

## Perfil de las personas con parálisis cerebral en servicios de vivienda

M. Yolanda González-Alonso, Montserrat Santamaría-Vázquez  
y Valeriana Guijo-Blanco  
Universidad de Burgos (España)

El propósito de este estudio es establecer el perfil de las personas con parálisis cerebral atendida en los servicios de vivienda, teniendo en cuenta que estos servicios pretenden favorecer la inclusión a través de la autonomía y la convivencia con otros. Se realizó una entrevista a 20 personas en una Asociación de Burgos que utilizan estos servicios. Se recogieron datos relativos a las características sociodemográficas, clínicas y de funcionamiento, y sobre las necesidades de apoyo y atención en los servicios de vivienda. Los datos reflejan un claro predominio de varones (75%), con una edad entre 40 y más años (75%), soltero (75%), analfabeto (55%), sin experiencia laboral (85%) y todos pensionistas. El 35% de las personas con parálisis cerebral además tienen Discapacidad Intelectual con un grado de discapacidad alto (M= 90%). Funcionalmente predominan personas de Nivel V en Gross Motor Function Classification System, Nivel V en Manual Ability Classification System y Nivel III en Communication Function Classification System. El 75% utilizan estos servicios desde hace más de 5 años siendo la razón de la elección la enfermedad de un familiar; reciben todos ellos apoyo psicológico, fisioterapia y servicios de ocio. Poder determinar este perfil favorece diseñar estrategias y recursos que proporcionen apoyos especializados y de calidad en entornos inclusivos y normalizados.

*Palabras clave:* Autonomía, atención integral, vida independiente, inclusión social, alojamiento.

*Cerebral palsy people's profile in housing services.* The purpose of this study is to set up the profile of the people with cerebral palsy who are attended at the housing services, taking into account that these kinds of services try to assist the inclusion through autonomy and communal living. 20 people, who use these services, were interviewed from an association from Burgos. Sociodemographic and clinical characteristics, performance levels, assistive and attentional necessities at housing services data were collected. These data show that there are more males (75%), more than 40 years old (75%), single (75%), illiterate (55%), without working experience (85%), and all of them are pensioner. 35% of the people with cerebral palsy has also an intellectual disability with a high level of disability (90%). According to the performance, people with level V in the Gross Motor Function Classification System, level IV in the Manual Ability Classification System, and level III in the Communication Function Classification System are the most frequent. 75% of them use the housing services over 5 years, mainly because of a relative disease, and all of them receive psychological support, physiotherapy and leisure time services. Define this profile is important in order to assist strategies and resources which give specialized supports and normal and inclusive environments.

*Keywords:* Autonomy, comprehensive care, independent living, social inclusion, housing.

Correspondencia: M. Y. González Alonso. Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad de Burgos. Paseo Comendadores s/n, 09001, Burgos (España). E-mail: [mygonzalez@ubu.es](mailto:mygonzalez@ubu.es)

La parálisis cerebral describe un grupo de trastornos permanentes del desarrollo del movimiento y de la postura, que causan limitaciones en la actividad. Los trastornos motores tempranos están a menudo acompañados por alteraciones de la sensación, la percepción, la cognición, la comunicación y la conducta (Rosenbaum, Paneth, Levinton, Goldstein, y Bax, 2007). La parálisis cerebral es una discapacidad que engloba personas muy heterogéneas, con grados diferentes de afectación (Colver, Fairhurst, y Pharoah, 2014) y por eso se requiere una variedad de recursos aplicados de forma flexible para resolver cada situación, lo que supone un gran desafío. Las limitaciones que presenta una persona pueden ser compensadas por los apoyos disponibles en su entorno remoto e inmediato, bien como facilitadores o bien como barreras del funcionamiento, según la visión ofrecida por la Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF, 2001) en la que se relaciona a la persona y sus características (funciones y estructuras) con su ambiente físico y social.

