- Planificar los apoyos necesarios para abordar las necesidades relacionadas con el envejecimiento en Plan Personal.

#### **Cómo utilizarlo:**

##### **1. Cuándo:**

Se utilizará con las personas con TEA usuarias de los servicios de Centros de Día, Hogares y Centro Ocupacional de empleo en las siguientes ocasiones:

- Cuando la persona con TEA cumpla 40 años, con carácter anual.
- Cuando la persona con TEA sea menor de 40 años, pero muestre posibles indicadores de envejecimiento/deterioro ( y estos indicadores no estén relacionados con problemas de salud concretos que nada tienen que ver con el envejecimiento, por ejemplo: un traumatismo juvenil y sus efectos), será con carácter anual.  
Cuando la persona con TEA sea menor de 40 años y no muestre indicadores de envejecimiento y deterioro, cada 5 años (el año que cumpla 20 años, 25,... y así sucesivamente hasta los 40 años).

La edad de 40 años, se toma de referencia basándonos en la literatura científica que señala que con esa edad, aproximadamente, hay personas con DI y/o TEA que pueden presentar indicadores de envejecimiento prematuro.

##### **2. Quién:**

Los profesionales que apoyan a la persona, de los diferentes servicios del área adulta, cuando se den las circunstancias citadas en el apartado anterior.

#### 3. De qué forma:

Cuando la persona sea apoyada por varios servicios (por ejemplo, Centro de día y Hogar), deberá de hacerse de forma conjunta. Recomendaciones:

- Que se tenga en cuenta la visión e información de todos los agentes que apoyan a la persona (servicios, familia, entre otras)
- Que en la medida de lo posible, sean siempre los mismos profesionales quienes pasen la escala.
- Que en la medida de lo posible, se tenga en cuenta la evolución de la persona, recordar la situación de hace unos años de la persona, comparándola con la actual, no poner el foco sólo en "el ahora".
- Que la escala sea pasada en momentos del año en los que corresponda hacer evaluación de su Plan personal, como un proceso complementario.
- La escala tiene, en cada indicador, un apartado de valoración subjetiva, relleno siempre que lo valore necesario.
- Guarde las evaluaciones de años anteriores, es muy importante tener la visión y evolución a años vista, para poder cumplimentar la actual. Dichas evaluaciones se guardarán automáticamente en la base de resultados (excel) de la herramienta-cuestionario Google de cada centro de trabajo.

#### 4. Evaluación:

Se considerará que la persona está en una situación de envejecimiento y deterioro si cumple los parámetros señalados tras el análisis del proceso de validación de la herramienta. Ver apartado 5, Conclusiones y análisis de resultados.

### 3. PARTICIPANTES EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA ESCALA

Las personas participantes en el estudio (Tabla 1) son hombres y mujeres usuarias de los servicios de Centros de Día, Hogares y Centro Ocupacional de empleo. Recogimos información sobre un total de 92 personas (N=92) a partir de los datos proporcionados por los profesionales (N = 34) de los servicios mencionados. El rango de edad en que se encuentran las personas evaluadas oscila entre los 18 y 53 años, siendo 39 las personas que tienen 40 años o más. La media de edad de todos los participantes es de 35,20 años.

TABLA 1. Tabla sociodemográfica personas con TEA				
		Menores de 40 (n=53)	Igual o mayores de 40 (n=39)	Total (n=92)
<b>Sexo</b>	Hombre	42	27	69
	Mujer	11	11	22
	Otros	0	1	1
<b>Edad media</b>	General	27,9	45,12	35,20
	Hombre	27,07	44,11	34,22
	Mujer	29	48	38,19
	Otros	0	41	41
<b>Servicio que realiza el cuestionario</b>	Centro de día	13	28	41
	Hogares	11	6	17
	Centro ocupacional de empleo	29	5	34
<b>Grado de dependencia</b>	Grado 1	13	3	16
	Grado 2	14	12	26
	Grado 3	10	17	27
	Sin datos / Sin dependencia	16	7	23



ESCALA DE DETECCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PROCESOS DE ENVEJECIMIENTO Y/O DETERIORO EN PERSONAS USUARIAS DEL ÁREA ADULTA DE APNABI

**TABLA 1. Tabla sociodemográfica personas con TEA.** *Continuación.*

		Menores de 40 (n=53)	Igual o mayores de 40 (n=39)	Total (n=92)
<b>Porcentaje discapacidad</b>		63,08%	77,10%	69,07%
<b>Diagnóstico principal</b>	TEA con Discapacidad Intelectual	24	12	36
	Trastorno Generalizado del Desarrollo (con Discapacidad intelectual)	13	8	21
	TEA sin Discapacidad intelectual	10	2	12
	Otras (Psicosis infantil, Psicosis deficitaria, esquizofrenia, oligofrenia)	6	17	23
<b>Dificultades de comunicación</b>	Tiene lenguaje oral y se comunica perfectamente.	23 (43,39%)	13 (33,33%)	36 (39,13%)
	Lenguaje oral pero le cuesta comunicar de forma efectiva y clara: sus sentimientos, dolencias,	21 (39,69%)	17 (43,58%)	38 (41,30%)
	No tiene lenguaje oral, es capaz de comunicar de forma efectiva dolencias, sentimientos, por medios aumentativos /alternativos de comunicación.	2 (3,77%)	1 (2,56%)	3 (3,26%)
	No tiene lenguaje oral No utiliza otros sistemas alternativos/aumentativos. Grandes dificultades comunicativas.	7 (13,20%)	8 (20,51%)	15 (16,30%)

## 4. RESULTADOS DEL PROCESO DE VALIDACIÓN DE LA ESCALA

### 4.1 Personas valoradas como en procesos de envejecimiento y/o deterioro.

En primer lugar, señalar que de las 92 personas participantes, 14 de ellas han sido valoradas como en procesos de envejecimiento y/o deterioro. Suponen un 15,21% de los participantes y todos ellos están dentro del subgrupo mayores de 40 años, es decir, no ha habido ningún participante del subgrupo menores de 40 años, valorado como en proceso de envejecimiento. La edad media de dichas personas es 46,71 años (la edad media del subgrupo mayores de 40 años es 45,12 años).

La media de los indicadores de estas personas (n=14) es de 2,4 (en una escala de 1 a 5, en la que 1 indica ausencia de deterioro y 5 una situación de gran deterioro). Los indicadores relacionados con lo físico indican una media de 2,17 y los relacionados con aspectos cognitivos y emocionales 2,52. En la tabla 2 se ven los resultados de todos los subgrupos para una mejor comparación en relación a las puntuaciones de los indicadores físicos, cognitivos y emocionales. La valoración más alta en este subgrupo, ha sido de media 4,3. La más baja 1,4.

**TABLA 2. Medias de indicadores en todos los subgrupos.**

	General (n=92)	Menores de 40 (n=53)	Mayores de 40 (n=39)	Envejecimiento/ Deterioro (n=14)
Físicos	1,56	1,37	1,82	2,17
Cognitivos y emocionales	1,71	1,53	1,95	2,52
Total	1,63	1,45	1,88	2,4

Los diagnósticos principales de estas personas son Trastorno del Espectro Autista con Discapacidad Intelectual (n=6) y Otros trastornos (Psicosis deficitaria, Psicosis, Trastorno psicótico no especificado, esquizofrenia paranoide) (n=5). También hay 3 personas con un diagnóstico principal de Trastorno generalizado del desarrollo no especificado con Discapacidad intelectual.

Las personas valoradas como en proceso de envejecimiento, en relación a la capacidad comunicativa, tienen un perfil mayoritario de Tener lenguaje oral pero le cuesta comunicar de forma efectiva sus emociones y sentimientos (10 personas de las 14 de este subgrupo). Dos personas No tienen lenguaje oral y tampoco utilizan métodos

aumentativos/alternativos de comunicación y otras dos tienen lenguaje oral y no tienen dificultades comunicativas. Por tanto el 71,4% de las personas de este subgrupo (n=14) tienen importantes dificultades comunicativas. Este porcentaje es el mayor de todos los subgrupos, por ejemplo en el subgrupo de Mayores de 40 años, el porcentaje de esta característica (Tener lenguaje oral pero le cuesta comunicar de forma efectiva sus emociones y sentimientos) es del 43,58%, muy por debajo del porcentaje antes señalado

#### 4.2 Resultados de los indicadores en las personas valoradas en procesos de envejecimiento. Comparación con el resto de subgrupos.

Tabla 3. Puntuaciones de cada indicador para cada subgrupo

	General (n=92)	Menores de 40 (n=53)	Mayores de 40 (n=39)	Envejecimiento/ Deterioro (n=14)
<i>Pérdida movilidad/ equilibrio/estabilidad.</i>	1,39	1,24	1,58	1,92
<i>Aumento del sedentarismo.</i>	1,79	1,54	2,12	2,71
<i>Alteraciones en la conciliación sueño.</i>	1,76	1,60	1,98	2,46
<i>Alteraciones en el peso (aumento y pérdida), sin causas que lo puedan explicar.</i>	1,47	1,30	1,71	1,78
<i>Alteraciones gastrointestinales (estreñimiento, alteraciones en el control de esfínteres, reflujo, a veces dichos problemas están derivados de problemas bucodentales).</i>	1,39	1,16	1,67	1,96
<i>Aumento de soledad/tristeza/pérdida de motivación/depresión/desamparo.</i>	1,68	1,43	2,02	2,71
<i>Aumento de estados de ansiedad y/o estrés.</i>	1,81	1,77	1,87	2,14
<i>Disminución de la atención/ Menor rapidez de respuesta ante estímulos.</i>	1,67	1,43	2,01	2,75
<i>Alteraciones de la memoria (Pérdidas de memoria, dificultades para recordar,etc).</i>	1,40	1,20	1,67	2,25
<i>Cambios emocionales/ cambios de humor repentinos/ irritabilidad.</i>	1,96	1,81	2,17	2,78
<i>Alteraciones en la conciliación sueño.</i>	1,63	1,45	1,88	2,35

Recordemos que el cuestionario era una escala de 1 al 5 en cada indicador, en el que 1 significaba ningún rasgo de deterioro, 3 algún rasgo de deterioro aunque leve, y 5 un gran deterioro condicionando su calidad de vida.

Señalar que los aspectos cognitivos y emocionales, en general, muestran unas puntuaciones mayores (mayor deterioro) que los físicos, esto se repite en todos los subgrupos (tabla 2). Esta diferencia se da en gran medida en el subgrupo valorados como en procesos de envejecimiento; la diferencia entre los aspectos cognitivos/emocionales y los físicos en este subgrupo es de 0,35, mientras que en el general es de 0,15, en Menores de 40 años es 0,16 y en Mayores de 40 años de 0,13.

Como se ha señalado antes, las puntuaciones medias más altas (mayor deterioro) predominan en los indicadores relacionados con aspectos cognitivos y emocionales; en los físicos en general las puntuaciones son más bajas. La mayor puntuación corresponde al indicador Cambios emocionales/ cambios de humor repentinos/ irritabilidad (2,78), en el subgrupo Personas con indicadores de deterioro/envejecimiento y además es el indicador que más veces ha puntuado como el más alto ha puntuado en todos los subgrupos y por supuesto en el general. El anterior, junto con Disminución de la atención/ Menor rapidez de respuesta ante estímulos (2,75), Aumento de soledad/tristeza/pérdida de motivación/depresión/desamparo (2,71) y Aumento del sedentarismo (2,71) son los indicadores que más alto han puntuado en este subgrupo.

