

Estudio sociosanitario sobre las necesidades percibidas por las personas con discapacidad y sus cuidadores en Castilla y León



Subvencionado por la Junta de Castilla y León con cargo a la asignación tributaria del IRPF



COCEMFE
Castilla y León



EQUIPO DE INVESTIGACION

Dr. J. Daniel Rueda Estrada, IP

Profesor Universidad de Valladolid

Dra. M^a Teresa del Álamo Martín,

Profesora Universidad de Valladolid

RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN

Profesionales de COCEMFE CyL

VOLCADO DE DATOS AL PROGRAMA SPSS y MAQUETACIÓN

María Rodríguez Pedrals

COORDINACIÓN DEL ESTUDIO

María José Salvador Pedraza,

Colegio profesional de TS de Palencia

María Asunción de Elorduy García,

Cocemfe Castilla y León

INDICE DEL ESTUDIO

1. Presentación	7
2. Análisis del mundo de las PCD en Castilla y León	15
3. Las personas cuidadoras en el mundo de la discapacidad	111
4. Conclusiones y propuestas	169
5. Bibliografía	180
6. Anexos	184



1. Presentación



1. PRESENTACIÓN

El conocimiento contrastado, mediante métodos científicos, es la mejor forma de fundamentar políticas y propuestas para atender las demandas de los diversos grupos y colectivos sociales. Las rutinas y las prácticas diarias, no son el mejor fundamento para saber si hay una adecuación entre actuaciones, gestión, presupuestos, satisfacción o eficiencia. Se impone, cada vez más, realizar sondeos, estudios, que permitan hacer evaluaciones y tomar medidas sobre diseños, planteamientos y propuestas de intervención.

Monitorizar, evaluar, contrastar y reflexionar sobre determinadas realidades, es una exigencia de la ética de las organizaciones, que cada vez está más asumida e implementada en todas las estructuras de gestión y trabajo.

Esta idea, es la que ha impulsado la necesidad de analizar el mundo de las personas con discapacidad y de las circunstancias y características que determinan su mundo.

Como señala la Organización Mundial de la Salud (OMS), la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás (Preámbulo e). Por ello, teniendo en cuenta estas directrices y recomendaciones, es necesario conocer cuáles son las políticas de protección, los servicios y atenciones que los estados y entes públicos deben organizar para atender las necesidades y demandas de un colectivo tan importante.

Es por ello, por lo que desde COCEMFE Castilla y León, se plantea un estudio sobre las necesidades reales y percibidas por las Personas con Discapacidad (de ahora en adelante PCD), y saber si se produce algún tipo de discriminación contra estas personas por razón de su discapacidad, lo que constituye una vulneración de la dignidad y el valor inherentes del ser humano.

Somos conscientes, de que la sociedad evoluciona; y se producen avances y cambios en la sensibilización y atención a los diferentes colectivos sociales. Los avatares políticos y económicos, modifican políticas, servicios y prestaciones que afectan de modo especial a aquellos colectivos que se encuentran en situación de vulnerabilidad y precariedad, sea por su origen ético, la edad, enfermedad, diferencia funcional o de cualquier otra índole. Las dificultades para lograr una inserción laboral en condiciones no precarias, los problemas de rechazo social o las dificultades de inclusión suelen afectar más a colectivos que se encuentran en desventaja social.

Todos estos factores, están en la base del planteamiento del estudio sociológico sobre las PCD, y aquellas personas que de un modo más cercano se encargan de prestarles los apoyos que señala la Convención para garantizar la mayor igualdad y equidad posible.

La discapacidad, es un atributo de algunas personas, pero no puede ser una condición o excusa para negar derechos o servicios que contribuyan a aminorar o paliar los efectos que determinadas enfermedades o diferencias puedan causar a las personas. Como menciona la Convención en el artículo 3, en el que recoge los principios fundamentales, el respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones y la independencia de las personas, la no discriminación, la participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad, el respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas, así como la igualdad de oportunidades, la accesibilidad y la igualdad entre el hombre y la mujer, forman parte de la mirada que en este estudio se ha tenido al hacer el diseño y la realización del estudio.

Entre los objetivos del estudio, es preciso citar el interés de COCEMFE Castilla y León, que como entidad no lucrativa y centrada en trabajar con, por y para personas con discapacidad, se siente en el deber moral de detectar los cambios que se puedan producir en las políticas sociales y sanitarias y que afecten de forma negativa a la calidad de vida y a la garantía de los derechos de un colectivo tan importante. El objetivo de garantizar los derechos y la mejor calidad de vida de cualquier ciudadano, pero en este caso de las PCD, impulsa a medir los posibles cambios, valorar el sentido de los mismos, pero sobre todo a medir el impacto que los cambios y las políticas sociales tienen desde la perspectiva de los propios implicados.

Las razones de naturaleza política o económica que afectan a las planificaciones de servicios, no siempre responden a las reales necesidades, demandas y expectativas de los destinatarios. Conocer la opinión y valoración que sobre estas cuestiones hagan las propias personas destinatarias de estas políticas y servicios, constituye el principal motivo de la investigación que proponemos.

Los resultados que aquí presentamos no tienen otra finalidad que la de establecer una mejor correlación entre las necesidades, las demandas y las políticas sociales. Criterios de justicia, pero también de eficiencia, llevan a hacer estas revisiones de forma periódica para evitar las posibles desviaciones entre necesidades-demandas y recursos, por entender que cualquier desviación es una alerta, respecto a los principios de justicia distributiva y a las posibles desatenciones que reciban las PCD y sus familias.

El estudio plantea un análisis sobre la opinión y percepción que en todos estos temas tienen las personas que, de una forma más directa, atienden y se ocupan de las PCD, es decir, las y los cuidadores no profesionales, tal como los define la

Ley 39/2006 de Autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

Los cuidadores, sean cuidadores a tiempo completo o a tiempo parcial, sean cuidadores principales, asalariados, o secundario co-cuidador o colaborador, constituyen un recurso valioso, aunque a menudo invisible; a la vez que un recurso vulnerable, ya que el compromiso de cuidar tiene generalmente importantes costes materiales, repercusiones emocionales y de salud.

Cuidar a una persona significa ayudarle, respondiendo a sus necesidades básicas e intentando mantener su bienestar con la mayor calidad y calidez.

Cuidar implica esfuerzo, dedicación, renunciando a formas de vida, trabajo, desarrollo personal o al tiempo dedicado al resto de la familia o a los amigos, ya que los cuidadores con frecuencia se responsabilizan de todos los aspectos de la vida de la persona con discapacidad y/o en situación de dependencia (higiene, alimentación, vestido, medicación, seguridad, etc.), deciden dónde y cuándo deben invertirse los esfuerzos y los recursos personales y económicos y, en ocasiones, tienen que afrontar la sobrecarga física y emocional que supone la dedicación continuada al cuidado.

En el marco que hemos descrito, la investigación se ha centrado en los siguientes objetivos e hipótesis

a) OBJETIVOS GENERALES.

1. Detectar las principales necesidades percibidas por las personas con discapacidad y por su cuidador/a principal en el medio rural y urbano de la comunidad de Castilla y León en relación a los servicios y recursos socio-sanitarios necesarios para la promoción de su autonomía personal, con especial referencia a la perspectiva de género, tanto de la PCD como de los cuidadores.
2. Identificar las propuestas e iniciativas a poner en marcha en materia de salud o buenas prácticas en los servicios socio-sanitarios existentes para facilitar la calidad de vida y la promoción de autonomía personal de las personas con discapacidad tanto en el medio rural como urbano de Castilla y León.

b) OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Detectar las necesidades y demandas socio-sanitarias de las personas con discapacidad y/o de sus cuidadores/as principales en relación a la calidad de vida y de su salud.

2. Conocer las propuestas de buenas prácticas respecto a los sistemas de apoyo socio-sanitarios relacionados con la mejora de la calidad de vida y la salud de las personas con discapacidad de Castilla y León.
3. Conocer el nivel de satisfacción de las personas con discapacidad y de sus cuidadores/as respecto a los recursos sociales y sanitarios y los sistemas de apoyo con los que cuentan en la atención a su salud y calidad de vida.
4. Detectar la adecuación de los recursos socio-sanitarios existentes en relación a la necesidad percibida y la prestación proporcionada.
5. Aplicar la perspectiva de género a todas las dimensiones analizadas, de forma que se pueden extraer conclusiones que tengan en cuenta esta perspectiva.

c) PREMISAS O HIPÓTESIS DEL ESTUDIO

Al tratarse de un estudio prospectivo y de conocimiento de la realidad que viven las PCD en Castilla y León, en relación a los servicios sociales y sanitarios que existen para atender sus necesidades, no hemos planteado hipótesis a verificar. No obstante, desde la experiencia y los diversos estudios que hemos consultado, hemos planteado como premisas-hipótesis los siguientes aspectos:

1. La cobertura de servicios y apoyos destinados a la población con discapacidad es insuficiente y/o inadecuada respecto a las demandas específicas reales de la persona y sus cuidadores principales.
2. El nivel y tipo de discapacidad influye en la satisfacción percibida por el cuidador/a principal respecto a los recursos sociales y sanitarios y los sistemas de apoyo con los que cuentan.
3. La satisfacción percibida por las PCD y los cuidadores respecto a los servicios disponibles constituyen un factor esencial para mejorar la autonomía personal y la calidad de vida.
4. El tamaño de los municipios (lugar de residencia) es también un factor a tener en cuenta en la dotación y acceso a servicios sociales y sanitarios, lo que a su vez influye en el mapa de recursos y en las condiciones de igualdad de acceso a los recursos.
5. La sobrecarga de los cuidadores está muy relacionada con el tipo de discapacidad y los apoyos que el cuidador principal reciba de otros miembros de la familia o del entorno. Este factor es muy importante, no solo para la mejora de la calidad y salud de los cuidadores sino también de las PCD.