El rápido envejecimiento de la población general (con y sin discapacidad) supone verdaderos desafíos que tienen repercusiones importantes en todos los aspectos de la sociedad (ONU, 2012). El aumento de la supervivencia de las personas con parálisis cerebral (Brooks, Strauss, Shavelle, Tran, Rosenbloom, y Wu, 2014) hace que a partir de los 45-50 años comiencen a detectarse algunos síntomas que parecen indicar el inicio del proceso de envejecimiento, pudiendo por tanto hablar a partir de esta edad de personas ancianas. El informe Séneca (Novel, Nadal, Smilges, Pascual, y Pujol, 2008), destaca que las personas con discapacidad pasan a vivir en entornos residenciales a medida que se hacen mayores. La longevidad, hace que estas personas se planteen servicios de vivienda que cubran las necesidades que hasta fechas recientes atendían las familias. La familia sigue siendo el principal soporte social de las personas con discapacidad, sin embargo, aunque el sentimiento de obligación y la creencia de que los familiares son los mejores cuidadores posibles, la utilización de nuevos recursos se imponen ante la dificultad de que cuidadores de avanzada edad puedan seguir proporcionando la atención a su familiar con discapacidad.

Las Naciones Unidas a través de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con discapacidad (2006) y el Informe Mundial sobre la discapacidad (2011) señalan el derecho a vivir de forma independiente escogiendo dónde y con quién vivir y cómo cubrir sus necesidades y deseos. Para que las personas con discapacidad puedan elegir la residencia que deseen se les deben ofrecer vías de transición hacia entornos comunitarios con opciones que les permita fomentar su autonomía (Navas, Uhlmann, y Berástegui, 2014). Un modelo eficaz tratará de adecuar los apoyos y servicios a la realidad de las personas en el mismo lugar donde están sin crear servicios segregados especializados, alejados del contexto donde la persona ha vivido durante años (Berzosa, 2013; Madrigal, 2007; Pereyra, 2007).

Actualmente una de las grandes preocupaciones de las personas con parálisis cerebral, de las familias y de los profesionales que las atienden (Aguado, Alcedo, y Fontanil, 2012), es determinar el mejor entorno de vivienda con los recursos sociales, de alojamiento y económicos existentes, y preparar a las personas con parálisis cerebral para hacer frente a este cambio.

Cuando los padres envejecen y no pueden ofrecer los apoyos adecuados existen diferentes alternativas para favorecer la seguridad y la atención integral que requieren sus hijos, tales como programas de respiro, ayuda a domicilio, asistente personal, adaptaciones del entorno e incluso diferentes tipos de alojamiento. En cumplimiento de lo que señala Naciones Unidas, se le debe ofrecer a la persona, la oportunidad de escoger sobre dónde, cómo y con quién quiere vivir.

El Catálogo de Referencia de Servicios Sociales (2013) recoge, identifica y define servicios y prestaciones de alojamiento dentro de la Atención Residencial para personas con discapacidad que comprende tanto las residencias como los pisos o viviendas tuteladas. Estos servicios están insertados con otros elementos de protección social que tienen como finalidad la promoción y el desarrollo pleno de las personas con parálisis cerebral dentro de la sociedad para la obtención de un mayor bienestar social y una mejor calidad de vida.

Las condiciones de vivienda deben facilitar la inclusión de las personas con parálisis cerebral activamente en la vida social de la familia y de la comunidad, de manera que tengan la oportunidad de participar en actividades sociales ya que, como afirma Naciones Unidas (2012), esto influye en la identidad, autoestima, calidad de vida y en la condición social de la persona.

De acuerdo con Rodríguez (2013), no existe una modalidad de alojamiento ideal válido para todas las personas, lo importante es que se presente una variedad de ofertas donde las personas puedan elegir el estilo que desean y dónde prefieren vivir. Siguiendo este planteamiento surge el objetivo de establecer el perfil de la población atendida en servicios de vivienda para personas con parálisis cerebral diseñados para favorecer la inclusión.