#### ***4.3 Otras variables: sexo, porcentaje de discapacidad, grado de dependencia.***

En relación a la variable sexo, la edad media de las mujeres participantes (n=21) es 38,19 años y la de los hombres (n=70) es 34,22 años (hay un participante que no se siente representado por esos dos géneros). La edad media de la muestra total (N=92) es 35,20 años, y la media total de todos ellos y ellas, en los indicadores, es de 1,63; la de las mujeres participantes es 1,76 y la de los hombres 1,58. Proporcionalmente, siempre hablando de los indicadores, en relación a la media de toda la muestra, las mujeres deberían de tener una media de indicadores de 1,77 y los hombres 1,59, por lo que las puntuaciones de los indicadores de los hombres y mujeres participantes están proporcionalmente un poco por debajo de la media con respecto al total de la muestra.

En relación a las personas valoradas como en procesos de envejecimiento/deterioro, siendo los hombres el 76% de la muestra total y las mujeres solo el 23,9% de la muestra total, en dicho subgrupo (n=14), las mujeres suponen el 35,71% de las personas en procesos de envejecimiento. Es un incremento significativo en este subgrupo; las mujeres se hallan significativamente más representadas en el mismo (incremento del 11,8%) respecto al conjunto de participantes femeninas. Hay que tener en cuenta varios

aspectos sobre esto: por un lado las todas las mujeres participantes tienen una media de edad 4 años más que los hombres y que dicha diferencia de 4 años casi se da idéntica en las edades medias del subgrupo con indicadores de envejecimiento (las mujeres son 3 años y medio mayores que los hombres). Por otro lado la presencia de las mujeres en los subgrupos Mayores de 40 años y Menores de 40 años, se haya equilibrada con 11 mujeres en cada subgrupo.

En relación al porcentaje de discapacidad, las personas del subgrupo valoradas como en procesos de envejecimiento, tienen una media de 77,82%. Esta media está ligeramente por encima de la media del subgrupo Mayores de 40 años, que es de 77,10%. La media del primer subgrupo (envejecimiento), es la más alta de todos los subgrupos (general, Menores y Mayores de 40 años, ver tabla 1).

Si analizamos el grado de valoración de Dependencia (tabla 4) vemos que en la muestra (N=92) hay una representación más o menos pareja de todos los grados. A medida que aumenta la edad, la presencia de personas con Grado 3 de Dependencia. Y en concreto, dentro del subgrupo valorados como en proceso de envejecimiento, la presencia de personas con Grado 3 alcanza el 50%.

**TABLA 4. Grados de dependencia y porcentajes por subgrupos.**

	General (n=92)	Menores de 40 (n=53)	Mayores de 40 (n=39)	Envejecimiento/ Deterioro (n=14)
<b>Grado 3</b>	27 (29,34%)	10 (18,86%)	17 (43,58%)	7 (50%)
<b>Grado 2</b>	26 (28,26%)	14 (26,41%)	12 (30,76%)	2 (14,28%)
<b>Grado 1</b>	16 (17,39%)	13 (24,52%)	3 (7,69%)	2 (14,28%)
<b>No hay datos/ No reconocida</b>	23 (25%)	16 (30,18%)	7 (17,94%)	3 (21,42%)

## 4.4 Resultados cualitativos

### 4.4.1. RESULTADOS GENERALES

En relación a los indicadores físicos, repasamos las menciones más frecuentes en el apartado de Observaciones que acompaña a cada indicador:

#### > **Pérdida movilidad/equilibrio/estabilidad.**

La observación que más aparece es la relacionada con las dificultades visuales y cómo estas afectan a la movilidad (5 veces mencionado). El temor hacia desniveles, pavimentos inestables y reclamar apoyo por ello, aparece destacado en 2 ocasiones. La desorientación espacial también aparece mencionado en 2 ocasiones como limitante en la movilidad.

#### > **Aumento del sedentarismo.**

El sobrepeso aparece mencionado en 2 ocasiones como un factor que predispone a las personas hacia una vida más sedentaria. Las lesiones físicas o las enfermedades son destacadas en otras dos ocasiones junto con la aparente falta de motivación para hacer actividades (2 ocasiones).

#### > **Alteraciones en la conciliación sueño.**

En 2 ocasiones se especifica que las dificultades para conciliar el sueño son por temporadas pero no siguen un patrón estable y en otras 2 ocasiones se destaca que las dificultades vienen motivadas por el uso de videojuegos.

#### > **Alteraciones en el peso (aumento y pérdida), sin causas que lo puedan explicar.**

En general, los y las profesionales destacan que se han producido bajadas de peso y no se ha vuelto al peso basal en 6 ocasiones (sin saber las causas claras) y en otras 2 ocasiones la bajada viene dada por enfermedad de la persona o por un cambio de medicación respectivamente. En 5 ocasiones se ha destacado que las personas han aumentado de peso, 3 de ellas en principio por un aumento del sedentarismo y en 2 de ellas sobre todo durante los últimos meses por la situación de la pandemia Covid 19.

#### > **Alteraciones gastrointestinales (estreñimiento, alteraciones en el control de esfínteres, reflujo, a veces dichos problemas están derivados de problemas bucodentales).**

Destacar que en 8 ocasiones, los y las profesionales señalan el estreñimiento como el indicador más presente. Orinarse en la cama, de madrugada, como un descenso en la capacidad de control de esfínteres, ha sido destacado en 3 ocasiones.

En los indicadores cognitivos y emocionales, repasamos cada indicador:

#### > **Aumento de Soledad/tristeza/pérdida de motivación/depresión/desamparo.**

Las observaciones más destacadas tienen relación con un rasgo característico de las personas con TEA y es el interés selectivo y funcional en las relaciones sociales; normalmente en los casos en los que hay una baja participación no existen rasgos de tristeza, desamparo o depresión, sino que se valora como un rasgo TEA (destacado por 4 personas). En otras 4 ocasiones, se señala que la situación pandémica de la Covid 19 ha ocasionado episodios de tristeza, falta de motivación, lloros, etc... provocados por la pérdida de rutinas (no acudir al Centro de Día) o ver con mucha menos frecuencia a familiares.

#### > **Aumento de estados de ansiedad y/o estrés.**

Sobre este respecto, en todas las observaciones realizadas, se matiza que se conoce la causa del aumento de la ansiedad y estrés. Hay una causa, mencionada en 2 ocasiones, relacionada con temas familiares: o bien aumento de la ansiedad por pasar mucho tiempo sin ver a sus padres, o bien por el envejecimiento de estos y lo que esto provoca en la persona con TEA de preocupación.

#### > **Disminución de la atención/ Menor rapidez de respuesta ante estímulos**

En 2 ocasiones se destaca que esas personas han tenido un retroceso muy claro en este indicador, o bien necesitan apoyos verbales para tareas que antes realizaban de forma autónoma, o bien es necesario apoyarle para que mantenga la atención en tareas de una duración media- larga.

#### > **Alteraciones de la memoria (Pérdidas de memoria, dificultades para recordar...).**

De forma generalizada, los y las profesionales destacan las dificultades para valorar este ítem de la forma más objetiva posible. En los 2 casos donde más se enfatiza este tema, se explica que cada vez más le cuesta a la persona expresar lo que quiere decir y que necesita parar y ordenar sus pensamientos con más frecuencia, teniendo a veces que volver a empezar; en otro caso se valora un aumento de los despistes y olvidos, no recordando muchas actividades que ha hecho, más que las que son de su agrado.

#### > **Cambios emocionales/ cambios de humor repentinos/ irritabilidad.**

Hay destacados varios aspectos sobre este indicador, como causas de dichos cambios emocionales, irritabilidad, etc..., destacamos: envejecimiento de los padres y preocupación por ello, por no entender cosas de su día a día (instrucciones que no comprende, imprevistos, no estar de acuerdo con algo), por pasar mucho tiempo sin ver a sus padres, por temas estacionales (verano, calor) y momentos pre menstruales, principalmente.

#### 4.4.2 RESULTADOS PERSONAS EN PROCESOS DE ENVEJECIMIENTO

En el subgrupo de personas valoradas como en procesos de envejecimiento (n=14) presenta valoraciones muy variadas por parte de profesionales al final del cuestionario. Hay tres de ellas que ponen el foco en el deterioro físico:

“El deterioro que se puede apreciar es, ante todo, físico.”  
“Aunque a nivel cognitivo no lo aprecio, sí veo un proceso de deterioro en cuanto a su forma física.”  
“Se valora que paulatinamente va perdiendo movilidad física y que va poco a poco entrando en un estado de mayor tranquilidad en general.”

En esta última afirmación hay una idea interesante de cara a futuros estudios, y es si en determinados casos el factor del envejecimiento en algunas personas con TEA puede ejercer ciertos rasgos “calmantes” en la conducta y ansiedad en la madurez de la persona, siendo efectos positivos indirectos para la persona.

También otras que se centran en aspectos emocionales y cognitivos:

“Se le nota cada vez más lapsus a la hora de contar las cosas, cada vez observamos más ocasiones en las que se enfada por no entender bien lo que ocurre en su entorno.”  
“Cada vez hay más ocasiones en que se manifiesta triste, llora”.  
“Su estado de salud mental , con muchos ajustes de medicación, ayudan a que ese proceso de envejecimiento se agrave.”

Hay una afirmación interesante que debemos de tener en cuenta en los procesos de envejecimiento, y es la importancia de los cambios que se producen en el entorno familiar y los efectos que ellos producen en las personas con TEA:

“Es muy difícil valorar si los cambios que se notan en él son debidos al paso de los años o a todos los cambios que ha sufrido en su entorno personal más cercano.”

Otro aspecto que ha aparecido en las valoraciones de este subgrupo es referida a las enfermedades severas que padecen algunas personas del mismo y la influencia que tienen estas en los procesos de deterioro y envejecimiento:

“Veo un envejecimiento prematuro debido a la escoliosis (evolución negativa debido a una falta de higiene postural, negación de su problema y a ser sometido a revisiones e intervenciones médicas) que padece. Esto le impide bastante libertad de movimiento, para una persona de 41 años. Pero no le resta autonomía para hacer las cosas que verdaderamente le motivan.”  
“El deterioro puede estar relacionado con su enfermedad renal degenerativa.”



## 5. CONCLUSIONES Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.

### 5.1 Resultados en relación a la Construcción de la Herramienta de detección y seguimiento de indicadores de envejecimiento/deterioro

Los resultados indican, a la hora de valorar a una persona que está en riesgo de padecer una situación de envejecimiento y/o deterioro, que presentan la siguiente característica: Tienen una media de indicadores (físicos y cognitivos) de 2,4.

Los procesos de envejecimiento como sabemos, son una serie de cambios producidos en la persona a medida que cumple años, cambios en varios ámbitos: biológicos, físicos, cognitivos, psicológicos, etc... , así como diferentes ritmos según las circunstancias de cada persona (genética, alimentación, entorno social, actividad física, etc...). En resumen, podemos afirmar que envejecer no es un proceso lineal ni uniforme, sino que depende de muchos factores.

Por ello, a la hora de delimitar con claridad los criterios de la herramienta para valorar a una persona en riesgo o en proceso de envejecimiento, hicimos un análisis más pormenorizado del subgrupo mencionado (las personas valoradas como en proceso de envejecimiento), no solo centrarlo en la obtención de una media determinada. Dentro de dicho subgrupo, hay 7 personas cuya puntuación media en ambos factores arriba citados es inferior a 2,4. Dentro de estas 7 personas, hemos descartado a dos por presentar valores muy "extremos", es decir: o no presentaban ningún valor de 3 o superior (recordemos que 3 implica un grado leve de afectación) o solo presentan un valor superior a 3 y en el resto de indicadores su puntuación era 1. No hemos considerado representativos estos resultados ya que se salen considerablemente de la media de su subgrupo. Valorando el resto de resultados, vemos que en general se mantiene un patrón y es que todos ellos y ellas tienen puntuaciones iguales o superiores a 3 en al menos 3 indicadores (independientemente de que luego presenten medias inferiores a 2,4).