6. El grado y nivel de discapacidad, es un factor determinante para identificar el tipo de recursos que se precisan, ya sean recursos y servicios institucionales o servicios de ayuda en el domicilio. El grado de autonomía funcional de la persona con discapacidad influye en el nivel de calidad de vida percibido por éste y el núcleo familiar de referencia.

d) METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

El objeto de estudio de la presente investigación, se ha centrado en las personas con discapacidad de Castilla y León, comprendidas entre los 18 años y los 65 años, residentes en áreas rurales y urbanas de la comunidad.

El universo estimado de PCD en Castilla y León asciende a 176.336 personas aproximadamente. Sobre este universo, se ha extraído una muestra representativa de PCD, teniendo en cuenta la residencia, la edad, el género y el tipo de discapacidad. Se ha establecido un nivel de confianza del 95%, y un margen de error de +/- 5 %. Para la selección, se ha tenido en cuenta la distribución de la población en los distintos municipios de las provincias según su tamaño poblacional, estableciéndose 3 categorías:

- Menos de 10.000 habitantes
- Entre 10.000 y 20.000 habitantes
- Más de 20000 habitantes.

Atendiendo a la realidad sociodemográfica castellano leonesa, y a la desigual distribución de recursos en los distintos núcleos poblacionales en función de la concentración de población, se ha establecido como criterio, que la distribución de la muestra pondere la zona rural con menos habitantes, por ser esta una realidad que por su baja representatividad en estudios e investigaciones generalistas, a menudo se convierte en invisible, obviándose por tanto, situaciones y realidades esenciales y significativas en nuestro contexto.

Para seleccionar a los cuidadores, se ha utilizado un procedimiento aleatorio, teniendo en cuenta la existencia o no de cuidadores de las personas seleccionadas en la muestra de PCD.

Para la recogida de la información, se han realizado entrevistas mediante cuestionario estructurado y escalas diversas. Las preguntas de los cuestionarios dirigidos a PCD y a Cuidadores, contienen un número importante de preguntas idénticas, con el fin de analizar el grado de coincidencia o discrepancia de las respuestas entre estos dos grupos de estudio.

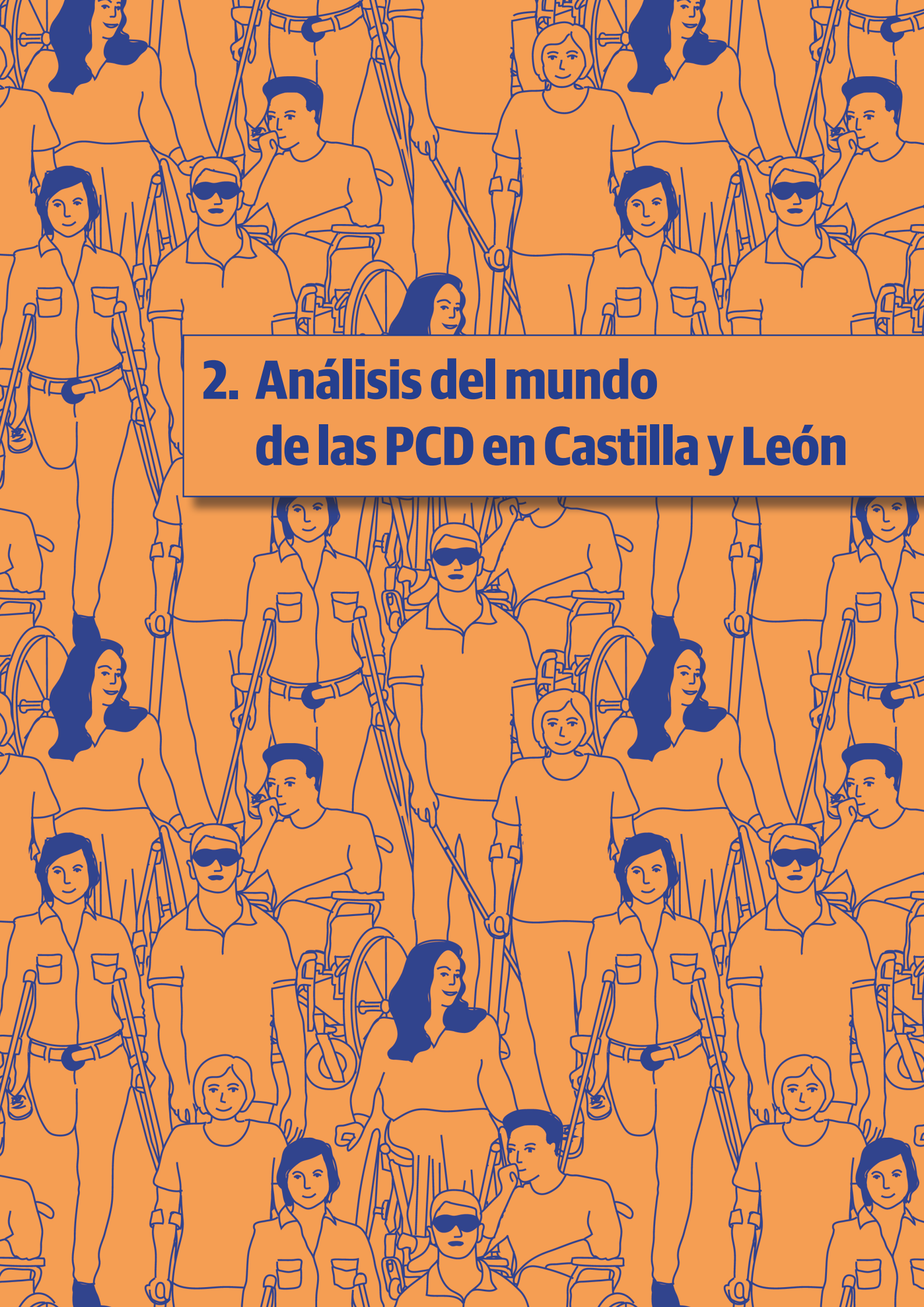
Para las PCD, se ha utilizado una encuesta validada por la OMS, denominada Encuesta Modelo de Discapacidad, versión corta, y para los cuidadores se aplicará la escala de Zarit para medir la sobrecarga del cuidador.

Para el muestreo, se ha utilizado la base de datos de las Asociaciones vinculadas a COCEMFE Castilla y León, contando, asimismo, con la colaboración de la red de Centros de Acción Social y Centros de Salud de las provincias donde se realizará la investigación.

Para el análisis de datos se ha hecho uso del Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Del volcado de datos a este programa, se ha encargado COCEMFE Castilla y León y el Colegio Profesional de Trabajo Social de Palencia.

El informe que ahora presentamos, está dividido en tres capítulos: uno dedicado al análisis de los resultados de las entrevistas y cuestionarios pasados a las personas con discapacidad, un segundo capítulo donde se analizan las respuestas de los y las cuidadores de personas con discapacidad, y un tercer apartado, donde se plantean algunas de las conclusiones o resultados más significativos.

*Valladolid, diciembre 2019
El equipo de investigación*



2. Análisis del mundo de las PCD en Castilla y León



2 LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD y EL CONCEPTO DE DISCAPACIDAD.

Según los datos presentados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el Informe Mundial sobre la Discapacidad (2011), más de mil millones de personas, es decir, el 15 % de la población mundial, tienen alguna discapacidad, y esta tasa de discapacidad está aumentando como consecuencia del aumento de la esperanza de vida de la población, la disminución de la mortalidad asociada a los avances médicos y el mayor envejecimiento de la población.

La discapacidad según la OMS, tiene una dimensión multidimensional donde se incluyen problemas en el funcionamiento o en las estructuras del cuerpo que pueden generar desde limitaciones en las actividades de la vida diaria, hasta restricciones en la participación. Se centra en el modo en que los componentes del funcionamiento humano inciden en la interacción de la persona con su estado de salud. Factores personales, como edad, género, etnia y nivel educativo, y factores contextuales, demuestran la existencia de un hilo conector decisivo entre la dinámica de la formación social y la desigualdad y vulnerabilidad social que experimenta la persona con discapacidad, que influye de modo decisivo en su peor calidad de vida. Adicionalmente, este grupo poblacional es el que más sufre discriminación y exclusión social (OMS, 2011)

Todo esto, conlleva abordar la discapacidad como constructo genérico, multifactorial y sistémico. De modo que, se puede afirmar que todos los seres humanos están expuestos a tener una discapacidad, ya sea en menor o mayor grado, de forma transitoria o permanente, y en algunos casos se pueden generar incapacidades en la realización de ciertas actividades. Se puede afirmar, que los grados de discapacidad serán diferentes siempre y cuando exista rehabilitación, y según se viva en área rural o urbana o en un país desarrollado o en vía de desarrollo (OMS, 2011).

El cambio de enfoque en el concepto de discapacidad, conlleva la utilización de nuevos instrumentos que obtengan información detallada y matizada sobre la vida de las personas con discapacidad (PCD); además, que permitan la comparación entre grupos con diferentes niveles y perfiles de discapacidad, y que proporcionen las evidencias que necesitan los responsables de la formulación de políticas públicas para identificar qué intervenciones son necesarias para optimizar la inclusión y el funcionamiento de las PCD.

Para el logro de los objetivos anteriormente expuestos, han ido apareciendo algunos instrumentos, como por ejemplo el WHODAS 2.0 (Ortiz-Quiroga DM, Ariza, & Pachajoa, 2017) que evalúan el funcionamiento de las personas apartándose de las estructuras

corporales afectadas en las personas (física, sensorial psico-social) y centrándose en los niveles de discapacidad.

Otra de las herramientas que la OMS (2018) está aplicando, es la Encuesta de Modelo de Discapacidad, en su versión corta (EMDc), como proyecto piloto en algunos países. Esta encuesta, aplica el nuevo enfoque de niveles de discapacidad, basada en la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF) y tomando en cuenta, no solo la deficiencia, sino las características del entorno, condición socio-económica y otros aspectos que sin duda alguna, inciden directamente en la severidad de la discapacidad, independientemente de la condición física, sensorial o mental.