## MÉTODO

### *Participantes*

Se trata de una muestra de conveniencia, basada en el deseo de participar en el estudio. Está formada por 20 personas con parálisis cerebral (5 mujeres y 15 varones), con edades comprendidas entre los 27 y los 65 años, con una media de 45.9 ( $DT= 11.536$ ), siendo el valor central, mediana, 48 años. Los criterios de inclusión para la selección de la muestra han sido personas mayores de 18 años con un primer diagnóstico de parálisis cerebral y que viven fuera de su hogar, en una residencia, desde al menos hace un año.

### *Instrumentos*

Para la descripción del perfil de las personas con parálisis cerebral se han utilizado entrevistas semiestructuradas que recogen datos sociodemográficos, clínicos y de convivencia con un cuestionario elaborado *ex profeso*. Igualmente se evaluó el nivel funcional de cada uno de los participantes aplicando diferentes clasificaciones funcionales, descritas a continuación.

*Clasificación de la Función Motora Gruesa (Gross Motor Functional Classification System, GMFCS)*, (Palisano, Rosenbaum, Walter, Russell, Wood, y Galuppi, 1997 y Morris y Bartlett, 2004).

Se trata de una escala observacional estandarizada y validada para la población con parálisis cerebral. Permite clasificar a las persona con parálisis cerebral en función de su capacidad de movimiento, de las limitaciones funcionales que presenta, de la necesidad de uso de dispositivos de apoyo para la marcha o de la necesidad de apoyo en la movilidad sobre silla de ruedas, yendo de la menor gravedad (Nivel I), a la mayor gravedad (Nivel V).

En el estudio de Palisano et al. (1997) se reportó para la escala una fiabilidad de 0.93 y un coeficiente Kappa de Cohen de 0.75.

*Sistema de Clasificación de Habilidad Manual (Manual Ability Classification System, MACS)*, (Eliasson et al., 2006).

Es una escala ordinal que permite clasificar a las personas con parálisis cerebral en función de la habilidad para manipular objetos en las actividades diarias y de la necesidad de asistencia o adaptación para desempeñar las tareas manuales. Se describen cinco niveles, y al igual que en la GMFCS van de menor gravedad (Nivel I) a mayor gravedad (Nivel V).

En cuanto a las propiedades psicométricas de esta escala, Eliasson et al. (2006), demostraron que el MACS tiene buena fiabilidad y validez, obteniendo un coeficiente de correlación inter-observadores de 0.97 y un intervalo de confianza de 0.96-0.98.

*Sistema de Clasificación de la Función de la Comunicación (Communication Function Classification System, CFCS)*, (Hidecker et al. 2011).

La CFCS permite clasificar a la persona con parálisis cerebral según cómo es su comunicación funcional, describe el rendimiento de la comunicación cotidiana, atendiendo a criterios como la emisión y recepción de mensajes y la capacidad de comunicación tanto con personas del entorno, como desconocidas. Establece, del mismo modo que las anteriores, 5 niveles de clasificación, yendo de menor afectación (Nivel I) a mayor afectación (Nivel V).

La fiabilidad de la CFCS fue de 0.66 inter-profesionales y de 0.49 entre padre-profesional. La fiabilidad test-retest fue de 0.82.

*Procedimiento*

La investigación sigue un diseño transversal. Desde un análisis semi cuantitativo, se lleva a cabo un estudio descriptivo en una muestra no aleatorizada. Para la selección de la muestra se ha contado con la colaboración de la Asociación de Parálisis Cerebral de Burgos. Se aseguró la confidencialidad y la utilización ética de los datos. Las entrevistas se realizaron en la asociación y se necesitó un tiempo aproximado entre 30-45 minutos. Todas las entrevistas fueron llevadas a cabo por el mismo investigador. Se determinan las características personales y clínicas a través de una entrevista realizada a aquellas personas con parálisis cerebral que utilizan servicios de vivienda y se les pasan escalas para evaluar el nivel funcional. Para el análisis de los datos se han utilizado estadísticos descriptivos.