Tras el proceso de reflexión anterior, establecemos los siguientes criterios para valorar que una persona está en proceso de envejecimiento y/o deterioro:

- Tener una media en todos los indicadores igual o superior a 2,4.
- Si presenta una puntuación media inferior a 2,4 pero tiene puntuaciones iguales o superiores a 3 en al menos 3 indicadores, es una persona en riesgo de entrar en procesos de envejecimiento/deterioro, o al menos debe de ponerse el foco en este aspecto por parte de todo el equipo profesional que le apoya.

Nos parece clave introducir la valoración del punto 2, por las características multivariables del envejecimiento, así como el concepto, dentro de estos procesos, de la prevención. No sirve de

nada tener una herramienta para detectar estas situaciones, si antes no prevenimos y alertamos sobre las personas que se están acercando a dichos procesos.

Una vez establecido estos criterios para valorar los procesos de envejecimiento y deterioro, vemos que hay 2 personas, en el total de los participantes (N=92), que cumplen con el criterio de tener una puntuación media igual o superior a 2,4, pero que no han sido valoradas por los profesionales como que están en procesos de envejecimiento. En concreto, tienen puntuaciones de 2,5 y 2,6 respectivamente. ¿Esto nos debe llevar a pensar que aunque no hayan sido valoradas como en proceso de envejecimiento, si lo están? Nuestro criterio es que no estrictamente, ya que pueden ser varios los factores que hacen que presenten esas puntuaciones medias por encima del corte (además no presentan puntuaciones muy superiores a los 2,4). Pero sí nos debe de servir como "alerta" para estas personas, para que los profesionales que les prestan apoyos, puedan tener esta variable, la del envejecimiento, en los planes personales y en sus estrategias de apoyo.

### ***5.2 Análisis de los resultados del estudio sobre indicadores. Comparativa y análisis respecto al estudio de 2019***

En primer lugar hay que señalar la menor incidencia de de los procesos de envejecimiento en las personas adultas de Apnabi valoradas, en relación al estudio de 2019. En ese estudio, sobre la población total analizada (N=54), se consideró que el 61,1% (n=33) de la muestra estaban en esos procesos. Ahora ha sido el 15,21% (n=14) sobre el total de la muestra (N=92). El tamaño de las muestras es diferente, ahora es más grande, pero es cierto que la población analizada mayor de 40 años son similares: en 2019 fueron 38 personas y ahora en 2020 han sido 39 personas. La edad media del estudio actual es más baja (35,20) que la del 2019 (41,92) debido a que en esta ocasión, al querer ampliar la base de respuestas y ser más representativa, hemos aumentado la participación a las personas usuarias del Centro Ocupacional de empleo siendo estas, en general, considerablemente más jóvenes que las participantes del Centro de Día o de Hogares.

En relación a la edad de estas personas valoradas en procesos de envejecimiento, en 2019 la edad media de las mismas fue 45,1 años, en el presente estudio es de 46,71 años. Una explicación a esta subida de algo más de un año y medio, es que en este estudio todas las personas valoradas en procesos de envejecimiento y/o deterioro estaban incluidas en el subgrupo mayores de 40 años, mientras que en el de 2019 había 16 personas valoradas en el subgrupo menores de 40 años en procesos de envejecimiento.

En relación a la variable sexo, no podemos afirmar claramente que en las mujeres haya mayor prevalencia de situaciones de envejecimiento prematuro, ya que no se desvían mucho de la media en los indicadores de toda la muestra, y además la edad media de las participantes también es sensiblemente mayor que la de los hombres.

En relación a la variable edad (ser mayor de 40 años), a la hora de valorar si es un factor relevante para tener en cuenta a la hora de tener visión preventiva sobre los procesos de envejecimiento de las personas con TEA, se reafirman las conclusiones del primer estudio. Ahora la valoración de estas situaciones en el grupo Mayores de 40 años ha bajado con respecto al primer estudio (en el actual, las personas en proceso de envejecimiento prematuro suponen el 35,89% del subgrupo Mayores de 40, en 2019 suponían el 86,8%). Como ya hemos señalado, creemos que en el primer estudio se sobrevaloró el factor envejecimiento en las personas mayores de 40 años. Un 35% sigue siendo un porcentaje muy importante y por ello el factor ser mayor de 40 años tiene que estar muy presente a la hora de planificar los apoyos.

El grado de dependencia, también es un factor que ejerce cierta influencia en la detección de procesos de envejecimiento prematuro. Hemos visto que a medida que sube la edad de las personas participantes aumentan las personas con un grado de dependencia 3. Y el subgrupo de personas valoradas como en procesos de envejecimiento es el que más presencia de personas con Grado 3 de todos los subgrupos (50%). Este punto, también se ve reforzado con el porcentaje de discapacidad; el subgrupo de ser valorados como en procesos de envejecimiento, el porcentaje de discapacidad es el más alto de todos los subgrupos (77,82%), incluido mayores de 40 años (77,10%). Por tanto se confirma la hipótesis ya formulada en el estudio de 2019, de que el grado de dependencia, cuanto mayor es, mayor es la predisposición de las personas con TEA a sufrir procesos de envejecimiento y deterioro prematuros.

Otro factor, no analizado en el estudio de 2019, es la posible incidencia de la capacidad comunicativa de las personas analizadas, ya que intuíamos que podía tener cierta influencia o ser un factor que podía estar más presente en los casos de envejecimiento prematuro. El no poder expresar, o no poder hacerlo de forma efectiva, dolencias físicas, preocupaciones, etc..., a largo plazo puede ocasionar aumento de la ansiedad, agitación, no comprensión de situaciones de duelo, entre otras. Es una hipótesis, en base a la experiencia, que queremos poder confirmar en este y futuros estudios. En el actual, hemos constatado que en el subgrupo de personas valoradas en procesos de envejecimiento, la presencia de personas con dificultades para expresar de forma clara dolencias y preocupaciones es del 71,42%, este porcentaje es el mayor de todos los subgrupos (más de un 30% en algunos casos), lo cual refuerza la hipótesis de que los problemas de comunicación puede ser un factor más que predisponga a algunas personas con TEA para sufrir procesos de envejecimiento prematuro.

Tras analizar los aspectos señalados antes, creemos que la hipótesis que teníamos antes de hacer este estudio (citada en el apartado 1, Justificación) se ha visto confirmada y es que en 2019 tuvimos muchas dificultades para valorar a las personas y no supimos separar adecuadamente lo que era envejecimiento y lo que eran características TEA o asociables a otros factores (sobre esto último un claro ejemplo: la mala salud bucodental no puede ser achacada directamente al envejecimiento, sino que es causa de las dificultades para llevar a cabo una correcta higiene

dental desde la infancia de la persona por el rechazo al contacto físico directo de esa persona). Creemos que hemos dado un gran paso, los profesionales de atención directa en este segundo estudio (para construir la herramienta) han sabido atinar mucho más en la observación, en 2018 y 2019 teníamos un conocimiento muy escaso sobre los procesos de envejecimiento y en este 2020 el análisis de cada persona ha sido más certero en base al conocimiento adquirido.

En líneas generales podemos afirmar que las personas valoradas en la construcción de la herramienta presentan una salud física y cognitivo emocional buena (al menos, en lo que a los 10 indicadores analizados se refiere). Esta es una muestra (N=92) muy representativa de las personas del área Adulta de Apnabi (Centros de Día, Hogares y Centro Ocupacional de empleo). La media de todos los indicadores es 1,63 (recordemos que el valor 1 de cada indicador es una ausencia total de indicios de deterioro, 3 implica la aparición de síntomas de deterioro en ese indicador que si bien no son relevantes empiezan a afectar levemente a la persona, y 5 es un grado de afectación muy alto en ese indicador), es decir, que la salud es muy buena; Recordemos también que la valoración es más positiva siempre en los aspectos físicos que los cognitivos/emocionales en todos los subgrupos (ver tabla 2), incluso en las personas valoradas dentro del subgrupo de procesos de envejecimiento. Dentro de ese subgrupo, obviamente hay puntuaciones particulares en algunos indicadores de 5 pero la media es de 2,4, muy alejada de la puntuación 3, que como ya hemos señalado antes implica un cierto grado de deterioro en cada indicador. Los resultados de este proceso de validación de la herramienta, confirman algunas hipótesis del grupo de trabajo, relativas a que en general la situación actual de las personas usuarias del área Adulta es buena en relación a la baja presencia de procesos de envejecimiento prematuro. No parece que los resultados arrojen resultados negativos en ningún subgrupo ni en ningún indicador en concreto. El proceso de envejecimiento de la población en general y de las personas con TEA es de carácter complejo y multivariable, dependiente de factores individuales y sería imprudente hacer generalizaciones del estilo “las personas con TEA envejecen peor que la población general” o “las personas con TEA tienen procesos similares que la población general”. Debemos de ser rigurosos y lo más objetivos posibles, y mediante la herramienta creada y validada ahora, nos va a dar ese apoyo para poder hacer seguimiento y detección de dichos procesos, así como poner el foco en la prevención, cuando veamos que las puntuaciones de las personas del área adulta van empeorando.

En relación a los comentarios hechos por el equipo profesional en el apartado de Observaciones de cada indicador, algunas de ellas vamos a incorporarlas a la explicación de cada indicador, en la herramienta, ya que en ellas hay aportaciones valiosas sobre cada uno de ellos y creemos que enriquece la herramienta al incorporar algunos de estos aspectos. En el subgrupo de personas valoradas como en procesos de envejecimiento, han aparecido aportaciones interesantes que podrían ser incorporadas a futuros estudios como son: los efectos “calmantes” que el envejecimiento ejerce sobre algunas personas que en su juventud han padecido elevadas cargas de ansiedad, agitación, etc..., y la relación que tienen en esos procesos de deterioro prematuro

con la evolución de la situación familiar (envejecimiento de los padres, fallecimientos, aparición de nuevos referentes familiares como hermanos, entre otros). Otro aspecto a valorar en el futuro es si la comorbilidad asociada a muchas personas con TEA (trastornos psicológicos, neurológicos, enfermedades de diversa índole y afectación, dificultades visuales, entre otras) ejerce algún tipo de influencia en los procesos de deterioro y envejecimiento prematuro, si estos pueden ser la causa (o causas) de estos procesos como variable “acelerante”, o son un factor más que predispone a sufrir estos procesos antes que la población general porque la situación de salud de partida de estas personas, desde la infancia, es peor.

### 5.3 Futuras líneas de investigación

Nos parecen clave varios aspectos de cara al futuro, dentro de las líneas del Grupo de Envejecimiento Activo:

- 1 ➤ Implantar la utilización de la herramienta en todo el área adulta. De esta forma tendremos una información instantánea y actualizada de las personas en relación al envejecimiento, y podremos ver la evolución a años.
- 2 ➤ En el punto 1, tendremos la información de cada persona. El sistema por el que hacemos el cuestionario de cada persona, cuestionarios Google, nos permite tener la información global de todos y todas las personas del área Adulta, facilitando la recogida y síntesis de información global. Tenemos que marcar una periodicidad para actualizar este tipo de estudios, para ver la evolución del área Adulta de Apnabi, y tener una foto actualizada cada X años.
- 3 ➤ Sería interesante replicar el estudio en población sin TEA ni discapacidad intelectual. Con una muestra similar en tamaño y edad, para ver posibles diferencias y semejanzas entre ambos grupos.
- 4 ➤ La herramienta no es estática. Deberá de ser revisada y actualizada en la medida en la que surjan nuevos estudios y evidencias sobre los procesos de envejecimiento y TEA.
- 5 ➤ Nos parece muy importante poner el foco en las próximas líneas de actuación en los siguientes aspectos: fomento de la vida activa y saludable, formación de los profesionales de atención directa y sensibilización de las familias socias sobre este tema.