El estudio que presentamos, incorpora como elemento novedoso la utilización de dicha encuesta para determinar los niveles de discapacidad, ya que se miden el funcionamiento, la capacidad, la utilización de apoyos o la percepción de los factores externos para determinar los niveles de discapacidad independientemente de los grados de discapacidad o de dependencia reconocidos por la Administración autonómica, y que permiten la utilización de los servicios específicos para la atención al grupo de estudio(PCD).

La identificación de factores externos como elementos facilitadores u obstaculizadores en el funcionamiento de las PCD, influyen de modo decisivo en la existencia de inequidades en el acceso y en la atención de las PCD, tanto en el ámbito sanitario como social.

El artículo 25 de la Convención sobre los Derechos de las PCD, aprobada por las Naciones Unidas (2006), reconoce a dichas personas el derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación. Ello implica, la obligación de los poderes públicos en promover medidas para evitar inequidades (desigualdad e injusticia) y garantizar la efectividad de sus derechos.

A pesar de la existencia de dicha obligación, sin embargo, no siempre es atendida de modo adecuado y satisfactorio por el sistema sanitario y de los servicios sociales.

El estudio de Hernández y Jiménez (2011), tras analizar los datos de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD,2008) que proporciona información acerca de 24 tipos de prestaciones de carácter sanitario y sociales, concluye que las PCD de menor nivel socioeconómico, aun necesitando ciertas prestaciones sanitarias y sociales, no las han percibido frente a aquellos de mayor nivel socioeconómico.

Los mismos autores afirman que, existen inequidades percibidas entre las mujeres con discapacidad en mayor medida que entre los hombres con discapacidad. La percepción de las desigualdades, es mayor entre los mayores de 50 años, independientemente del sexo. Asimismo, el mismo estudio evidencia la existencia de inequidades respecto a las prestaciones de carácter social, incluidas en el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) como son la teleasistencia y la ayuda a domicilio.

Para superar las desigualdades, es preciso que como señala Jiménez Lara (2010) la atención sociosanitaria, se configure como un nuevo espacio para responder de forma eficaz a las necesidades de las PCD, constituyéndose como un sistema integrado, accesible, inclusivo y de calidad, donde la autonomía y el derecho a decidir de las PCD se garantice tal como se proclama en el art.3 apartado a) de la Convención y en los art. 6.1 del RDL 1/2013 en los que se consagra como principios y en el 6.2 como derechos.

El respeto a la autonomía de las PCD y la proclamación de la libertad en la toma de decisiones, requiere por parte de los poderes públicos y de las organizaciones prestadoras de servicios, que se proporcione la información adecuada a las circunstancias de cada persona, formulada de manera accesible y comprensible para que puedan prestar su consentimiento.

Conocer de primera mano la percepción que tienen las PCD sobre sus necesidades en relación a los servicios y recursos sociales–sanitarios para promover su autonomía y las posibles medidas que desde su óptica deberían adoptarse para lograrla, se convierte en el objetivo de estudio principal de este primer apartado.

2.1 CUESTIONES METODOLÓGICAS

Durante los meses de noviembre y diciembre de 2019 se realizaron 110 entrevistas a PCD de siete provincias de Castilla y León, con el objetivo de conocer su opinión sobre los problemas, necesidades y demandas a las que se enfrentan día a día, tanto en los ámbitos sanitario como social.

Para detectar estas cuestiones, se realizaron entrevistas estructuradas, mediante un cuestionario administrado por diferente personal de COCEMFE Castilla y León, previamente instruido para recabar la información con la máxima objetividad y neutralidad. Esta herramienta la adjuntamos en el anexo de este estudio.

El cuestionario “ad hoc” aplicado a PCD, está compuesto por 32 preguntas cerradas, en las que se incluyeron variables sociodemográficas para determinar el perfil de los entrevistados, y otras de opinión y/o valoración sobre su situación.

También se aplicó la Encuesta de Modelo de Discapacidad Versión corta (EMDc) de la Organización Mundial de la Salud (OMS,2018), que incorpora la definición de discapacidad de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) y el concepto de discapacidad de la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad de 2006.

Dicha encuesta, permite identificar grupos de PCD, según las dificultades o problemas que presenten en su vida cotidiana, diferenciando entre aquellas personas con problemas severos, moderados y leves. Para hacer dicha división, se ha utilizado la subescala de “funcionamiento” de la EMDc y se han establecido los siguientes criterios de corte:

Nivel de discapacidad	Criterio de corte
Sin discapacidad	Puntaje <Media - 1SD o Puntuación = 0
Discapacidad leve	Media - 1SD <Puntaje <Media
Discapacidad moderada	Media <Puntaje <Media + 1SD
Discapacidad severa	Puntaje ≥ Media + 1SD

Fuente: OMS (2018) tomado de <https://www.who.int/disabilities/data/Implementation-guide-Brief-MDS-ES.pdf?ua=1>

La subescala “Funcionamiento” de la EMDc está formada por 11 ítems, con 5 opciones de respuesta, que miden el nivel de dificultad o problema, en el que el 1 significa “nada problemático” y el 5 “extremadamente problemático”.

Se analizó la fiabilidad de la escala para la muestra analizada, mediante el estadístico de Alfa de Cronbach (0,759) obteniendo un buen nivel de fiabilidad al superar la correlación de cada elemento corregido el 30%

La TABLA 1.1, muestra los resultados obtenidos por cada uno de los ítems de la escala. En todos los ítems se obtuvo un buen nivel de fiabilidad al no mejorar el alfa de Cronbach si se elimina el ítem.

El primer problema metodológico al que el equipo de investigación se ha tenido que enfrentar, ha sido la captación de los participantes que se ajustaran a los criterios de inclusión y que estuvieran dispuestos a participar.

Si bien es cierto, que inicialmente estaba prevista una muestra representativa de 591 individuos de las nueve provincias de la Comunidad Autónoma de Castilla y León en función de la edad, género y residencia, finalmente se logró que participaran 387 personas entre PCD y cuidadores de 7 provincias de la comunidad, en las que COCEMFE Castilla y León tiene sede. Conseguir una muestra más amplia, hubiera supuesto esperar mucho tiempo para poder informar de los resultados alcanzados, y que el estudio fuera más costoso. A pesar de esta dificultad, el estudio que presentamos muestra evidencias de la percepción que las PCD tienen sobre sus necesidades sociosanitarias.

TABLA 2.1. NIVEL DE FIABILIDAD DE LA ESCALA DE FUNCIONAMIENTO DE LA EDMC PARA LA MUESTRA OBJETO DE ESTUDIO				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
PROBLEMA PARA CAMINAR UN KILOMETRO	52,6731	246,125	,570	,738
PROBLEMA PARA LLEGAR A LUGARES DONDE QUIERE IR	52,7788	247,048	,633	,738
PROBLEMA PARA VESTIRSE Y ASEARSE	52,8942	251,513	,581	,743
PROBLEMA PARA IR AL BAÑO	53,1635	252,682	,526	,745
PROBLEMA PARA CUIDAR SU PROPIA SALUD	52,8846	250,278	,591	,741
PROBLEMA PARA SENTIRSE CANSADO SIN ENERGIA	52,7692	249,422	,580	,741
PROBLEMA DE HACER FRENTE A LAS COSAS QUE TIENE QUE HACER	52,9327	248,860	,657	,739
PROBLEMA PARA RECORDAR COSAS IMPORTANTES	53,0096	248,184	,629	,739
PROBLEMA PARA HACER TAREAS DE LA CASA	52,7788	244,329	,689	,734
PROBLEMA PARA PARTICIPAR EN LA COMUNIDAD	52,8365	249,497	,553	,741
PROBLEMA PARA USAR SERVICIOS DE TRANSPORTE	53,0192	246,757	,640	,737

Elaboración propia

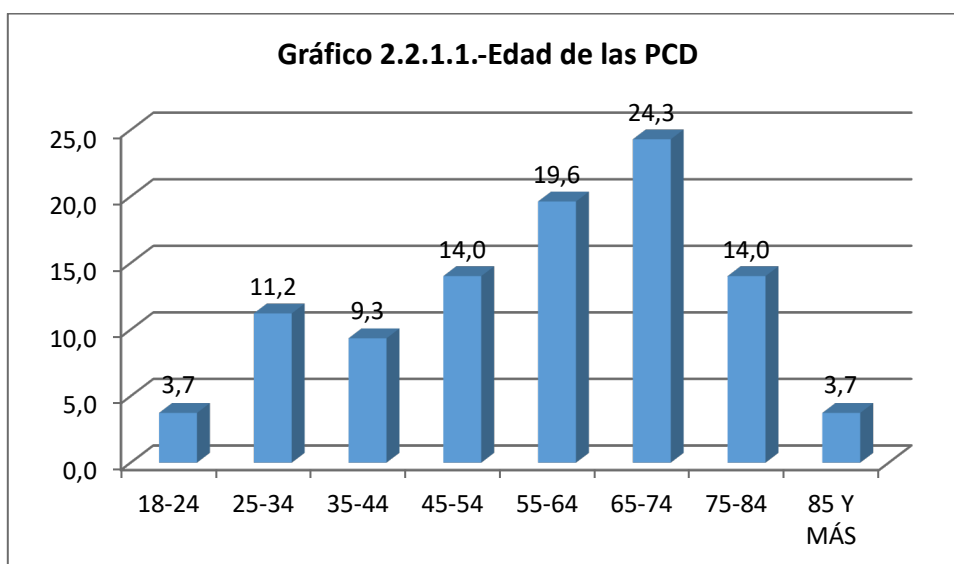
2.2 ANÁLISIS DE RESULTADOS. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD (PCD)

En este apartado hemos analizado variables de carácter sociodemográficas de las PCD, así como su nivel socio educativo y laboral.