**RESULTADOS**

Los datos obtenidos reflejan un mayor número de varones (75%) que de mujeres (25%), con más de 40 años (75%), solteros (75%), analfabetos (55%), sin experiencia laboral (85%) y todos pensionistas (tabla 1).

*Tabla 1.* Distribución de la muestra según características sociodemográficas

Nivel cultural			
Categorías	Varón	Mujer	Total
Analfabeto	8	3	11
Neoelector	7	2	9
E. Primarios	0	0	0
TOTAL	15	5	20
Nivel profesional			
Categorías	Varón	Mujer	Total
Labores del hogar	0	0	0
No ha trabajado	12	5	17
Cualificación profesional baja	3	0	3
TOTAL	15	5	20
Ocupación			
Categorías	Varón	Mujer	Total
En activo	0	0	0
Paro	0	0	0
Pensionista	15	5	20
TOTAL	15	5	20

Fuente: Elaboración propia

En casi la mitad de las familias viven los dos padres y en el 95% de los casos vive al menos un hermano. La mayoría tienen además de parálisis cerebral un diagnóstico

de discapacidad intelectual (35%), con un porcentaje muy alto en el certificado de discapacidad, el 80% tienen un porcentaje mayor del 90% (tabla 2).

Tabla 2. Distribución de la muestra por tipo y grado de discapacidad

Tipo	Varón	Mujer	Total
Discapacidad Intelectual	4	3	7
Deficiencia Auditiva	2	1	3
Enfermedad Mental	5	0	5
Grado	Varón	Mujer	Total
De 75 a 79	1	0	1
De 80 a 90	2	1	3
> 90	12	4	16

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a su nivel funcional (tabla 3) se puede ver que el 85% tiene un Nivel V o Nivel IV en la GMFCS, el 65% un Nivel V o Nivel IV en el MACS y el 35% el nivel III en la CFCS, por lo tanto se comprueba que el nivel funcional es bajo.

Tabla 3. Niveles de las Clasificaciones Funcionales

Escala	Nivel V	Nivel IV	Nivel III	Nivel II	Nivel I	TOTAL
GMFCS	9	8	1	2	0	20
MACS	7	6	3	2	0	20
CFCS	4	3	7	3	1	20

Fuente: Elaboración propia

El 75% de las personas utilizan los servicios de vivienda desde hace más de 5 años, el 20% llevan más de 15 años en diferentes servicios de vivienda de la Asociación. Las causas por las que solicitaron un servicio de vivienda según indica la tabla 4, fueron principalmente por la enfermedad de un familiar (50%).

Tabla 4. Causas por las que se solicita el servicio

Causas	Varón	Mujer	TOTAL
Decisión propia	0	0	0
Muerte familiar	3	1	4
Enfermedad familiar	8	2	10
Edad familiar	4	2	6
Necesidad de apoyo	0	0	0

Fuente: Elaboración propia

La Asociación presta atención integral a las necesidades de los entrevistados y los cuidados y apoyos recibidos por todos los participantes son apoyo psicológico, fisioterapia y servicios de ocio (tabla 5).

Tabla 5. Tratamientos recibidos

Tratamientos	Varón	Mujer	TOTAL
--------------	-------	-------	-------

Terapia Ocupacional	10	2	12
Logopedia	12	4	16
Ocio	15	5	20
Fisioterapia	15	5	20
Apoyo psicológico	15	5	20

Por tanto, el perfil de la persona con parálisis cerebral atendida en servicios de vivienda es el de un varón, con más de 40 años, soltero, sin experiencia laboral, pensionista, con un grado de discapacidad mayor del 90%, con un nivel muy bajo en la capacidad de marcha y en la manipulación de objetos y fácil comunicación solo con conocidos. Este varón utiliza los servicios de vivienda debido a la enfermedad de un familiar, y por tanto ya no puede atenderle, y recibe apoyo psicológico, tratamiento de fisioterapia y servicios de ocio para facilitar el uso de su tiempo libre.