## 6. BIBLIOGRAFÍA UTILIZADA PARA LA SELECCIÓN DE LOS INDICADORES

- > Apnabi Autismo Bizkaia (2019). Estudio: Envejecimiento y Trastorno del Espectro del Autismo: Diagnóstico de necesidades percibidas por sus familias y los profesionales que les prestan apoyo en APNABI. Recuperado de: <https://www.apnabi.eus/apnabi-estudia-el-envejecimiento-en-las-personas-con-tea/>
- > Cruells, J., Regalado, P.J. (2014). Poster: Autismo y envejecimiento prematuro. Congreso Internacional Autismo Burgos 2014. CERAC La Garriga, Barcelona y Hospital CASM Benito Menni, Sant Boi de Llobregat.
- > De Araoz, I. y Vidriales, R. (2011). Propuestas para abordar los procesos de envejecimiento de las personas con Trastorno del Espectro del Autismo. En: Todo sobre el autismo. Los trastornos del Espectro del Autismo (TEA). Guía completa basada en la ciencia y en la experiencia. Madrid: Publicaciones Altaria.
- > Happe F. y Charlton RA. Aging in autism spectrum disorders: a mini-review. Gerontology 2012; 58: 70-8.
- > Lever, AG., y Geurts, H. (2016). Psychiatric Co-occurring Symptoms and Disorders in Young, Middle-Aged, and Older Adults with Autism Spectrum Disorder. Journal of Autism and Developmental Disorders 46(6).
- > Plena Inclusión España (2016). Proyecto Pomona -España: indicadores de salud en personas con discapacidad intelectual. Fundación Villablanca, Sant Joan de Deu y Plena Inclusión España.
- > Ruggieri V. y Cuesta J. L. (2018). Envejecimiento en personas con Trastorno del Espectro Autista. Revista Medicina, 78, 69-74.
- > Vidriales R., Hernández, Gutiérrez, C. y Plaza, M. (2017). El cuidado de mi salud: guía práctica para la promoción de la salud en las personas mayores con Trastorno del Espectro Autista. Madrid: Confederación Autismo España.
- > Vidriales, R., Hernández, C. y Plaza, M. (2016). Estudio "INSETEA: Envejecimiento y Trastorno del Espectro del Autismo - Una etapa vital invisible". Madrid: Confederación Autismo España.
- > Vidriales, R., Hernandez, C., Plaza, M., Gutierrez, C., Cuesta, J.L. (2017). Calidad de Vida y Trastorno del Espectro del Autismo. "Cuanto mayor es la calidad de los apoyos, mejores son las vidas que hay detrás". Madrid: Confederación Autismo España.

## 7. AGRADECIMIENTOS

APNABI Autismo Bizkaia quiere agradecer al Gobierno Vasco su ayuda en este proyecto a lo largo de los últimos años, por la subvención concedida al mismo. Así mismo, dar las gracias a los profesionales del Grupo de Trabajo Envejecimiento Activo de la entidad, así como al resto de profesionales de atención directa que han colaborado en el proceso. Eskerrik asko!

## 8. ANEXOS

Código QR para acceder a la herramienta:





Asociación de padres  
de afectados de Autismo y  
otros trastornos del espectro  
autista de Bizkaia

Bizkaiko autismoa eta  
beste autismo espektroaren  
nahasteak dituztenen  
gurasoen elkarte

Somos **Familia** Gara



[familia@apnabi.org](mailto:familia@apnabi.org) / 944 755 704

[www.apnabi.eus](http://www.apnabi.eus)



ZAHARTZEA ETA AUTISMOAREN NAHASMENDUAK

## APNABIko Helduaro eremuko erabiltzaileen zahartze- edo/eta narriadura-prozesuak hautemateko eta euren jarraipena egiteko eskala

Ikerketa

2021eko iraila

## AURKIBIDEA

1. JUSTIFIKAZIOA	4
2. ESKALA SORTZEKO PROZESUAK	5
3. ESKALA EGITEAN PARTE HARTU DUTEN PERTSONAK	8
4. 4. ESKALA BALIOZKOTZEKO PROZESUAN ESKURATUTAKO EMAITZAK	6
4.1. Zahartze- edo/eta narriadura-prozesuetan dauden pertsonak.	10
4.2. Zahartze-prozesuetan dauden pertsonen adierazleen emaitzak. Gainerako azpi- taldeekiko konparaketa.	11
4.3. Beste aldagai batzuk: sexua, ezgaitasun portzentajea, menpekotasun gradua	12
4.4. Emaitza kualitatiboak	14
5. ONDORIOAK ETA EMAITZEN AZTERKETA	17
5.1. Zahartze/narriadura-adierazleak hautemateko eta horien jarraipena egiteko tresnaren sorkuntzari buruzko emaitzak	17
5.2 Adierazleei buruzko azterlanaren emaitzen analisia. 2019ko azterlanarekiko alderaketa eta analisia	18
5.3 Etorkizuneko ikerketa-ildoak.	21
6. BIBLIOGRAFIA	22
7. ESKERRAK	23
8. ERANSKINAK	23

## 0. APNABI Autismo Bizkaia

Apnabi-Autismo Bizkaia irabazi asmorik gabeko elkarte bat da, interes publikokotzat jotzen dena eta Autismoaren Espektroko Nahasteak (AEN) dituzten bizkaitarren familiak biltzen dituena. Erreferentziatzeko erakundea gara bere ekintza-esparruan.

APNABI Autismo Bizkaia elkarte guraso talde baten ekimenez sortu zen 70eko hamarkadaren amaiera aldera, jabetu baitziren ezinbestekoa zutela bat egitea, nahasmena, ziurgabetasuna eta beldurra gaindituz, etorkizun hobea eraikitzeko beren seme-alabentzat. Gaur egun erakunde sendo eta ezaguna gara, 1200 familia eta 300 profesional baino gehiagok osatua. Sortu gineneko espirituari eutsiz eta erakundeen nahiz beste eragile batzuen laguntzarekin, zerbitzu-sare zabala daukagu kalitatezko erantzun integral eta indibidualizatua eskaintzeko AENdun pertsona guztientzat euren bizi-ziklo osoan.

APNABI Autismo Bizkaian gogor egiten dugu lan AENdunen eskubide guztiak betetzen direla bermatzeko. Ideia hauetan laburbiltzen dira gure helburuak:

- > AENdun pertsonen eta beren familien bizi-kalitatea hobetzea.
- > AENdun pertsonen garapen pertsonala eta gizarteratzea ahalbidetzea.
- > AENdun pertsonen beren ezaugarri eta beharrezan egokitutako erantzuna jasoko dutela bermatzea.
- > Sentsibilizazio soziala sustatzea, hiritarrak AENdun pertsonen errealitatera hurbiltzeko, eta horrela, aurrera egiteko autismoa duten pertsonen eskubideak betearazteko bidean, gizarteratze-, tolerantzia- eta errespetu-printzipioei jarraiki.

Esperientziak eta gogoetak kontrastatzen dituzten hainbat forotako kide gara, helburutzat dugularik ezgaitasun intelektualaren esparruko ezagutzak partekatzea. Hona hemen horietako batzuk:

- > FEVAS Plena inclusión Euskadi, [www.fevas.org](http://www.fevas.org)
- > Plena Inclusión konfederazioa, [www.plenainclusion.org](http://www.plenainclusion.org)
- > Autismoaren Espainiako Konfederazioa, [www.autismo.org.es](http://www.autismo.org.es)
- > Autismoaren Europako Konfederazioa, [www.autismeurope.org](http://www.autismeurope.org)

## 1. JUSTIFIKAZIOA

Azterlan hau elkarteak iaz eginikoaren ("Zahartzea eta Autismoaren Nahastea: AENdun pertsonen senitartekoek eta laguntza ematen dieten profesionalak hautemandako premien diagnostikoa, 2019") emaitza edo luzapen bat da, hau da, haren emaitzetatik sortu da. lazko azterlan horrek hainbat alderdi azaleratu zituen Emaitzak eta Ondorioak zatian, eta hain garrantzitsuak dira, sakonago aztertu nahi izan ditugula.

Hona hemen alderdi horiek:

- > Zahartze-adierazleen prebalentzia altua profesionalak eginiko azterlanaren xede diren pertsonen artean
- > Familien eta profesionalen desadostasunak pertsona berbera baloratzean (profesionalek zioten zahartzearen adierazle goiztiarren prebalentzia oso altua zela, eta familiek berriz, baxua).
- > Profesionalak galdetegia egin ostean jakinarazitako zailtasun guztiak, helburua baita jakitea hautemandako zenbait adierazle egozgarriagoak diren zahartze/narriadurari edo AENdun pertsonen berezko ezaugarriei. Adibidez: zaila da baloratzea pertsona batek azken urteetan joera handiagoa duen isolatzeko, gutxiago komunikatzen den inguruarekin edo depresio zantzuak dituen, eta hori guztia senitartekoen galerak eragin duen edo autismoaren berezko ezaugarriak diren.

2019ko azterlanaren Ondorioak atalean adierazi bezala, gutxi izan ziren galdetegiari erantzun zioten parte-hartzaileak (N=54). Horrez gain, kontuan hartu behar da APNABlko bazkideak gazteak direla (2019ko batez besteko adina 19,1 urtekoa zen). Arrazoi horiek azaldu lezakete gorago aipatutako zailtasunak, bai eta zergatik dakigun hain gutxi artatzen ditugun pertsonen zahartze-prozesuei buruz (40 urtetik gorako pertsonak bazkide guztien % 6,7 bakarrik ziren, N=1166, 2019an).

Horregatik, erakundeko Zahartze Aktiboko lantaldean ikusi genuen beharrezkoa zela tresnak sortzea profesionalentzat, lagungarri izan daitezen egunero artatzen dituzten pertsonen zahartzeari buruzko balorazio ahalik eta objektiboena egiteko.

### 2. ESKALA SORTZEKO PROZESUA

Sorkuntza-prozesuan kontuan hartu ziren guretzat oinarrizkoak diren hainbat alderdi:

- > **Esperientzian oinarritua izatea:** zuzeneko arretako profesionalak zahartzearekin lotutako premiei buruz egindako azterketaren (2019ko azterlana) diagnostiko-fasean hautemandako adierazleen hautaketa bat da.
- > **Oinarri zientifikoa izatea:** aukeratutako adierazleek oinarritzat dituzte baita ere zahartzearekin, AENekin eta Adimen Ezgaitasunarekin lotutako literatura zientifikoa eta azterlan espezifikoa (ikusi 6. atala, Item-adierazleak aukeratzeko erabili den bibliografia).

Adierazleen azken hautaketa egiteko, Erakundeko Zahartze Aktiboko lantalde transbertsalak (Eguneko Zentroetako, Etxebizitzetako eta Enplegu Zentro Okupazionalako 7 profesionalen osatua) alderdi hauek hartu zituen oinarritzat: zein maiztasunarekin agertzen den adierazlea, adierazlearen fidagarritasuna (hau da, zahartzeari egotz dakizkiokeen alderdiak izatea, eta ez osasun arloko beste gai batzuei edo AENak berezkoak dituen ezaugarriei) eta mailakatzeko modukoak izatea. Fase honen amaieran 10 adierazleko multzo bat osatu zen: 5 adierazle fisiko eta 5 adierazle kognitibo eta mental.

Aukeraketaren ondoren, lantaldeak prozesu bat egin zuen bi mailakatzefasetan: lehenbizi, bakarka eta, ondoren, datu guztiak bateratzeko eta maila desberdinetako balizko idazkera-akatsak edo inkoherentziak hautemateko. Fase hartan zehaztu zen adierazle bakoitzak 5 maila izango zituela: 1. maila izango zen afektazio eza eta 5. maila, berriz, afektazio gradu oso altua. Adierazle bakoitzaren ostean oharrentzako atal bat dago, zerbait gehiago erantsi nahi bada ere. Galdetegia galdera batekin bukatzen da: "Aztertutako guziaren ondoren, uste duzu pertsona hori zahartze- eta narriadura-prozesuan dagoela?". Erantzuna BAI edo EZ izan daiteke, eta aukera ematen da erantzun horri buruzko oharra egiteko.