2.2.1 . Perfil sociodemográfico

El cuestionario se aplicó a 110 personas con discapacidad de siete provincias de Castilla y León de edades comprendidas entre los 18 y los 90 años. La media de edad de las personas entrevistadas se sitúa en los 57,56 años (SD=17,74). El 23,5% de las PCD tienen una edad comprendida entre los 65 a los 74 años (Tabla 1.2.1). Y el 42,05% son mayores de 65 años.

TABLA 2.2.1.1 DISTRIBUCIÓN POR EDAD DE LAS PCD		
	Frecuencia	Porcentaje
18-24	4	3,6
25-34	12	10,9
35-44	10	9,1
45-54	15	13,6
55-64	21	19,1
65-74	26	23,6
75-84	15	13,6
85 Y MÁS	4	3,6
NC	3	2,7
Total	110	100



Las PCD son mayoritariamente del sexo femenino (54,5%) de edades comprendidas entre los 20 y 90 años y una edad media de 56,33% (SD=18,49). El intervalo de edad con mayor porcentaje de mujeres es el de 65-74 con un 25%. En cuanto a los hombres, sus

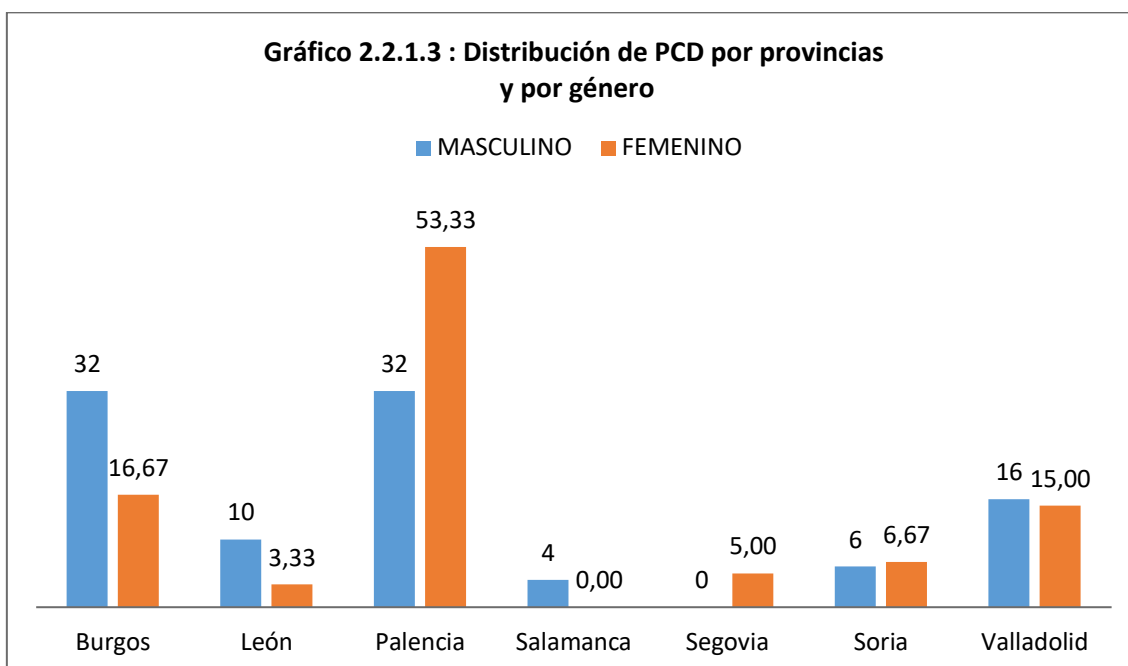
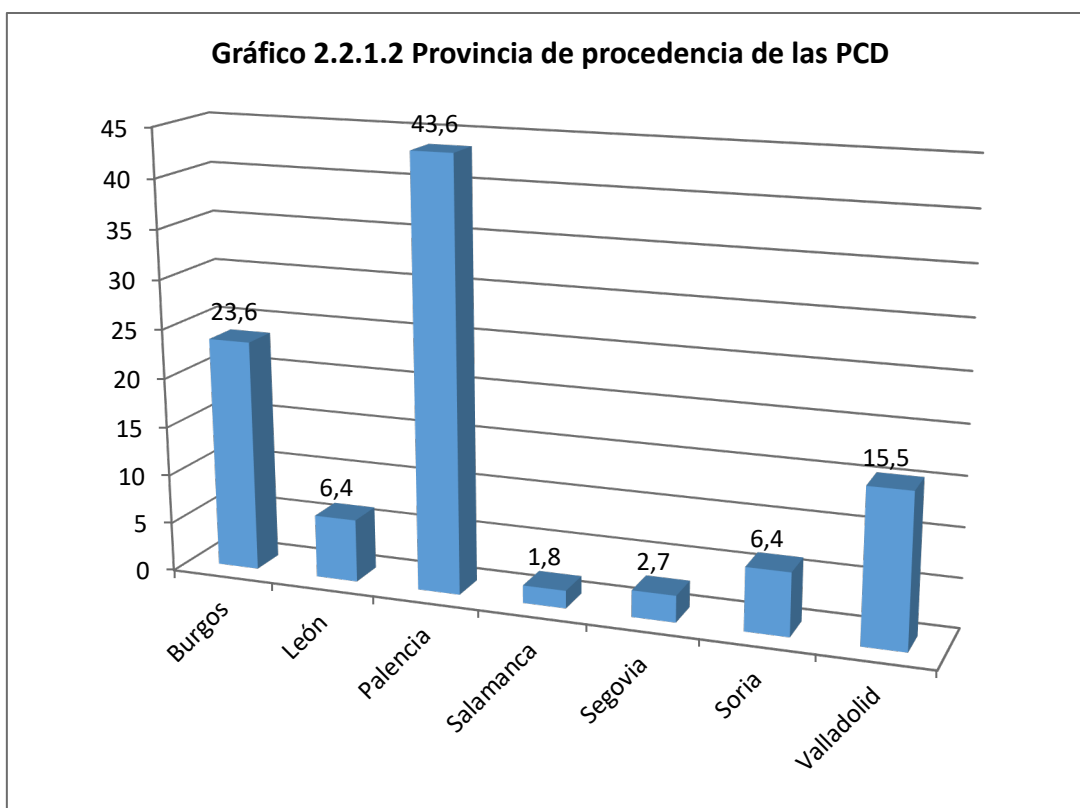
edades estaban comprendidas entre los 20 y los 82 años siendo su edad media de 59,12 (SD=16,79)

TABLA 2.2.1.2 GÉNERO DE LAS PCD		
	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	50	45,5
Femenino	60	54,5
Total	110	100,0

TABLA 2.2.1.3 DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y GÉNERO						
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total
INTERVALOS DE EDAD	Fr	Fr	Ff	Fr(%)	Fr(%)	Fr(%)
18-24	2	2	4	4,3	3,3	3,7
25-34	3	9	12	6,4	15,0	11,2
35-44	4	6	10	8,5	10,0	9,3
45-54	6	9	15	6,0	9,0	14,0
55-64	11	10	21	23,4	16,7	19,6
65-74	11	15	26	23,4	25,0	24,3
75-84	10	5	15	21,3	8,3	14,0
85 Y MÁS	0	4	4	0,0	6,7	3,7
Total	47	60	107	100,0	100,0	100,0

Respecto a la procedencia de las PCD, la mayor parte procede de Palencia (43,6%), de Burgos (23,6%) y de Valladolid (15,5%) (Tabla 1.2.1.4)

TABLA 2.2.1.4. PROVINCIA DE PROCEDENCIA DE LAS PCD		
	Frecuencia	Porcentaje
Burgos	26	23,6
León	7	6,4
Palencia	48	43,6
Salamanca	2	1,8
Segovia	3	2,7
Soria	7	6,4
Valladolid	17	15,5
Total	110	100,0



El 39,1% están casadas o viven con sus parejas. Los hombres y mujeres casados o que viven en pareja en su mayoría, tienen una edad comprendida entre los 65-74 años. El porcentaje de mujeres viudas, supera al de viudos en todos los rangos de edad, a partir de los 65 años. También las mujeres solteras, superan en porcentaje a los hombres en la franja de edad comprendida entre los 25 y 34 años.

El porcentaje de mujeres divorciadas entre los 25 a los 44 años es mayor que entre los hombres.

TABLA 2.2.1.5 ESTADO CIVIL DE LAS PCD		
	Frecuencia	Porcentaje
Soltero/a	27	24.5
Casado/a o vive en pareja	43	39.1
Viudo/a	16	14.5
Divorciado	13	11.8
Separado/a	8	7.3
Ns/nc	3	2.7
Total	110	100,0