## DISCUSIÓN

En la actualidad son muchas las alternativas que existen cuando la familia no puede proporcionar los apoyos adecuados en el hogar (Bigby, Bowers, y Webber, 2010), sin embargo las personas con parálisis cerebral no deciden independizarse ni sienten que les falten apoyo, solo se plantean la opción de salir del entorno familiar cuando el cuidador principal está enfermo, es muy mayor o muere. Esto se observa en los datos expuestos anteriormente, las personas entrevistadas se ajustan claramente a este perfil, todas ellas deciden salir del entorno familiar cuando el cuidador principal no está en condiciones de seguir asumiendo esa responsabilidad, sea por enfermedad grave, deterioro grave consecuencia de la edad o muerte.

Tal vez, la familia y las propias personas con parálisis cerebral consideran que no tienen habilidades suficientes para ser autónomas ya que según Kim, Larson, y Lakin, (2001) vivir fuera del hogar se asocia con tener buenas habilidades adaptativas, y en la muestra estudiada parece cumplirse. En estas personas pudo influir el nivel funcional y el grado de discapacidad, puesto que el 80% son personas con un grado de discapacidad mayor del 90%, con niveles funcionales graves en la GMFCS y en el MACS.

El artículo 19 de la Convención (ONU, 2006) establece el derecho de las personas a vivir de manera independiente y en su comunidad, sin embargo estas personas con parálisis cerebral no parecen concederse ese derecho planteándose este cambio únicamente ante la dificultad de seguir viviendo con unos padres que envejecen. A pesar de que la Convención se publicó hace diez años, este tiempo parece insuficiente para un cambio social, pesa aún demasiado la tradición. Los padres consideran que abandonan a sus hijos si les animan a que vivan independientes; los hijos, aunque sean adultos mayores, consideran que los padres les abandonan si les animan a utilizar servicios de vivienda. Por lo tanto, será necesario que desde las asociaciones, los profesionales y la sociedad en

general se produzcan cambios que favorezcan que las personas con discapacidad sean conscientes de sus derechos y sean capaces de acompañarles en el proceso de toma de decisiones con respecto a dónde y con quién quieren vivir.

De acuerdo con Aguado, Alcedo, y Fontanil (2012); Navas, Uhlmann, y Berástegui, (2014) y Riera (2003) la institucionalización está siendo mayor. Por tanto interesa desarrollar cambios culturales que impliquen repensar nuevas formas de apoyo y protección que aseguren el futuro de las personas con parálisis cerebral dentro de su comunidad de origen o diseñar dispositivos de alojamiento acordes a los principios de intervención comunitaria y del paradigma de apoyos, distanciados de modelos residenciales tradicionales. Este es un reto difícil pero necesario y urgente su abordaje. Los nuevos entornos, residencias o viviendas tuteladas, han de entenderse como un lugar de convivencia, prevención, atención e inclusión donde se inicie este proceso de autonomía.

Ofrecer una atención integral y personalizada puede influir en la elección del tipo de alojamiento, las personas entrevistadas reciben todas ellas apoyo psicológico, fisioterapia y participan del programa de ocio y tiempo libre; el 80% solicitan logopedia y el 60% terapia ocupacional. El tipo de convivencia, como es previsible, está muy determinado por la gravedad de su discapacidad, por el grado de dependencia funcional, por la ausencia de la marcha y por otras condiciones como la epilepsia y el deterioro cognitivo que presentan las personas entrevistadas.

Elegir un servicio residencial para personas con parálisis cerebral dependientes se toma como última opción, sin embargo, deben realizarse los cambios oportunos para que la oferta resulte más atractiva y no suponga una gran preocupación. Algunos de los cambios pasan por seguir siendo protagonistas del funcionamiento cotidiano, poder elegir desde el momento del aseo, hasta el momento de acostarse, con un ritmo lo más parecido al estilo de vida anterior y fortaleciendo su red de relaciones. En otros países como Holanda, Suecia, Dinamarca o Reino Unido, Estados Unidos, Canadá o Australia, desde la década de los 90, se trabaja por un cambio en la tipología de centros y de la atención prestada, de manera que esté centrada en las preferencias de las personas y en el respeto a la intimidad y a los derechos individuales.