Azkenik, erakundean gutxienez 5 urteko esperientzia zuten baina protokoloa sortzeko prozesuan parte hartu ez zuten hainbat profesionalak (eremu bakoitzetik bat) mailakatzeko osoa berrikusi zuten, prozesuan parte hartu zuten profesionalen hauteman gabeko zalantzak edo arazoak aurkitzeko. Berrikuspen horren ostean egin beharreko egokitzapenak egin ziren.

Prozesu hori 2019an egin zen.

### **Hartzaileak:**

Zahartze-egoeran egon daitezkeen APNABIKo Helduaro Eremuko pertsona guztientzat.

### **Helburuak:**

- > Erakundeak artatzen dituen pertsona helduen artean zahartze-prozesu goiztiarrak hautematea.
- > AENdun pertsonen zahartze-prozesuan sor daitezkeen premia berriei laguntza egokiak ematea.
- > Premia berri horientzat erantzun prebentiboak sortzea, zahartze-prozesuaren berezko adierazleak ezagutuz eta identifikatuz.
- > Zahartze-prozesuarekin lotutako premiei aurre egiteko behar diren laguntzak planifikatzea Plan Pertsonalaren barruan.

### **Nola erabili:**

#### **1.Noiz?**

Eguneko Zentroetako, Etxebizitzetako eta Enplegu Zentro Okupazionalerako zerbitzuak erabiltzen dituzten AENdun pertsonen aplikatuko zaie kasu hauetan:

- > AENdun pertsonak 40 urte betetzen dituenetik aurrera, urtero
- > AENdun pertsonak 40 urte baino gutxiago baditu, baina halere zahartzearekin lotutako zahartze/narriadura-adierazleak baditu (zahartzearekin loturarik ez duten osasun arazoei egotzi ezin zaizkienak, adibidez: gaztetako traumatismo bat eta bere ondorioak), orduan urtero
- > AENdun pertsonak 40 urte baino gutxiago baditu eta zahartze/narriadura-adierazlerik ez badu, 5 urterik behin (20 urte betetzen dituenetik aurrera, 40 urte bete arte).

Erreferentziatzen hartzen dugu 40 urteko adina, literatura zientifikoak adierazten baitu Adimen Ezgaitasunak edo/eta AENak dituzten pertsonak, gutxi gorabehera, garai horretan has daitezkeela zahartze goiztiarrarekin lotutako adierazleak erakusten.

#### **2. Nork?:**

Helduaro arloko zerbitzu desberdinetako profesionalak, aurreko atalean aipatutako baldintzak betetzen direnean.

### 3. Nola?

Pertsona batek zerbitzu bat baino gehiagoren laguntza jasotzen badu (adibidez, Eguneko Zentroa eta Etxebizitza), prozesu bateratu bat egin behar da. Gomendioak:

- Kontuan hartu daitezela pertsonari laguntzen dioten eragile guztien ikuspegia eta informazioa (zerbitzuak, familia, e.a.)
- Ahal den neurrian, beti profesional berberak izan daitezela eskala pasatzen dutenak.
- Ahal den neurrian, kontuan hartu dadila pertsonaren bilakaera, gogoan hartuz zein egoeratan zegoen duela urte batzuk eta egungo egoerarekin alderatuz. Ez da komeni arreta soilik orainaldian jartzea.
- Plan Pertsonalaren ebaluazioa egitean aplikatu behar da eskala, prozesu osagarri bat balitz bezala.
- Eskalak balorazio subjektiboentzako atal bat du adierazle bakoitzean; atal hori bete egin behar da beharrezkotzat jotzen denean.
- Gorde aurreko urteetako ebaluazioak; oso garrantzitsua da urtetako ikuspegia eta bilakaera izatea gaur egungo egoera osatzeko. Ebaluazio horiek automatikoki gordeko dira lantoki bakoitzaren Google tresna-galdetegiaren emaitzen datu-basean (Excel).

### 4. Ebaluazioa:

Pertsona bat zahartze- eta narriadura-prozesuan dagoela ulertuko da tresnaren baliozkotzea aztertu ondoren aipatutako parametroak betetzen dituztenean. Ikusi 5. atala, Ondorioak eta emaitzen azterketa.

## 3. ESKALA EGITEAN PARTE HARTU DUTEN PERTSONAK

Azterlan honetan parte hartu dute (1. taula) Eguneko Zentroetako, Etxebizitzetako eta Enplegurako Zentro Okupazionalako zerbitzuetako gizon eta emakume erabiltzaileek. Zerbitzu horietako profesionalek (N=34) emandako datuetatik abiatuta, 92 (N=92) pertsonari buruzko informazioa bildu genuen. Ebaluatu ditugun pertsonak 18 eta 53 urte bitartekoak dira, eta horietatik 39k 40 urte edo gehiago dituzte. Parte-hartzaileen batez besteko adina 35,20 urtekoa da.

1 TAULA. AENdun pertsonen taula sozio-demografikoa				
		40tik beherakoak (n=53)	40 urte edo gehiagokoak (n=39)	Guztira (n=92)
<b>Sexua</b>	Gizona	42	27	69
	Emakumea	11	11	22
	Beste batzuk	0	1	1
<b>Bataz-besteko adina</b>	Orokorra	27,9	45,12	35,20
	Gizona	27,07	44,11	34,22
	Emakumea	29	48	38,19
	Beste batzuk	0	41	41
<b>Galdetgia egin duen zerbitzua</b>	Eguneko zentroa	13	28	41
	Etxebizitzak	11	6	17
	Enplegurako zentro okupazioanala	29	5	34
<b>Menpekotasun gradua</b>	1 gradua	13	3	16
	2 gradua	14	12	26
	3 gradua	10	17	27
	Ez dago daturik/ Ez du menpekotasunik	16	7	23



## ZAHARTZEA ETA AUTISMOAREN NAHASMENDUAK

PNABIKO HELDUARO EREMUKO ERABILTZAILEEN  
ZAHARTZE- EDO/ETA NARRIADURA- PROZESUAK HAUTEMATEKO ETA EUREN  
JARRAIPENA EGITEKO ESKALA

**1 TAULA. AENdun pertsonen taula sozio-demografikoa. Jarraipena.**

		40tik beherakoak (n=53)	40 urte edo gehiagokoak (n=39)	Guztira (n=92)
<b>Ezgaitasun ehunekoa</b>		63,08%	77,10%	69,07%
<b>Diagnostiko nagusia</b>	AENa ezgaitasun intelektualarekin	24	12	36
	Garapenaren Nahaste Orokortua (adimen ezgaitasunarekin)	13	8	21
	AENa ezgaitasun intelektualik gabe	10	2	12
	Beste batzuk (haur-psikosia, psikosi defizitarioa, eskizofre- nia, oligofrenia).	6	17	23
<b>Komunikatzeko zailtasunak</b>	Badu ahozko hizkuntza eta primeran komunikatzen da	23 (43,39%)	13 (33,33%)	36 (39,13%)
	Badu ahozko hizkuntza, baina zailtasunak ditu argi eta era- ginkortasunez komunikatzeko: bere sentimenduak, ondoezak.	21 (39,69%)	17 (43,58%)	38 (41,30%)
	Ez dauka ahozko hizkuntzarik, baina gai da eraginkortasunez komunikatzeko (ondoezak, sentimenduak) komunikazio- bitarteko handigarriak / alter- natiboak erabiliz	2 (3,77%)	1 (2,56%)	3 (3,26%)
	Ez du ahozko hizkuntzarik. Ez du erabiltzen bestelako sis- tema alternatibo / handigarri- rik. Komunikatzeko zailtasun handiak.	7 (13,20%)	8 (20,51%)	15 (16,30%)

## 4. ESKALA BALIOZKOTZEKO PROZESUAN ESKURATUTAKO EMAITZAK

### 4.1 Zahartze- edo/eta narriadura-prozesuetan dauden pertsonak.

Lehenik eta behin, esan behar da azterlanean parte hartu duten 92 pertsonetatik 14 daudela zahartze- edo/eta narriadura-prozesuetan. Parte-hartzaile guztien % 15,21 dira, eta denak dira 40 urtetik gorako azpi-taldekoak, hau da, 40 urtetik beherako azpi-taldeko inor ez dago zahartze-prozesua jasaten ari direnen multzoan. Horrelako prozesuetan dauden pertsonen batez besteko adina 46,71 urtekoa da (40 urtetik gorako batez besteko adina 45,12 urtekoa da).

Pertsona horien (n=14) adierazleen batez bestekoa 2,4koa da 1etik 5erako eskalan (1 zenbakiak adierazten du ez dagoela narriadurarik eta 5ak, berriz, narriadura handia dagoela). Alderdi fisikoarekin lotutako adierazleen batez bestekoa 2,17koa da, eta alderdi kognitibo eta emozionalekin lotutakoena, berriz, 2,52koa. 2. taulan azpi-talde guztietako emaitzak ageri dira, hobeto alderatzeko adierazle fisiko, kognitibo eta emozionaletan jasotako puntuazioak. Azpi-talde honetako balorazio altuena 4,3koa izan da, eta baxuena, berriz, 1,4koa

**2. TAULA. Azpi-talde guztietako adierazleen batz bestekoak.**

	40tik beherakoak (n=53)	40 urte edo gehiagokoak (n=39)	Guztira (n=92)	Zahartzea/ Narriadura (n=14)
Fisikoak	1,56	1,37	1,82	2,17
Kognitiboak eta emozionalak	1,71	1,53	1,95	2,52
Guztira	1,63	1,45	1,88	2,4

Pertsona horien diagnostiko nagusiak dira Autismoaren Espektroko Nahastea Adimen Ezgaitasunarekin (n=6) eta Beste nahaste batzuk (Psikosi defizitarioa, Psikosia, Nahaste psikotiko zehaztu gabea, eskizofrenia paranoidea) (n=5). Badira baita ere 3 pertsona, zeintzuen diagnostiko nagusia den Garapenaren nahaste orokor zehaztugabea Adimen Ezgaitasunarekin.

Zahartze-prozesuetan murgilduta dauden pertsonen komunikatzeko gaitasunari dagokionez, gehienak profil berekoak dira: badu ahozko hizkuntza, baina zailtasunak

dauzka bere emozio eta sentimenduak eraginkortasunez komunikatzeko (azpi-talde honetako 14 pertsonatik 10). Bi pertsonak ez dute ahozko hizkuntzarik eta ez dute erabiltzen komunikatzeko metodo handigarri/alternatiborik eta beste bi pertsonak badute ahozko hizkuntza eta ez daukate komunikatzeko zailtasunik. Beraz, azpi-talde honetako pertsonen (n=14) % 71,4k zailtasun handiak dituzte komunikatzeko. Portzentaje hori azpi-talde guztietako handiena da; esaterako, 40 urtetik gorako azpi-taldean, ezaugarri hori (Badu ahozko hizkuntza, baina zailtasunak dauzka bere emozioak eta sentimenduak eraginkortasunez komunikatzeko) dutenen portzentajea % 43,58koa da, gorago adierazitako portzentajea baino askoz baxuagoa.