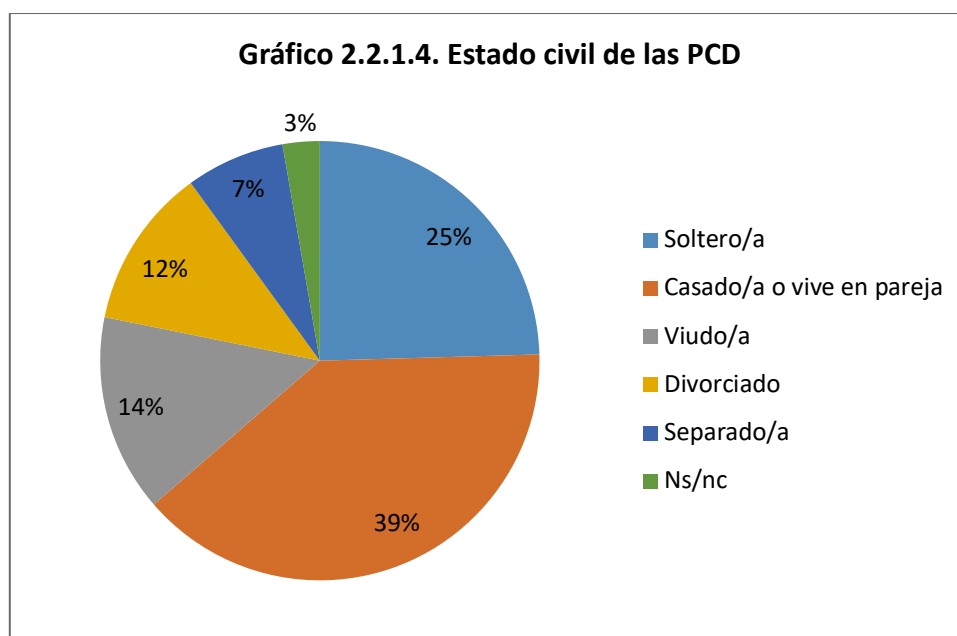
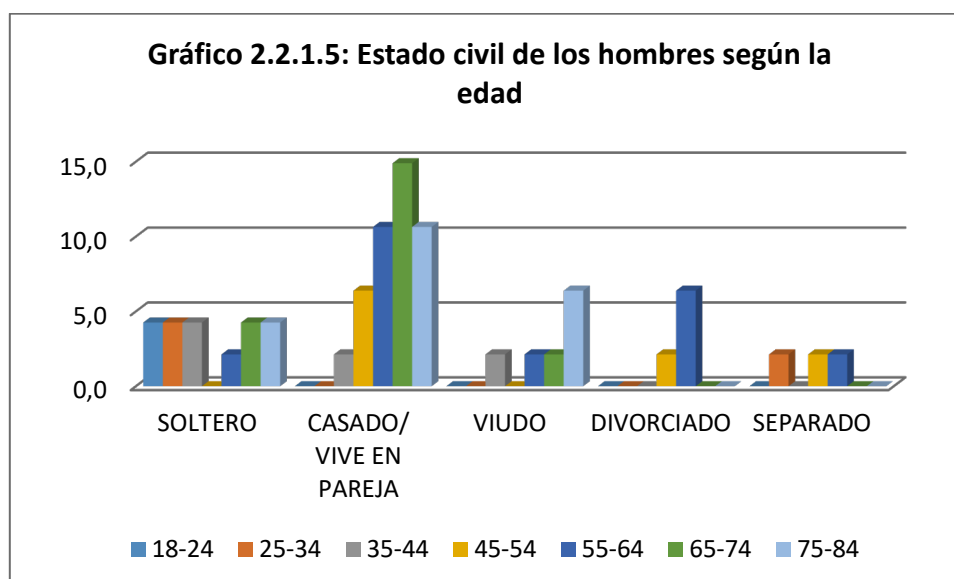
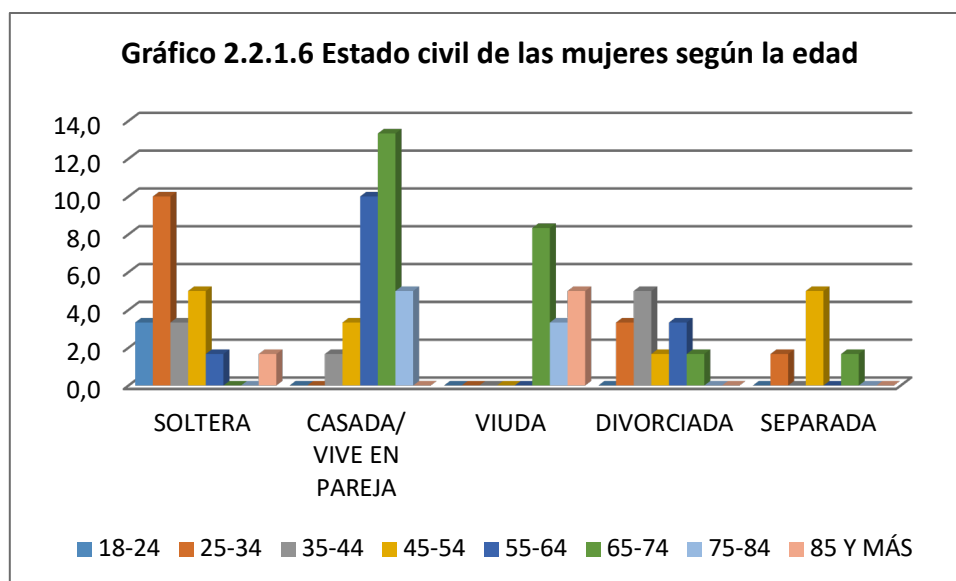


TABLA 2.2.1.6 Distribución de mujeres por edad y estado civil en %					
	SOLTERA	CASADA/ VIVE EN PAREJA	VIUDA	DIVORCIADA	SEPARADA
18-24	3,3	0,0	0,0	0,0	0,0
25-34	10,0	0,0	0,0	3,3	1,7
35-44	3,3	1,7	0,0	5,0	0,0
45-54	5,0	3,3	0,0	1,7	5,0
55-64	1,7	10,0	0,0	3,3	0,0
65-74	0,0	13,3	8,3	1,7	1,7
75-84	0,0	5,0	3,3	0,0	0,0
85 Y MÁS	1,7	0,0	5,0	0,0	0,0

TABLA 2.2.1.7 Distribución de hombres por edad y estado civil en %					
	SOLTERO	CASADO/ VIVE EN PAREJA	VIUDO	DIVORCIADO	SEPARADO
18-24	4,3	0,0	0,0	0,0	0,0
25-34	4,3	0,0	0,0	0,0	2,1
35-44	4,3	2,1	2,1	0,0	0,0
45-54	0,0	6,4	0,0	2,1	2,1
55-64	2,1	10,6	2,1	6,4	2,1
65-74	4,3	14,9	2,1	0,0	0,0
75-84	4,3	10,6	6,4	0,0	0,0





El 50 % de las personas entrevistadas residen en municipios de más de 20.000 habitantes. El mayor porcentaje de personas entrevistadas procedentes de municipios entre los 20.000 y 10.000 habitantes pertenecen a las provincias de Palencia y Valladolid.

Las personas entrevistadas que residían en los municipios de menor tamaño pertenecían a las provincias de León y Soria (Tabla 2.2.1.8)

TABLA 2.2.1.8 NÚMERO DE HABITANTES DEL MUNICIPIO DE RESIDENCIA DE LAS PCD		
	Frecuencia	Porcentaje
Más de 20.000	55	50
Entre 20.000 y 10.000	23	20,9
Menos de 10.000	25	22,7
Ns/nc	7	6,4
Total	110	100,0

TABLA 2.2.1.9 DISTRIBUCIÓN DE PCD POR NÚMERO DE HABITANTES DEL MUNICIPIO DE RESIDENCIA Y PROVINCIA EN %					
	MÁS DE 20.000	ENTRE 20.000 Y 10.000	MENOS DE 10.000	NS/NC	TOTAL
Burgos	21,82	0,91	0,00	0,91	23,64
León	0,00	0,00	5,45	0,91	6,36
Palencia	20,91	11,82	6,36	4,55	43,64
Salamanca	1,82	0,00	0,00	0,00	1,82
Segovia	0,91	0,00	1,82	0,00	2,73
Soria	0,00	0,91	5,45	0,00	6,36
Valladolid	4,55	7,27	3,64	0,00	15,45
Total	50,00	20,91	22,73	6,36	100,00

2.2.2 Características culturales y laborales de las PCD

Las PCD entrevistadas mayoritariamente completaron los estudios primarios (37,3%) seguidas de los que lograron terminar estudios universitarios de grado medio (Tabla 1.2.2.1)

TABLA 2.2.2.1: NIVEL DE ESTUDIOS DE LAS PCD		
	Frecuencia	Porcentaje
SIN ESTUDIOS	9	8,2
ESTUDIOS PRIMARIOS INCOMPLETOS	12	10,9
ESTUDIOS PRIMARIOS	41	37,3
ESTUDIOS DE BACHILLER ELEMENTAL	12	10,9
ESTUDIOS DE BACHILLER SUPERIOR	14	12,7
ESTUDIOS UNIVERSITARIOS MEDIOS	13	11,8
ESTUDIOS UNIVERSITARIOS SUPERIORES	6	5,5
NS/NC	3	2,7
Total	110	100,0

Las personas que completaron estudios universitarios medios tienen más de 45 años. (TABLA 2.2.2.1). Atendiendo a la procedencia el mayor porcentaje de personas entrevistadas con niveles de instrucción más altos (estudios universitarios medios y superiores) se concentraron en los municipios de la provincia de Palencia (Gráfico 2.2.2.1)

En cuanto el nivel de estudios de las PCD entrevistadas por razón de sexo, el nivel de estudios completado tanto por hombres como por mujeres es de estudios primarios. Hay más mujeres (6.54%; 6.54%) que hombres (1.87%; 4.67%) sin estudios o de primarios incompletos. En el nivel de estudios de bachillerato superior predominan las mujeres (9,35%) frente a los hombres (3.74%) lo mismo ocurre en los estudios universitarios medios y superiores.