Antes de que tengan que salir fuera de la vivienda de forma ineludible, cabe plantearse ofrecerles diferentes modalidades de alojamiento como apartamentos compartidos, apartamentos con servicios y apoyos, viviendas tuteladas, viviendas autogestionadas, etc., que no supongan una ruptura con su estilo de vida mantenido y además trabajar previamente con la persona para que sienta que mantiene el control de su proyecto vital pudiendo decidir desde la independencia y la autonomía el alojamiento en el que desean vivir.

## CONCLUSIONES

No cabe duda de que la necesidad de este recurso de vivienda para personas con parálisis cerebral es importante, sin embargo es considerada como la última opción una vez que fallan otras alternativas. El objetivo de acuerdo con Rodríguez (2013) debe ser diseñar y organizar servicios donde se personalicen los cuidados, se fomente la sensación de control de las decisiones relacionadas con el entorno y con las actividades de la vida cotidiana, de la intervención y de la generación de ambientes que produzcan bienestar, fomenten la independencia y posibiliten las relaciones sociales, lúdicas y afectivas tanto dentro como fuera de la vivienda. Facilitando los apoyos y las oportunidades precisas para mantener el control de la propia vida.

Las previsiones de futuro muestran que las familias, con el paso del tiempo, serán cada vez menos capaces de asumir y responder a las necesidades de las personas con parálisis cerebral. Los motivos se relacionan, por un lado con la reducción demográfica, la crisis intergeneracional, el cambio en la estructura familiar y la consecuente disminución de su capacidad cuidadora y por otro, con la sociedad, cada día más individualista y que provoca un debilitamiento de las redes familiares y sociales más tradicionales.

El perfil obtenido aporta una visión de la situación que sirve para diseñar los apoyos en el futuro. Cuando las personas con parálisis cerebral se están haciendo mayores, las necesidades de apoyo y la decisión propia no son variables valoradas a la hora de buscar un servicio de vivienda. En este estudio se proporciona información sobre el contexto sociocomunitario, la atención y las necesidades básicas que tienen, para garantizar su bienestar y el derecho a la igualdad de oportunidades y de trato.

El alojamiento proporcionado a personas con parálisis cerebral, bien sea de carácter temporal o permanente, debe presta atención integral a las necesidades básicas de apoyo para su bienestar personal, incluyendo también el apoyo en el contexto socio-comunitario y la atención socio cultural.

Los nuevos modelos de alojamientos deben diseñarse y organizarse de manera que las personas con parálisis cerebral que viven en ellos puedan verlos como su propia casa, con una atención personalizada, que fomente la sensación de control de las actividades y de los servicios, generando ambientes que produzcan bienestar, faciliten la independencia y posibiliten las relaciones sociales, lúdicas y afectivas dentro y fuera de ese entorno ya que se ha demostrado en este estudio el alto nivel de demanda.

Se trata de diseñar servicios que, según la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social (Real Decreto Legislativo 1/2013), promuevan la autonomía personal, la participación y el desarrollo en el entorno y en la comunidad, de modo que las actuaciones que se desarrollen potencien al máximo sus competencias y habilidades personales, fomentando el poder de decisión sobre su proyecto de vida.