## 4.2 Zahartze-prozesuetan dauden pertsonen adierazleen emaitzak. Gainerako azpi-taldeekiko konparaketa.

Tabla 3. Adierazle bakoitzaren puntuazioak azpi-talde bakoitzerako

	Orokorra (n=92)	40 urtetik beherakoak (n=53)	40 urtetik gorakoak (n=39)	Zahartzea/ Narriadura (n=14)
Mugikortasun / oreka / egonkortasun galera	1,39	1,24	1,58	1,92
Sedentarisismo handiagoa	1,79	1,54	2,12	2,71
Loaren asaldurak	1,76	1,60	1,98	2,46
Azalpenik gabeko pisu aldaketak (gora nahiz behera)	1,47	1,30	1,71	1,78
Nahaste gastrointestinalak (idorre- ria, esfinterren kontroleko nahasteak, errefluxua, batzuetan ahoko eta hort- zetako arazoek eraginda)	1,39	1,16	1,67	1,96
Bakardade/tristura/motibazio- galera/depresio/babesgabetasun handiagoa	1,68	1,43	2,02	2,71
Antsietate edo/eta estres egoera ugariagoak	1,81	1,77	1,87	2,14
Arreta murriztagoa/ Azkartasun gutxiago estimuluen aurrean	1,67	1,43	2,01	2,75
Oroimenaren nahasteak (memoria galerak, gogoratzeko zailtasunak...)	1,40	1,20	1,67	2,25
Aldaketa emozionalak/bat-bateko umore aldaketak/suminkortasuna	1,96	1,81	2,17	2,78
Loaren asaldurak	1,63	1,45	1,88	2,35

Gogoan izan galdetegiak 1etik 5erako eskalan sailkatzen dituela adierazle guztiak, non 1 zenbakiak adierazten baitu ez dagoela narriadura-zantzurik, 3 zenbakiak bada-goela narriadura-zantzu arinen bat, eta 5 zenbakiak narriadura handia dagoela, pertsonaren bizi-kalitatea baldintzatzerainokoa.

Esan behar da orokorrean puntuazioak alderdi fisikoan baino handiagoak direla (narriadura handiagoa) alderdi kognitibo eta emozionaletan, eta hori azpi-talde guztietan errepikatzen dela (2. taula). Alde hori are nabarmenagoa da zahartze-prozesuetan dauden pertsonen azpi-taldean, non alderdi kognitibo/emozionalen eta fisikoen arteko aldea 0,35 puntukoa baita, aldiz, tarte hori 0,15ekoa da parte-hartzaile guztiak kontuan hartzean, 0,16koa 40 urtetik beherako azpi-taldean eta 0,13koa 40 urtetik gorakoenean.

Gorago aipatu den bezala, alderdi kognitibo eta emozionalekin lotutako adierazleak dira puntuazio altuenak (narriadura handiena) dituztenak; arlo fisikoko emaitzak baxuagoak dira, oro har. Puntu gehien jaso dituen adierazlea izan da Aldaketa emozionalak/bat-bateko umore aldaketak/suminkortasuna (2,78), bai zahartze/narriadura-adierazleak dituzten pertsonen azpi-taldean, bai eta azpi-talde guztietan eta parte-hartzaile guztiak kontuan hartzean. Hauek dira azpi-talde honetan puntuazio altuena jaso duten beste adierazleak: Arreta murriztagoa/ Azkartasun gutxiago estimuluen aurrean (2,75), Bakardade/tristura/motibazio-galera/depresio/babesgabetasun handiagoa (2,71), eta Sedentarismo handiagoa (2,71).

### **4.3 Beste aldagai batzuk: *sexua, ezgaitasun portzentajea, menpekotasun gradua.***

Sexuaren aldagaiari dagokionez, azterlanean parte hartu duten emakumeen (n=21) batez besteko adina 38,19 urtekoa da, eta gizonena (n=70) 34,22 urtekoa (badago bi generoetako batek ere ordezkatzeko ez duen parte-hartzaile bat). Lagin osoaren (N=92) batez besteko adina 35,20 urtekoa da, eta parte-hartzaileek adierazleetan atera duten puntuazioaren batez bestekoa, berriz, 1,63 puntukoa (emakumeen batez bestekoa 1,76koa da, eta gizonena 1,58koa). Proporzionaliki, beti adierazleei buruz ari garelarik eta lagin osoaren batez bestekoa kontuan hartuz gero, emakumeek 1,77 puntuko batez bestekoa izan behar lukete eta gizonen 1,59koa; horregatik, azterlanean parte hartu duten gizon eta emakumeen puntuazioak batez bestekoa baino proporzionaliki txikixeagoak dira lagin osoarekin alderatuta.

Zahartze/narriadura-prozesuetan dauden pertsonen dagokienez, eta kontuan izanik lagin osoaren % 76 gizonak direla eta soilik % 23,9 emakumeak, azpi-talde horretan (n=14), hau da, zahartze-prozesuetan dauden pertsonen artean, % 35,71 emakumeak dira. Aldea handia da, hots, emakumezko parte-hartzaile guztiekin alderatuz gero,

proporzioa handiagoa da azpi-talde honetan (% 11,8 handiagoa). Honi dagokionez, badaude kontuan hartu beharreko hainbat alderdi. Batetik, parte hartu duten emakumeek gizonak baino 4 urte gehiago dituzte batez beste, eta 4 urteko alde hori ia berdina da zahartze-adierazleak dituzten pertsonen azpi-taldeko batez besteko adinei erreparatuta (emakumeak gizonak baino 3 urte eta erdi zaharragoak dira). Bestetik, emakumeen presentzia orekatua da 40 urtetik gorakoek eta 40 urtetik beherakoek azpi-taldeetan: multzo bakoitzean 11 emakume daude.

Ezgaitasun-portzentajeari dagokionez, zahartze-prozesuetan dauden azpi-taldeko pertsonen % 77,82ko portzentajea dute batez beste. Aipagarria da portzentaje hori 40 urtetik gorakoek azpi-taldekoa (% 77,10 baino pixka bat handiagoa dela. Lehen azpi-taldearen (zahartzea) batez bestekoa azpi-talde guztien artean altuena da (orokorra, 40 urtetik gorakoak eta 40 urtetik beherakoak, ikusi 1. taula).

Menpekotasun-graduaren balorazioa aztertzen badugu (4. taula), ikusiko dugu gradu guztiek antzeko ordezkaritza dutela lagin osoan (N=92). Baina adinak gora egin ahala, 3. graduako menpekotasuna duten pertsonen presentziak ere gora egiten du. Zehazki, 3. graduako menpekotasuna duten pertsonen presentzia % 50ekoa da zahartze-prozesuetan dauden pertsonen azpi-taldean

**4. taula. Menpekotasun graduak eta portzentajeak azpi-taldeka.**

	Orokorra (n=92)	40 urtetik beherakoak (n=53)	40 urtetik gorakoak (n=39)	Zahartzea/Narriadura (n=14)
<b>3. gradua</b>	27 (29,34%)	10 (18,86%)	17 (43,58%)	7 (50%)
<b>2. gradua</b>	26 (28,26%)	14 (26,41%)	12 (30,76%)	2 (14,28%)
<b>1. gradua</b>	16 (17,39%)	13 (24,52%)	3 (7,69%)	2 (14,28%)
<b>Ez dago daturik / Ez du mendekotasunik</b>	23 (25%)	16 (30,18%)	7 (17,94%)	3 (21,42%)

### 4.4 Emaidza kualitatiboak

#### 4.4.1. EMAITZA OROKORRAK

Adierazle fisikoei dagokienez, hona hemen adierazle bakoitzarekin batera doan Oharrak atalean gehien agertu diren aipamenak:

#### > **Mugikortasun / oreka / egonkortasun galera.**

Gehien agertzen diren aipamenak dira ikusteko zailtasunei eta horiek mugikortasunean dituzten eraginei buruzkoak (5 aldiz aipatzen da). Koskei edo zoladura ezegonkorrei beldurra izatea eta horretarako laguntza eskatzea 2 aldiz agertzen da. Desorientazio espaziala ere birritan aipatzen da mugikortasunerako muga bezala

#### > **Sedentarisismo handiagoo.**

Birritan aipatzen da gehiegizko pisua faktore garrantzitsua dela pertsonak bizitza sedentarioagoa egitera bultzatzeko. Lesio fisikoak edo gaixotasunak ere beste birritan aipatzen dira, jarduerak egiteko motibazio ezarekin batera (2 aldiz).

#### > **Loaren asaldurak.**

2 aldiz aipatzen da loaren asaldurak boladaka gertatzen direla baina patroi egonkorrik gabe, eta beste 2 aldiz aipatzen da asaldura horiek bideojokoen erabilerak eragindakoak direla.

#### > **Azalpenik gabeko pisu aldaketak (gora nahiz behera).**

Profesionalek azpimarratu dute 6 pertsonak pisu-galera izan dutela eta ez direla pisu basalera itzuli (horretarako arrazoia zein den jakin gabe) eta beste 2 kasutan, pisu-galera gaixotasun batek edo medikazio aldaketa batek eragindakoa izan da. Aldiz, 5 bider nabarmendu da pertsonak pisua hartu dutela, horietatik hiruk sedentarisismo handiagogatik, eta beste bik batez ere azken hilabeteetan Covid-19aren pandemiak eragindako egoeratik.

#### > **Nahaste gastrointestinalak (idorreria, esfinterren kontroleko nahasteak, errefluxua, batzuetan ahoko eta hortzetako arazoek eraginda).**

Profesionalen arabera, idorreria da gehien agertzen den adierazlea, 8 bider aipatu delarik. 3 aldiz gertatu da goizaldean ohean txiza egitea, esfinterrak kontrolatzeko gaitasun-galeraren ondorioz

Adierazle kognitibo eta emozionalak dagokienez, hauxe da adierazle guztien errepasoa:

### > **Bakardade/tristura/motibazio-galera/depresio/babesgabetasun handiagoa.**

Aipamen garrantzitsuenek lotura estua dute AENdun pertsonak berezkoa duten ezaugarri batekin: interes selektibo eta funtzionala harreman sozialetan. Normalean, parte-hartzea baxua denean ez da izaten tristura, babesgabetasun edo depresio zantzurik, AENaren beraren ezaugarri bezala baloratzen delako (4 pertsonak aipatu dute). Aldiz, beste 4 kasutan aipatu da Covid-19ak sortu duen pandemia-egoerak tristura, motibazio eza eta negarra eragin dituela errutinak galtzeagatik (Eguneko Zentrora joan ezina) edo senideak hain maiz ez ikusteagatik.

### > **Antsietate edo/eta estres egoera ugariagoak.**

Alderdi honi dagokionez, egin diren aipamen guztiek diote badakitela zein den antsietate- eta estres-egoerak ugaritzearen arrazoa. 2 kasutan, familiako arazoekin lotutakoa izan da: antsietatea handitu da denbora asko igaro dutelako gurasoak ikusi gabe edo gurasoak zahartzen ari direlako, eta horrek kezka sortzen du AENdun pertsonen artean.

### > **Arreta murriztagoa/ Azkartasun gutxiago estimuluen aurrean**

2 aldiz aipatzen da pertsona horiek atzerakada handia izan dutela adierazle honetan. Batzuetan ahozko laguntza behar dute lehen modu autonomoan egiten zituzten lanak egiteko, edo beste batzuetan laguntza eman behar zaie denbora-tarte ertain-luze batez arretari eutsi diezaioten beren zereginetan.

### > **Oroimenaren nahasteak (memoria galerak, gogoratzeko zailtasunak...).**

Oro har, profesionalak azpimarratzen dute zailtasunak dituztela adierazle hau modu objektiboan baloratzeko. Gai hau 2 kasutan nabarmendu da gehienbat. Profesionalak diote pertsonari gero eta gehiago kostatzen zaiola zer esan nahi duen adieraztea, eta premia izaten duela gelditzeko eta bere pentsamenduak antolatzeke; gainera, batzuetan hasieratik hasi behar izaten du berriro. Beste kasu batean, profesionalak diote pertsonak despiste eta ahanztura gehiago dituela, adibidez, askotan ez du gogoan zer egin duen, eta gustuko dituen jarduerak baino ez ditu gogoratzen.

### > **Aldaketa emozionalak/bat-bateko umore aldaketak/suminkortasuna.**

Adierazle honi buruz hainbat alderdi nabarmendu dira. Hauek dira aldaketa emozionalen eta suminkortasunaren arrazoi batzuk: gurasoak zahartzea eta horrek sortzen duen kezka, eguneroko bizitzako gauzak ez ulertzea (ulertzen ez dituen jarraibideak, ezustekoak, zerbaitekin ados ez egotea), denbora asko igarotzea gurasoak ikusi gabe, urtaroeekin lotutako arazoak (uda, beroa) eta hilerokoa etorri aurreko uneak.