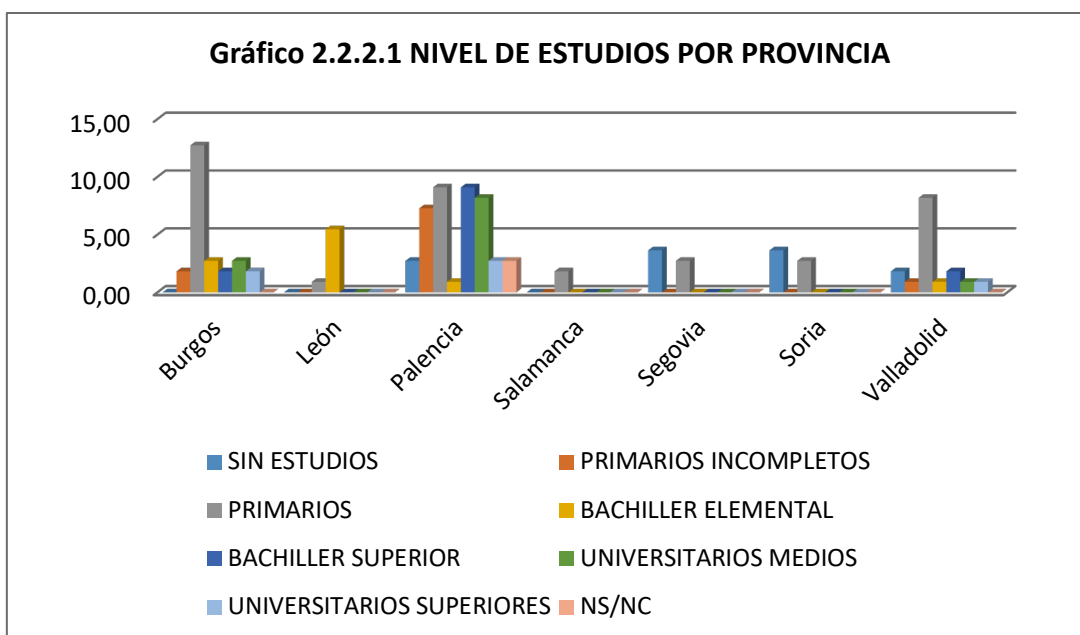


TABLA 2.2.2 2 NIVEL DE ESTUDIOS POR RANGO DE EDAD

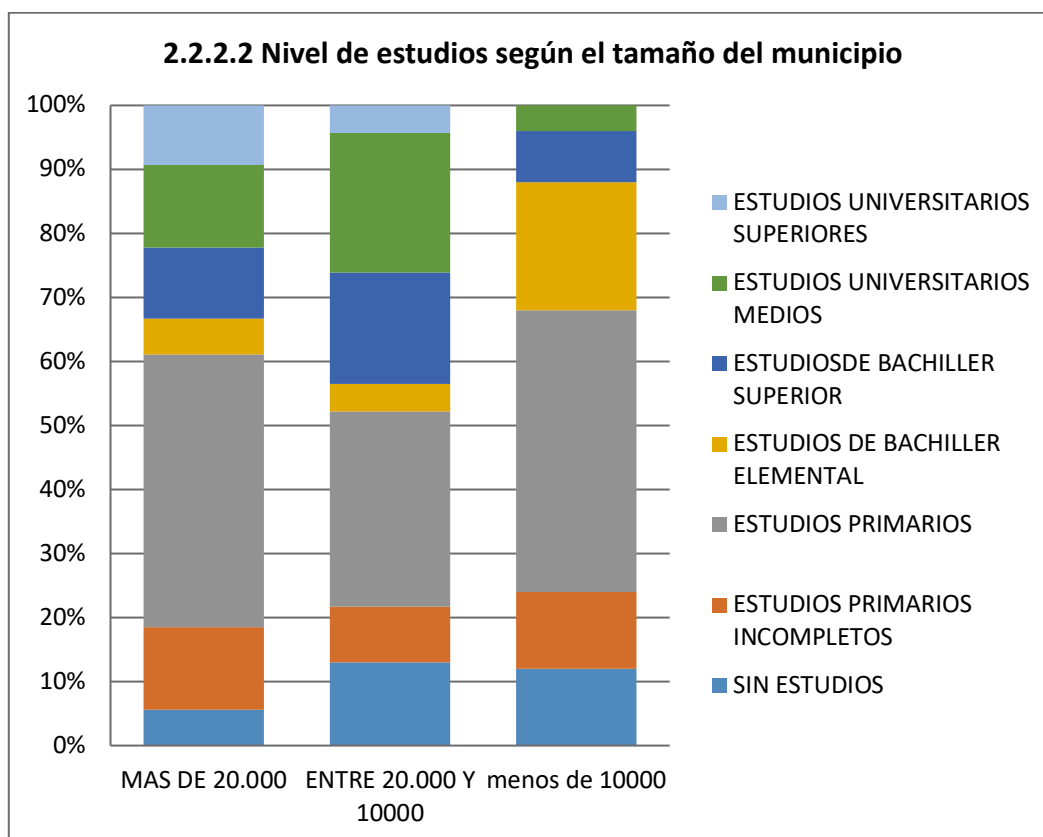
	SIN ESTUDIOS		ESTUDIOS PRIMARIOS INCOMPLETOS		ESTUDIOS PRIMARIOS		ESTUDIOS DE BACHILLER ELEMENTAL		ESTUDIOS DE BACHILLER SUPERIOR		ESTUDIOS UNIVERSITARIOS MEDIOS		ESTUDIOS UNIVERSITARIOS SUPERIORES		TOTAL	
	FR	FR%	FR	FR%	FR	FR%	FR	FR%	FR	FR%	FR	FR%	FR	FR%	FR	FR%
18-24	0	0,00	2	16,67	2	5,13	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	4	3,85
25-34	2	22,22	1	8,33	4	10,26	0	0,00	3	21,43	0	0,00	1	16,67	12	11,54
35-44	1	11,11	0	0,00	3	7,69	1	9,09	3	21,43	0	0,00	2	33,33	10	9,62
45-54	2	22,22	0	0,00	3	7,69	0	0,00	5	35,71	4	30,77	1	16,67	15	14,42
55-64	0	0,00	0	0,00	12	30,77	2	18,18	2	14,29	3	23,08	0	0,00	21	20,19
65-74	2	22,22	5	41,67	8	20,51	5	45,45	1	7,14	4	30,77	1	16,67	26	25,00
75-84	2	22,22	2	16,67	7	17,95	2	18,18	0	0,00	1	7,69	1	16,67	15	14,42
85 Y MÁS	0	0,00	2	16,67	0	0,00	1	9,09	0	0,00	1	7,69	0	0,00	4	3,85
TOTAL	9	100,00	12	100,00	39	100,00	11	100,00	14	100,00	13	100,00	6	100,00	104	100,00

Las TABLAS 2.2.2.3 Y 2.2.2.4 muestran la distribución de personas con discapacidad por nivel de estudios completados por provincia y sexo.

		TABLA.2.2.2.3 NIVEL DE ESTUDIOS COMPLETADO POR PROVINCIA Y POR SEXO VALORES ABSOLUTOS								Total
		SIN ESTUDIOS	PRIMARIOS INCOMPLETO	PRIMARIOS	BACHILLER ELEMENTAL	BACHILLER SUPERIOR	UNIVERSITARIOS MEDIOS	UNIVERSITARIOS	NS/NC	
Burgos	M	0	2	9	2	1	1	1		16
	F	0	0	5	1	1	2	1	0	10
	T	0	2	14	3	2	3	2	0	26
León	M	0	0	0	5	0	0	0		5
	F	0	0	1	1	0	0	0	0	2
	T	0	0	1	6	0	0	0		7
Palencia	M	0	3	4	2	3	4	0		16
	F	3	5	6	0	7	5	3	3	32
	T	3	8	10	1	10	9	3	3	48
Salamanca	M	0	0	2	0	0	0	0		2
	F									
	T	0	0	2	0	0	0	0	0	2
Segovia	M									
	F	0	1	2	0	0	0	0	0	3
	T	4	0	3	0	0	0	0	0	7
Soria	M	1	0	2	0	0	0	0		3
	F	3	0	1	0	0	0	0	0	4
	T	4	0	3	0	0	0	0	0	7
Valladolid	M	1	0	5	1	0	1	0		8
	F	1	1	4	0	2	0	1	0	9
	T	2	1	9	1	2	1	1	0	17
Total		9	12	41	12	14	13	6	3	110

TABLA 2.2.2.4. NIVEL DE ESTUDIOS COMPLETADO POR PROVINCIA Y POR SEXO POR %										
		SIN ESTUDIOS	PRIMARIOS INCOMPLETOS	PRIMARIOS	BACHILLER ELEMENTAL	BACHILLER SUPERIOR	UNIVERSITARIOS MEDIOS	UNIVERSITARIOS SUPERIORES	NS/NC	Total
Burgos	M	0,0	1,8	8,2	1,8	0,9	0,9	0,9	0,0	14,5
	F	0,0	0,0	4,5	0,9	0,9	1,8	0,9	0,0	9,1
	T	0,0	1,8	12,7	2,7	1,8	2,7	1,8	0,0	23,6
León	M	0,0	0,0	0,0	4,5	0,0	0,0	0,0	0,0	4,5
	F	0,0	0,0	0,9	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	1,8
	T	0,0	0,0	0,9	5,5	0,0	0,0	0,0	0,0	6,4
Palencia	M	0,0	2,7	3,6	1,8	2,7	3,6	0,0	0,0	14,5
	F	2,7	4,5	5,5	0,0	6,4	4,5	2,7	2,7	29,1
	T	2,7	7,3	9,1	0,9	9,1	8,2	2,7	2,7	43,6
Salamanca	M	0,0	0,0	1,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,8
	F	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	T	0,0	0,0	1,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,8
Segovia	M	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	F	0,0	0,9	1,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,7
	T	3,6	0,0	2,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	6,4
Soria	M	0,9	0,0	1,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,7
	F	2,7	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,6
	T	3,6	0,0	2,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	6,4
Valladolid	M	0,9	0,0	4,5	0,9	0,0	0,9	0,0	0,0	7,3
	F	0,9	0,9	3,6	0,0	1,8	0,0	0,9	0,0	8,2
	T	1,8	0,9	8,2	0,9	1,8	0,9	0,9	0,0	15,5
Total		8,2	10,9	37,3	10,9	12,7	11,8	5,5	2,7	100,0

TABLA 2.2.2.5. NIVEL DE ESTUDIOS COMPLETADO POR TAMAÑO DEL MUNICIPIO DE RESIDENCIA					
	MAS DE 20.000	ENTRE 20.000 Y 10000	menos de 10000	NS/NC	TOTAL
SIN ESTUDIOS	3	3	3	0	9
ESTUDIOS PRIMARIOS INCOMPLETOS	7	2	3	0	12
ESTUDIOS PRIMARIOS	23	7	11	0	41
ESTUDIOS DE BACHILLER ELEMENTAL	3	1	5	3	12
ESTUDIOS DE BACHILLER SUPERIOR	6	4	2	2	14
ESTUDIOS UNIVERSITARIOS MEDIOS	7	5	1	0	13
ESTUDIOS UNIVERSITARIOS SUPERIORES	5	1	0	0	6
NS/NC	1	0	0	2	3
TOTAL	55	23	25	7	110



El gráfico 2.2.2.2 muestra, como a medida que el tamaño de los municipios es mayor, se produce un incremento de las personas con estudios universitarios superiores. La razón

de este resultado podría derivar de las mayores oportunidades que poseen las personas que residen en municipios de mayor tamaño para acceder a la Universidad.