## REFERENCIAS

- Aguado, A.L., Alcedo, M.A., y Fontanil, Y. (2012). Proceso de envejecimiento en personas con discapacidad intelectual de Castilla y León: calidad de vida y necesidades percibidas. En M.A. Verdugo, R. Canal, M. Badía y A.L. Aguado (Eds.), *Aplicación del paradigma de calidad de vida a la intervención con personas con discapacidad desde una perspectiva integral* (pp. 95-121). Salamanca: Colección Investigación, Publicaciones del INICO.
- Berzosa, G. (2013). *Las personas con síndrome de Down y sus familias ante el proceso de envejecimiento*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.
- Bigby, C., Bowers, B., y Webber, R. (2010). Planning and decision making about the future care of older group home residents and transition to residential aged care. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55(8), 777-789.
- Brooks, J.C., Strauss, D.J., Shavelle, R.M., Tran, L.M., Rosenbloom, L., y Wu, Y.W. (2014). Recent trends in cerebral palsy survival. Part II: individual survival prognosis. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 56, 1065-1071.
- Catálogo de Referencia de Servicios Sociales (2013). Aprobado por el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad.
- Colver, A., Fairhurst, C., y Pharoah, P.D.O. (2014). Cerebral palsy. *The Lancet*, 383, 1240-1249.
- Eliasson, A.C., Krumlinde-Sundholm, L., Rösblad, B., Beckung, E., Arner, M., Ohrvall, A.M., y Rosenbaum, P. (2006). The Manual Ability Classification System (MACS) for children with cerebral palsy: scale development and evidence of validity and reliability. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 48, 549-554.
- España. Real Decreto Legislativo 1/2013, por el que se aprueba el Texto Refundido de la *Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social*. Boletín Oficial del Estado, 289. (2013).
- Hidecker, M.J.C., Paneth, N., Rosenbaum, P.L., Kent, R.D., Lillie, J., y Taylor, K. (2011). Developing and validating the Communication Function Classification System for individuals with cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 53, 704710.
- Kim, S., Larson, S.A., y Lakin, K. (2001). Behavioural outcomes of deinstitutionalisation for people with intellectual disability: a review of US studies conducted between 1980 and 1999. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 26(1), 35-50.
- Madrigal, A. (2007). Familias ante la parálisis cerebral. *Intervención Psicosocial*, 16(1), 55-68.
- Morris C, y Bartlett, D. (2004). Gross Motor Function Classification System: Impact and utility. *Developmental Neurorehabilitation*, 46, 60-65.
- Naciones Unidas (ONU). (2006). *Convención internacional amplia e integral para la protección y promoción de los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad*.
- Naciones Unidas (ONU). (2012). *Envejecimiento en el Siglo XXI: una celebración y un desafío*. Londres: HelpAge International.
- Navas, P., Uhlmann, S., y Berástegui, A. (2014). *Envejecimiento activo y discapacidad intelectual*. Madrid: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, Subdirección General de Documentación y Publicaciones.
- Novel, R., Nadal, M. Smilges, A., Pascual, J., y Pujol, J. (2008). *Informe Séneca. Envejecimiento y discapacidad intelectual en Cataluña*. Barcelona: FEAPS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF)*. Madrid: IMSERSO.

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2011). *Informe Mundial sobre la Discapacidad*. Ginebra: OMS.
- Palisano, R., Rosenbaum, P., Walter, S., Russell, D., Wood, E., y Galuppi, B. (1997). Development and reliability of a system to classify gross motor function in children with cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 39, 214-223.
- Pereyra, C. (2007). Propuestas de FEAPS para el envejecimiento saludable de las personas con discapacidad intelectual. *Boletín sobre el Envejecimiento*, 26, 17-36.
- Riera, C. (2003). *Personas con discapacidad intelectual y necesidad de apoyos intermitentes: situación, necesidades y demandas. Una aproximación a la población con inteligencia límite-ligera*. Madrid: Colección de estudios e informes, núm. 11. IMSERSO
- Rodríguez, P. (2013). La atención integral centrada en la persona. *Fundación Pilares para la autonomía*, 1.
- Rosenbaum, P.L., Paneth, N., Levinton, A., Goldstain, M., y Bax, M. (2007). A report: the definition and classification of cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 49, 8-14.

Recibido: 10 de noviembre de 2015

Recepción Modificaciones: 14 de noviembre de 2015

Aceptado: 15 de noviembre de 2015