### 4.4.2 ZAHARTZE-PROZESUETAN DAUDEN PERTSONEN EMAITZAK

Galdetegiaren amaieran profesionalek balorazio oso desberdinak egin dituzte zahartze-prozesuetan dauden pertsonen azpi-taldeari (n=14) buruz. Hiruk narriadura fisikoan jartzen dute arreta:

- “Gehien nabarmentzen den narriadura-mota fisikoa da”.
- “Nahiz eta ez dudan nabaritzen alderdi kognitiboan, argi ikusten dut narriadura bat eman dela bere egoera fisikoan”.
- “Ikusten da pixkanaka mugikortasun fisikoa galtzen ari dela, eta bere egoera lasaiagoa dela orokorrean”.

Azken baieztapen horrek ideia interesgarri bat ematen du etorkizuneko azterlanetarako: agian, zenbait kasutan, helduaroarekin batera datorren zahartzearen faktorea “lasaigarri” bat izan liteke AENdun pertsonen jokabidean eta antsietatean, eta, zeharka, ondorio positiboak izan ditzake pertsonarentzat.

Beste aipamen batzuk alderdi emozionalei eta kognitiboei buruzkoak izan dira:

- “Gero eta lapsus gehiago dauzka gauzak kontatzen dituenean, gero eta maizago haserretzen da ez duelako ondo ulertzen inguruan gertatzen dena”.
- “Gero eta gehiagotan dago triste eta negar egiten du”.
- “Bere osasun mentalaren ondorioz askotan egokitu behar zaio medikazioa eta horrek larriagotu egiten du zahartze-prozesua”

Badago zahartze-prozesuei buruzko baieztapen interesgarri bat, kontuan hartu beharrekoa: familian gertatzen diren aldaketek eragina dute AENak dituzten pertsonengan:

- “Oso zaila da baloratzea nabaritzen dizkiogun aldaketak urteen joanaren ondoriozkoak diren edo bere ingurune pertsonal hurbilenean gertatu diren aldaketek eragin dituzten”.

Azpi-talde honetako balorazioetan beste alderdi bat ere agertu da, hain zuzen, azpi-talde horretako zenbait pertsonak dauzkaten gaixotasun larriak eta gaixotasun horiek zahartze- eta narriadura-prozesuetan dituzten ondorioak:

- “Bere eskolosiaren ondorioz (gaitzaren bilakaera negatiboa da, ez dauzkalako gorputz-jarrera egokiak, bere arazoa ukatzen duelako eta ez duelako errebisiorik edo operaziorik egin nahi), ikusten dut zahartze goiztiarra jasaten ari dela. 41 urteko pertsona batek izan behar lukeena baino mugimendu-askatasun askoz txikiagoa dauka. Baina ez du autonomiarik galdu benetan gustatzen zaizkion gauzak egiteko”. “Narriadurak zerikusia izan dezake bere giltzurruneko endekapenezko gaixotasunarekin”.



### 5. ONDORIOAK ETA EMAITZEN AZTERKETA.

#### 5.1 Zahartze/narriadura-adierazleak hautemateko eta horien jarraipena egiteko tresnaren sorkuntzari buruzko emaitzak

Emaitzek diotenez, hauxe da zahartze- edo/eta narriadura-egoera batean murgiltzeko arriskuan dagoen pertsona batek ageri duen ezaugarri nagusia balorazioa egiteko orduan: 2,4ko batez bestekoa du adierazleetan (fisikoetan eta kognitiboetan).

Zahartze-prozesuak dira pertsona batek urteak bete ahala bere bizitzako arlo desberdinetan jasaten dituen aldaketak: biologikoak, fisikoak, kognitiboak, psikologikoak, e.a. Horrez gain, prozesuak erritmo desberdinak izan ditzake pertsona bakoitzaren berezko baldintzen arabera (genetika, elikadura, ingurune soziala, jarduera fisikoak, e.a.). Laburbilduz, esan liteke zahartzea ez dela prozesu lineal eta uniforme bat, baizik eta faktore askoren menpe dagoela.

Horregatik, argi zehazteko zahartze-prozesuan edo prozesu horretan sartzeko arriskuan dagoen pertsona bat baloratzeko tresnaren irizpideak, xehetasun osoz aztertu genuen aipatutako azpitaledea (zahartze-prozesuan dauden pertsonena), adierazleetan batez besteko zehatz bat aurkezte soilaz harago. Azpitalede horretan badaude 7 pertsona 2,4tik beherako batez bestekoa dutenak goian aipatutako bi faktoreetan. 7 pertsona horietatik bi baztertu egin ditugu, oso "muturreko" baloreak dituztelako: hau da, ez dutelako 3ko edo 3tik gorako balorerik (gogoan izan 3 dela afektazio-gradu arina adierazten duen puntuazioa) edo adierazle bakarrean daukatelako 3tik gorako balore bat, eta gainerako adierazle guztietan puntu bat dutelako. Emaitza horiek ez zaizkigu ordezkarriak iruditu, azpitaledeko batez bestekotik oso urrun daudelako. Gainerako emaitzak baloratzean, ikus liteke guztiek dutela patroia bat: denek 3ko edo 3tik gorako puntuazioak dituzte gutxienez 3 adierazletan (nahiz eta gero beste batzuetan 2,4tik beherako batez bestekoak izan).

Aurreko gogoeta-prozesu horren ostean, hauek dira pertsona bat zahartze- edo/eta narriadura-prozesu batean dagoela esateko ezarri ditugun irizpideak:

- 2,4 edo gehiagoko batez bestekoa izatea adierazle guztietan.
- Batez besteko puntuazioa 2,4tik beherakoa bada, baina 3 puntuko edo gehiagoko batez bestekoa badu gutxienez 3 adierazletan, zahartze-/narriadura-prozesuetan sartzeko arriskuan dagoen pertsona bat da edo behintzat argi dago alderdi horretan jarri behar duela arreta pertsona hori artatzen duen lantalde profesionalak.

Garrantzitsua iruditzen zaigu 2. puntuaren balorazioa kontuan hartzea, zahartze-prozesuak

askotariko aldagaiak izan ditzakeelako, eta baita ere prebentzioa kontuan hartzea. Horrelako egoerak detektatzen dituen tresna bat izateak ez du ezertarako balio, baldin lehenago ez badugu prebentziorik egiten eta ez badugu horrelako prozesu batera hurbiltzen ari diren pertsonen berri ematen.

Behin zahartze- eta narriadura-prozesuak baloratzeko irizpideak ezarri ondoren, ikusi dugu parte-hartzaile guztien artean (N=92) badaudela 2 pertsona 2,4ko edo gehiagoko batez besteko puntuazioa dutenak, baina profesionalen iritziz ez daudenak zahartze-prozesuan. Zehazki, 2,5 eta 2,6ko puntuazioak dituzte, hurrenez hurren. Horrek pentsarazi behar liguke zahartze-prozesuan daudela, nahiz eta profesionalak kontrakoa baloratu duten? Gure ustez ez da zertan hala izan, asko izan litezkeelako batez bestekoa baino puntuazio handiagoa izatera eraman dituzten faktoreak (gainera oso hurbil daude 2,4ko batez bestekotik). Dena den, "alerta" moduan hartu behar genuke, laguntza ematen dieten profesionalak zahartzearen aldagaia kontuan har dezaten euren plan pertsonaletan eta laguntzeko estrategietan.

### **5.2 Adierazleei buruzko azterlanaren emaitzen analisia. 2019ko azterlanarekiko alderaketa eta analisia**

Lehenik eta behin aipatu behar da, 2019ko azterlanarekin alderatuta, zahartze-prozesuek intzidentzia txikiagoa izan dutela APNABiko pertsona helduengan. Iazko txostenean ondorioztatu zen aztertutako pertsona guztien (N=54) % 61,1 (n=33) horrelako prozesu batean murgilduta zeudela. Aurtengoan, berriz, lagin osoaren (N=92) % 15,21 (n=14) sailkatu dira zahartze-prozesuetan. Laginen tamaina desberdina da, aurten handiagoa izan baita, baina multzo horren barruan 40 urtetik gorakoen azpi-taldea berdintsua izan da: 2019an 38 ziren eta 2020an 39 izan dira. Aurten egin den azterlanean pertsonen batez besteko adina txikiagoa da (35,20) 2019koa baino (41,92), zeren erantzunen oinarria zabaltzeko eta ordezkagarritasun handiagoa lortzeko, parte-hartzea handitu dugu eta barne hartu ditugu Enplegurako Zentro Okupazionalako erabiltzaileak ere. Eta, oro har, azken horiek Eguneko Zentroko edo Etxeetako parte-hartzaileak baino askoz gazteagoak dira.

Zahartze-prozesuetan dauden pertsonen adinari dagokionez, 2019an lortutako emaitzen arabera 45,1 urtekoa zen batez beste, eta aurten, berriz, 46,71 urtekoa da. Badago azalpen bat urte eta erdi inguruko gorakada horrentzat: aurten zahartze- edo/eta narriadura-prozesuetan murgilduta dauden pertsonen azpi-taldean sartu diren pertsona guztiak 40 urtetik gorakoen azpi-taldekoak izan dira, eta 2019an, berriz, 40 urtetik beherakoen azpi-taldeko 16 pertsona sartu ziren zahartze-prozesuetan dauden pertsonen azpi-taldean.

Sexuaren aldagaiari dagokionez, ezinezkoa da ziurtatzea zahartze goiztiarrak prebalentzia handiagoa duela emakumeen artean, lagin osoaren adierazleetako batez bestekoekiko aldea ez delako handia eta, gainera, azterlanean parte hartu duten emakumeen batez besteko adina gizonena baino apur bat handiagoa delako

Adinaren aldagaiari dagokionez (40 urtetik gorakoa izatea), lehen azterlanaren ondorioak berretsi dira, hau da, adina kontuan hartu beharreko faktorea da AENdun pertsonen zahartze-prozesuei buruzko ikuspegi prebentibo bat izateko. Aurten lehen azterlanean baino zahartze-egoera gutxiago hauteman dira 40 urtetik gorakoen azpi-taldean (aurtengo txostenean 40 urtetik gorakoen azpi-taldeko % 35,89 pertsona sartu dira zahartze-prozesu goiztiarretan, 2019an, berriz, % 86,8). Gorago aipatu dugun bezala, uste dugu lehen txostenean zahartzearen faktorea gehiegi baloratu zela 40 urtetik gorako pertsonen artean. Baina % 35a portzentaje oso handia da oraindik, eta horregatik esan behar da 40 urtetik gorakoa izatea kontuan hartu beharreko faktorea dela laguntzak planifikatzean.

Menpekotasun graduak ere badu eragina zahartze goiztiarreko prozesuak hautemateko orduan. Ikusi dugu parte-hartzaileen adinak gora egiten duen heinean, gora egiten duela baita ere 3. menpekotasun gradua duten pertsonen kopuruak. Eta, hain zuzen, zahartze-prozesuetan dauden pertsonen azpi-taldean daude 3. graduko menpekotasuna duten pertsona gehien (% 50). Puntu hori indartu egiten da ezgaitasun portzentajearekin: zahartze-prozesuetan dauden pertsonen azpi-taldek du ezgaitasun portzentaje handiena (% 77,82, 40 urtetik gorakoena baino handiagoa (% 77,10). Ondorioz, berretsi egin da 2019ko azterlanean planteatutako hipotesia, hau da, zenbat eta menpekotasun gradu handiagoa izan, orduan eta errazagoa da AENdun pertsonen zahartze- eta narriadura-prozesu goiztiarrak jasatea.