2.2.3 Situación laboral y/o socioeconómica actual

El mayor porcentaje de personas de mayor edad que forma parte de la muestra explica que el 40.9% de las PCD sean jubiladas o prejubiladas. Los ocupados en su mayoría están dados de alta en la Seguridad Social por cuenta ajena. (Tabla 2.2.3.1)

TABLA 2.2.3.1 SITUACIÓN LABORAL		
	Frecuencia	Porcentaje
Ocupado con alta en Seguridad Social por cuenta ajena	18	16,4
Ocupado con alta Seguridad Social Autónomo	2	1,8
En paro	12	10,9
Prejubilado/ jubilado	45	40,9
Prestación por incapacidad permanente total	21	19,1
Prestación por desempleo. RAI. Ayuda familiar	1	,9
Prestación no contributiva	5	4,5
Realizo tareas domésticas	1	,9
Otra situación	1	,9
Ns/NC	4	3,6
Total	110	100,0

El 19,1% de las PCD perciben una prestación por incapacidad permanente total que les impide realizar su actividad laboral en su profesión habitual. Esta circunstancia no les impide estar empleadas en otras profesiones diferentes. Las personas desempleadas superan el 10% de la muestra.

TABLA 2.2.3.2 SITUACIÓN LABORAL POR SEXO						
	GÉNERO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	Fr	Fr%	Fr	Fr%	Fr	Fr%
Ocupado con alta en Seguridad Social por cuenta ajena	3	6,00	15	25,00	18	16,36
Ocupado con alta Seguridad Social Autónomo	2	4,00	0	0,00	2	1,82
En paro	5	10,00	7	11,67	12	10,91
Prejubilado/ jubilado	20	40,00	25	41,67	45	40,91
Prestación por incapacidad permanente total	15	30,00	6	10,00	21	19,09
Prestación por desempleo. Renta activa de inserción Ayuda familiar	1	2,00	0	0,00	1	0,91
Prestación no contributiva	3	6,00	2	3,33	5	4,55
Realizo tareas domésticas	0	0,00	1	1,67	1	0,91
Otra situación	0	0,00	1	1,67	1	0,91
Ns/NC	1	2,00	3	5,00	4	3,64
TOTAL	50	100,00	60	100,00	110	100,00

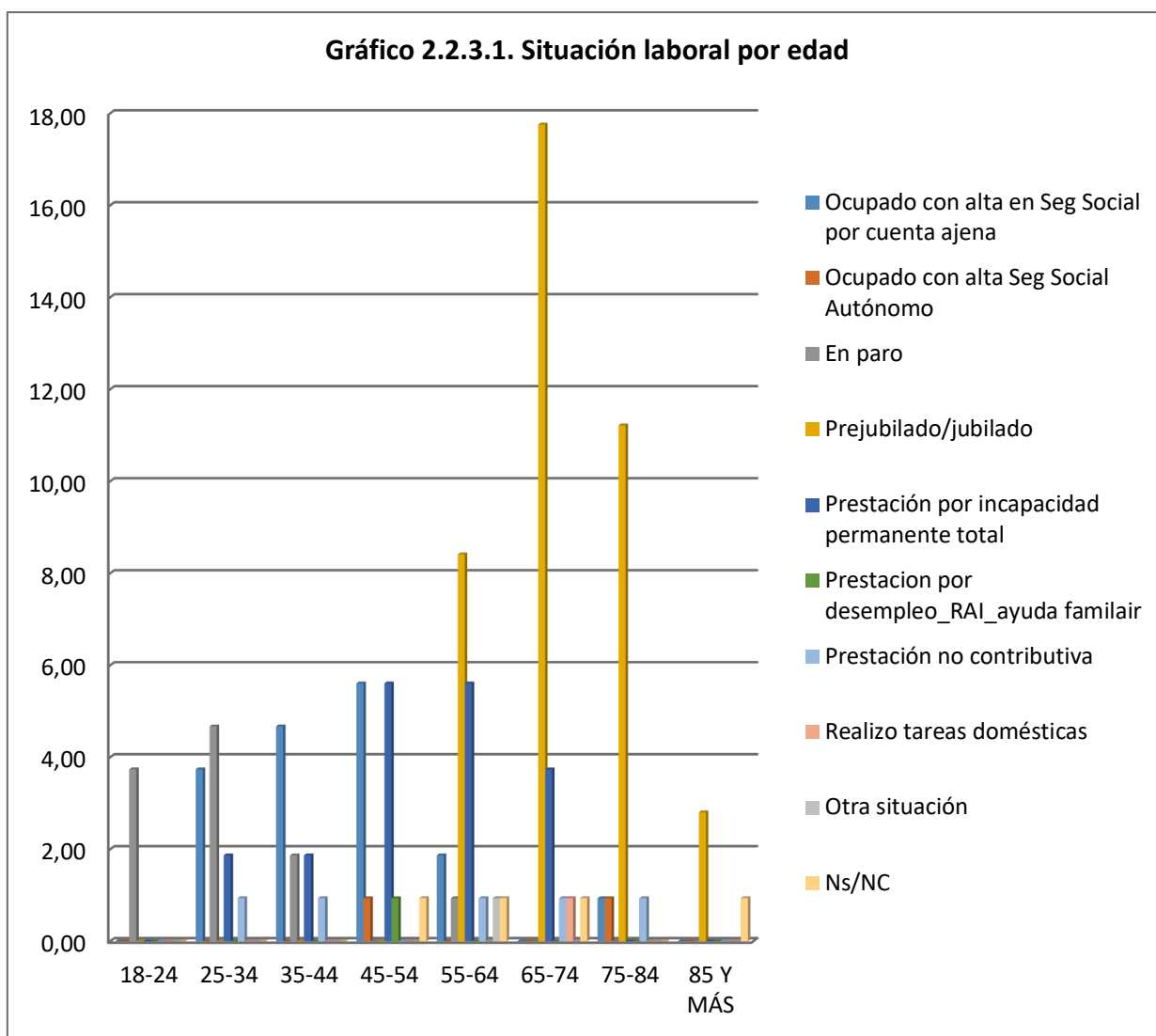
Las mujeres jubiladas o prejubiladas son un grupo más elevado. Los hombres perciben en mayor proporción en la prestación por incapacidad permanente total.

Mientras que encontramos a hombres dados de alta como autónomos no ocurre lo mismo entre las mujeres. Las mujeres dadas de alta por cuenta ajena superan en más de 18 puntos porcentuales a los hombres. Esta circunstancia puede explicarse porque las mujeres de nuestra muestra tienen un nivel de instrucción más alto que los hombres y por lo tanto tengan más oportunidades de trabajar y hacerlo en puestos cualificados o de mayor responsabilidad.

El porcentaje de desempleadas es muy superior al de desempleados.

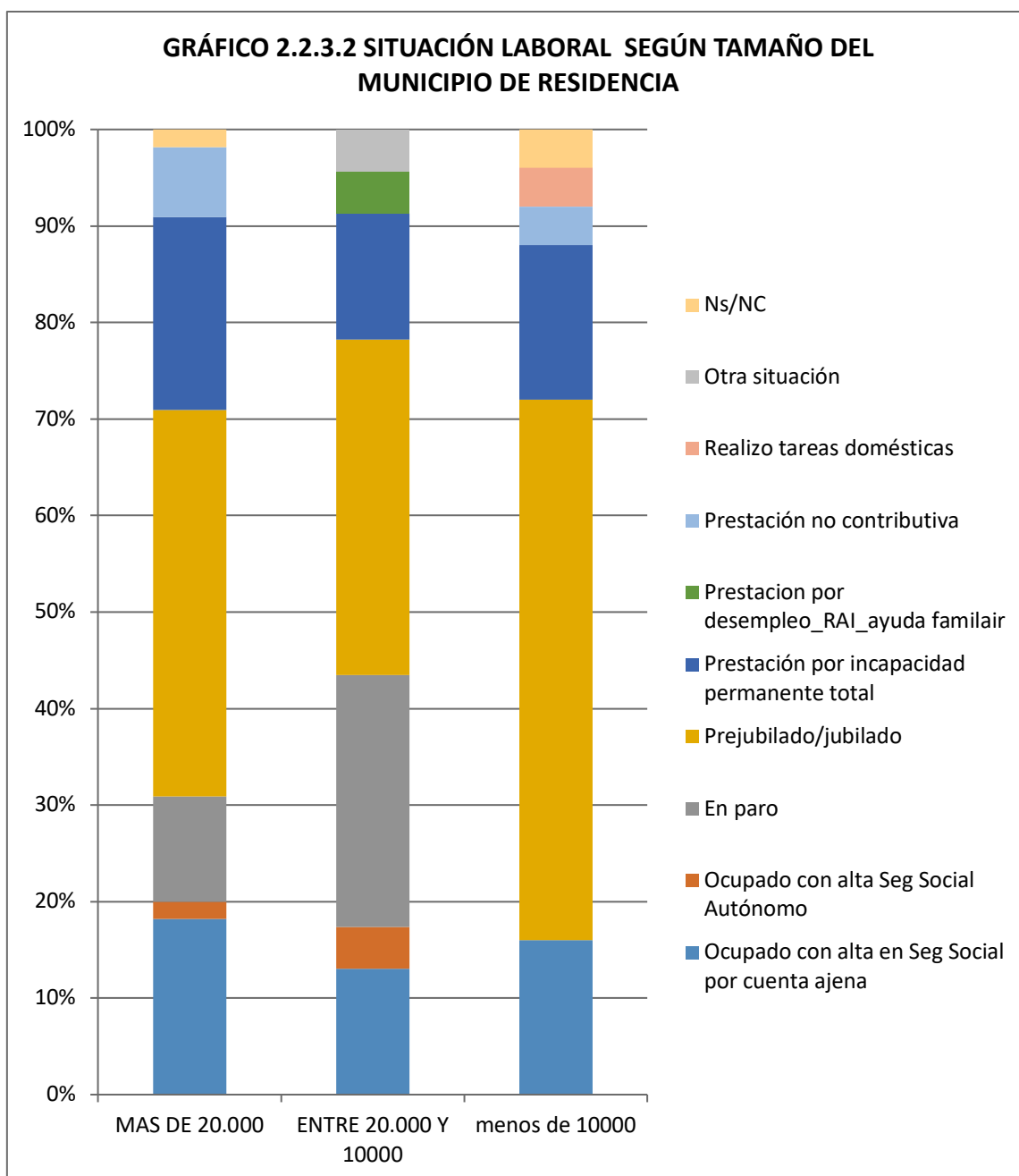
Encontramos a más hombres que a mujeres perceptores de prestaciones económicas cuyo objetivo es garantizar un nivel mínimo de ingresos (prestaciones por desempleo, RAI, Ayuda familiar o prestaciones no contributivas).