Badago 2019ko azterlanean aztertu ez zen beste faktore bat, hots, komunikatzeko gaitasunaren balizko intzidentzia. Izan ere, uste genuen posible zela nolabaiteko eragina izatea edo benetan faktore bat izatea zahartze goiztiarreko kasuetan. Ondoz fisikoak, kezkak, eta abar azaldu ezin izateak edo behar bezala adierazi ezin izateak beste hainbat arazo ekar ditzake epe luzera, hala nola antsietatea, asaldura edo dolu egoerak ezin ulertzea. Esperientzian oinarritutako hipotesi bat da, azterlan honetan eta aurrerago egingo direnetan berretsi nahi duguna. Aurtengo honetan egiaztatu dugu zahartze-prozesuetan dauden pertsonen azpi-taldean beste inon baino gehiago direla ondoezak eta kezkak argi adierazteko zailtasunak dituzten pertsonak (% 71,42), eta aldea % 30ekoa baino handiagoa da zenbait kasutan. Datu horrek indartu egiten du gure hipotesia: hau da, arazoak izatea komunikatzeko faktore bat izan liteke AENdun pertsona batzuek zahartze-prozesu goiztiarrak jasan ditzaten.

Gorago aipatutako alderdi guztiak aztertu ondoren, uste dugu berretsi egin dela azterlan hau egin aurretik planteatu genuen hipotesia (1. Justifikazioa atalean aipatutakoa): 2019an zailtasun asko izan genituen pertsonak baloratzeko, eta ez genituen ongi bereizi zahartzea eta AENaren berezko ezaugarriak edo beste faktore batzuei zor zitzaizkienak (badago azken horri buruzko adibide argi bat: aho eta hortzetako osasun txarra ezin zaio zuzenean egotzi zahartzeari, baizik eta AENdun pertsonak haurtzarotik hortzetako higiegi egokia izateko dauzkan zailtasunei, kontaktu fisiko zuzena baztertzen duelako).

Uste dugu urrats handi bat eman dugula, eta tresna sortzeko egin den bigarren azterlan hone-  
tan, arreta zuzeneko profesionalak askoz hobeto asmatu dutela euren behaketan; 2018an eta  
2019an ez genituen ongi ezagutzen zahartze-prozesuak eta 2020an, berriz, pertsona bakoit-  
zaren analisi egokiagoa egin ahal izan da barneratutako ezagutzari esker.

Oro har, esan liteke tresna sortzeko prozesuan baloratu diren pertsonak osasun fisiko eta kog-  
nitibo-emozional onean daudela (bai behintzat aztertu ditugun 10 adierazleetan). APNABiko  
Helduaro eremuko (Eguneko Zentroak, Etxeak eta Enplegurako Zentro Okupazionala) pertso-  
nen lagina (N=92) oso ongi ordezkatuta dago. Adierazle guztien batez bestekoa 1,63koa da  
(gogoan izan hauek direla adierazle bakoitzak izan ditzakeen baloreak: 1 batere narriadura  
zantzurik ez izatea, 3 garrantzitsuak izan ez arren, pertsonarengan eragin arin bat duten  
narriadura-sintomak agertzea adierazle horretan eta 5 afektazio gradu altua izatea adierazle  
horretan), beraz, esan liteke osasun egoera oso ona dela. Era berean, kontuan hartu behar  
da alderdi kognitibo/emozionalen balorazioa baino positiboagoa dela alderdi fisikoena azpi-  
talde guztietan (ikus 2. taula), baita zahartze-prozesuetan dauden pertsonen artean ere. Azken  
azpi-talde horri erreparatuta, argi dago zenbait adierazletan 5 inguruko puntuazioak daudela,  
baina batez bestekoa 2,4koa da, hau da, ez da 3ra iristen, eta dagoeneko esan dugu hori  
dela adierazle bakoitzean nolabaiteko narriadura-gradu bat izatea adierazten duen balorea.  
Tresna baliozkotzeko prozesu honen emaitzek berretsi egin dituzte lantaldearen hipotesi batzuk,  
besteak beste, Helduaro eremuko erabiltzaileen egungo egoera nahiko ona dela eta zahartze  
goiztiarreko prozesuen presentzia baxua dela. Ez dirudi emaitza negatiborik dagoenik ezein  
azpi-taldetan edo adierazle zehatz batean. Biztanleria orokorraren eta AENDun pertsonen  
zahartze-prozesua konplexua da, aldagai eta faktore indibidual askok baldintzatzen dute eta  
ez litzateke zuhurra izango baieztapen orokorrak egitea, esaterako, "AENDun pertsonak biztan-  
leria orokorrak baino zahartze okerragoa dute" edo "AENDun pertsonak biztanleria orokorra-  
ren antzeko prozesuak dituzte". Ahalik eta modu zorrotz eta objetiboenean jokatu behar dugu.  
Sortu eta baliozkotu dugun tresna hau lagungarri izango da prozesu horiek hautemateko eta  
jarraipena egiteko, bai eta arreta prebentzioan jartzeko, ikusten badugu Helduaro eremuko  
pertsonen puntuazioak okerrera doazela.

Lantalde profesionalak adierazle bakoitzaren "Oharrak" atalean egin dituen aipamenei dago-  
kienez, batzuk tresnaren barruan sartuko ditugu adierazle bakoitzaren azalpenean, izan ere,  
ekarpen baliotsuak daude eta uste dugu aberasgarria dela alderdi horietako batzuk txertatzea.  
Zahartze-prozesuetan dauden pertsonen azpi-taldean oso ekarpen interesgarriak agertu dira,  
etorkizuneko azterlanetan txertatu litezkeenak: hala nola, zahartzaroak efektu "lasaigarriak"  
ditu gaztaroan antsietate- eta, besteak beste, asaldura-karga handiak izan dituzten pertsona bat-  
zuengan, eta zahartze goiztiarreko prozesuek familiako egoeraren eboluzioarekin duten lotura  
(gurasoak zahartzea, hiltzea, familian erreferente berriak agertzea, esaterako neba-arrebak).

Halaber, etorkizunean kontuan hartu beharko da AENDun pertsona askoren komorbilitateak (nahaste psikologikoak, neurologikoak, mota eta eragin maila desberdinetako gaixotasunak, ikusteko zailtasunak, e.a.) ba ote duen eraginin narriadura- eta zahartze-prozesu goiztiarretan, eta prozesu horien kausa (edo kausetako bat) izan ote daitekeen aldagai "azkargari" bezala edo faktore bat gehiago den horrelako prozesuak jasateko arriskuan, AENDun pertsonak biztanleria orokorrak baino osasun egoera okerragoa dutelako haurtzarotik.

### 5.3 Etorkizuneko ikerketa-ildoak

Etorkizunera begira, Zahartze Aktiboaren Taldeko ildoen barruan oso garrantzitsuak iruditzen zaizkigu alderdi hauek:

- **1** Tresna honen erabilpena txertatzea Helduaro eremu osoan. Horrela, berehalako informazio eguneratua izango dugu pertsoneri eta zahartzeari buruz, eta urtekako bilakaera aztertu ahal izango dugu.
- **2** 1. puntuan, pertsona bakoitzari buruzko informazioa izango dugu. Galdetegi egiteko erabiltzen dugun sistemari esker (Google galdetegiak) posible da Helduaro eremuko pertsona guztien informazio globala izatea, eta horrela errazagoa da datu guztiak jasotzea eta laburbiltzea. Maiztasun bat finkatu behar dugu horrelako azterlanak eguneratzeko, APNABiko Helduaro eremuaren bilakaera ikusteko eta argazki eguneratu bat izateko X urterik behin.
- **3** Interesgarria litzateke azterlan hau errepikatzea AENik eta ezgaitasun intelektualik ez duten pertsonen artean. Tamaina eta adin bertsuko lagin batekin egin beharko litzateke, bi taldeen arteko antzekotasunak eta desberdintasunak zehazteko.
- **4** La herramienta no es estática. Deberá de ser revisada y actualizada en la medida en la que surjan nuevos estudios y evidencias sobre los procesos de envejecimiento y TEA.
- **5** Oso garrantzitsua iruditzen zaigu hurrengo ekintza-ildoetan arreta jartzea alderdi hauei: bizitza aktibo eta osasuntsua sustatzea, arreta zuzeneko profesionalak trebatzea eta familia bazkideak gai honen inguruan sentibiltzatzea.

### 6. ADIERAZLEAK AUKERATZEKO ERABILI DEN BIBLIOGRAFIA

- > Apnabi Autismo Bizkaia (2019). Azterlana: Zahartzea eta autismoaren espektroko nahasteak: Familiek eta APNABIn laguntza ematen dieten profesionalak hautemandako premien diagnostikoa. Eskuragarri hemen:  
<https://www.apnabi.eus/apnabi-estudia-el-envejecimiento-en-las-personas-con-tea/>
- > Cruells, J., Regalado, P.J. (2014). Posterra: Autismo y envejecimiento prematuro. Autismoari buruzko Burgoseko Nazioarteko Kongresua 2014. CERAC La Garriga, Bartzelona eta CASM Benito Menni Ospitalea, Sant Boi de Llobregat.
- > De Araoz, I. eta Vidriales, R. (2011). Propuestas para abordar los procesos de envejecimiento de las personas con Trastorno del Espectro del Autismo. Liburu honetatik: Todo sobre el autismo. Los trastornos del Espectro del Autismo (TEA). Guía completa basada en la ciencia y en la experiencia. Madril: Altaria argitaletxea.
- > Happe F. eta Charlton RA. Aging in autism spectrum disorders: a mini-review. Gerontology 2012; 58: 70-8.
- > Lever, AG. eta Geurts, H. (2016). Psychiatric Co-occurring Symptoms and Disorders in Young, Middle-Aged, and Older Adults with Autism Spectrum Disorder. Journal of Autism and Developmental Disorders 46(6).
- > Plena Inclusión España (2016). Proyecto Pomona -España: indicadores de salud en personas con discapacidad intelectual. Villablanca Fundazioa, Sant Joan de Deu eta Plena Inclusión España.
- > Ruggieri V. eta Cuesta J. L. (2018). Envejecimiento en personas con Trastorno del Espectro Autista. Medicina aldizkaria, 78, 69-74.
- > Vidriales R., Hernández, Gutiérrez, C. eta Plaza, M. (2017). El cuidado de mi salud: guía práctica para la promoción de la salud en las personas mayores con Trastorno del Espectro Autista. Madril: Autismoaren Espainiako Konfederazioa.
- > Vidriales, R., Hernández, C. eta Plaza, M. (2016). Estudio "INSETEA: Envejecimiento y Trastorno del Espectro del Autismo - Una etapa vital invisible". Madril: Autismoaren Espainiako Konfederazioa.
- > Vidriales, R., Hernandez, C., Plaza, M., Gutierrez, C., Cuesta, J.L. (2017). Calidad de Vida y Trastorno del Espectro del Autismo. "Cuanto mayor es la calidad de los apoyos, mejores son

### 7. ESKERRAK

Apnabi-Autismo Bizkaiak eskerrak eman nahi dizkio Eusko Jaurlaritzari azken urteotan proiektu honentzat eman duen babesagatik eta dirulaguntzagatik. Era berean, eskerrak eman nahi dizkiegu erakundeko Zahartze Aktiboaren Lantaldeari eta prozesuan parte hartu duten zuzeneko arretako gainerako profesionali. Eskerrik asko!

### 8. ERANSKINAK

Tresnara sartzeko QR kodea:





Asociación de padres  
de afectados de Autismo y  
otros trastornos del espectro  
autista de Bizkaia

Bizkaiko autismoa eta  
beste autismo espektroaren  
nahasteak dituztenen  
gurasoen elkarte

Somos **Familia** Gara



[familia@apnabi.org](mailto:familia@apnabi.org) / 944 755 704

[www.apnabi.eus](http://www.apnabi.eus)