TABLA 2.2.3.3 CUÁL ES SU SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA Y LABORAL ACTUAL POR EDAD											
	Ocupado con alta en Seg Social por cuenta ajena	Ocupado con alta Seg Social Autónomo	En paro	Prejubilado/ jubilado	Prestación por incapacidad permanente total	Prestación por desempleo. RAI. Ayuda familiar	Prestación no contributiva	Realizo tareas domésticas	Otra situación	Ns/NC	Total
18-24	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	4
25-34	4	0	5	0	2	0	1	0	0	0	12
35-44	5	0	2	0	2	0	1	0	0	0	10
45-54	6	1	0	0	6	1	0	0	0	1	15
55-64	2	0	1	9	6	0	1	0	1	1	21
65-74	0	0	0	19	4	0	1	1	0	1	26
75-84	1	1	0	12	0	0	1	0	0	0	15
85 Y MÁS	0	0	0	3	0	0	0	0	0	1	4
Total	18	2	12	43	20	1	5	1	1	4	107



Los gráficos 2.2.3.1 y 2.2.3.2 muestran la diferencia de personas mayores de 65 años dato de nuestra muestra que coincide con los datos generales de población.

El gráfico 2.2.3.2 revela el dato de la población rural envejecida también en el colectivo de la discapacidad.



2.3 CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE LAS PCD

A continuación, mostramos los datos relativos a la discapacidad de las participantes en la muestra medidos con diferentes instrumentos.

2.3.1. Funcionamiento o desempeño según la EMDc

El 25% de las personas consultadas señalaron que tenían problemas para caminar un Km.

TABLA 2.3.1.1 PROBLEMA PARA CAMINAR UN KILÓMETRO		
	Frecuencia	Porcentaje
NADA PROBLEMÁTICO	24	22,4
ALGO PROBLEMÁTICO	26	24,3
PROBLEMÁTICO	27	25,2
MUY PROBLEMÁTICO	13	12,1
EXTREMADAMENTE PROBLEMÁTICO	17	15,9
Total	107	100,0

El mayor porcentaje de personas que refieren tener mayores dificultades se produce en las personas con mayor edad. (Gráfico 2.3.1.1)

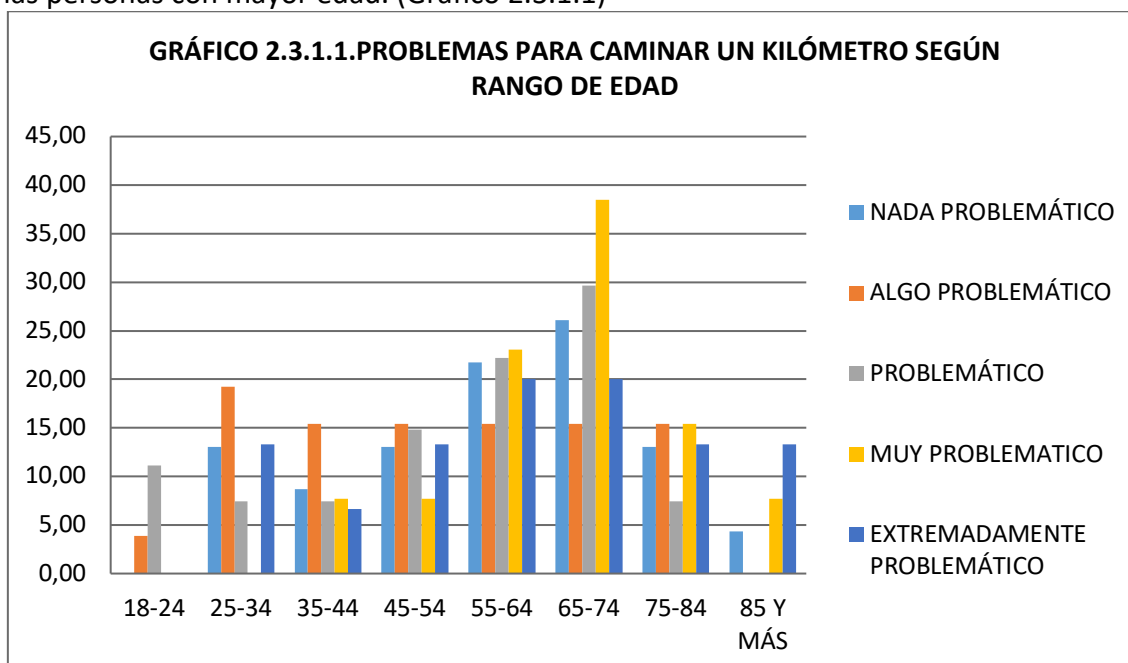


TABLA 2.3.1.2 PROBLEMA PARA LLEGAR A LUGARES DONDE QUIERE IR		
	Frecuencia	Porcentaje
NADA PROBLEMÁTICO	18	16,7
ALGO PROBLEMÁTICO	39	36,1
PROBLEMÁTICO	28	25,9
MUY PROBLEMÁTICO	13	12,0
EXTREMADAMENTE PROBLEMÁTICO	10	9,3
Total	108	100,0

El 36,1% de las personas entrevistadas señalan que ir donde quieren es algo problemático. Esta dificultad es mayor cuando la edad avanza.

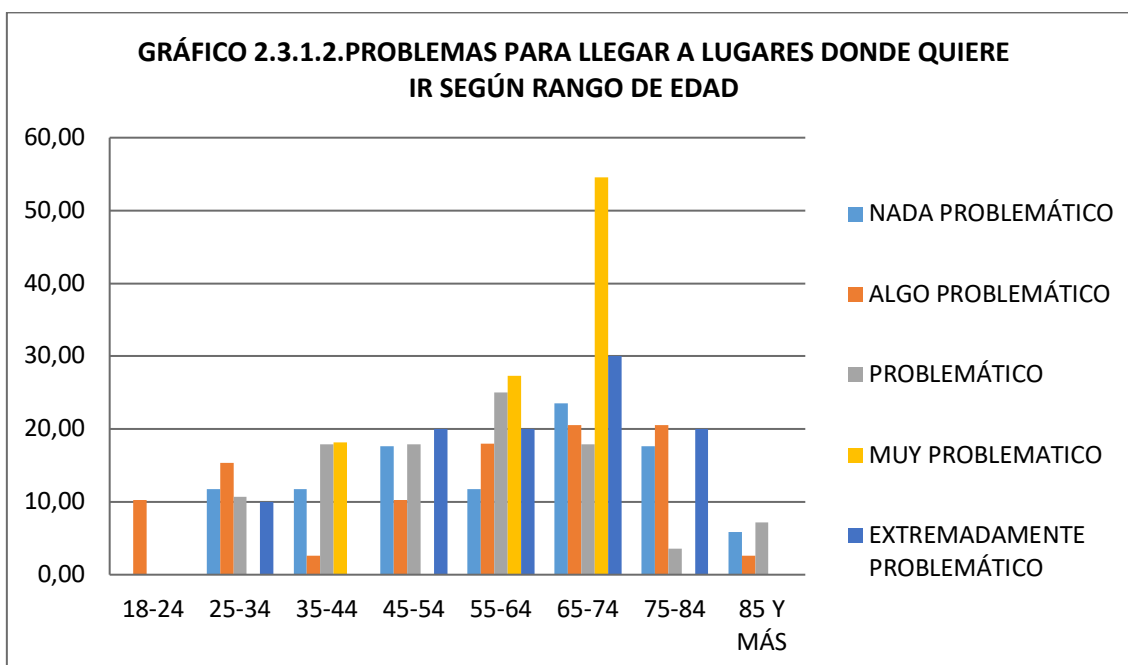


TABLA 2.3.1.3 PROBLEMA PARA VESTIRSE Y ASEARSE		
	Frecuencia	Porcentaje
NADA PROBLEMÁTICO	18	16,7
ALGO PROBLEMÁTICO	36	33,3
PROBLEMÁTICO	37	34,3
MUY PROBLEMÁTICO	12	11,1
EXTREMADAMENTE PROBLEMÁTICO	5	4,6
Total	108	100,0

El 34,3% tenían dificultades para vestirse y asearse. Estas dificultades son mayores en el tramo de edad comprendida entre los 55 y 64 años. Los mayores de 65 años consideran que realizar las actividades de vestirse y asearse son extremadamente problemáticas.

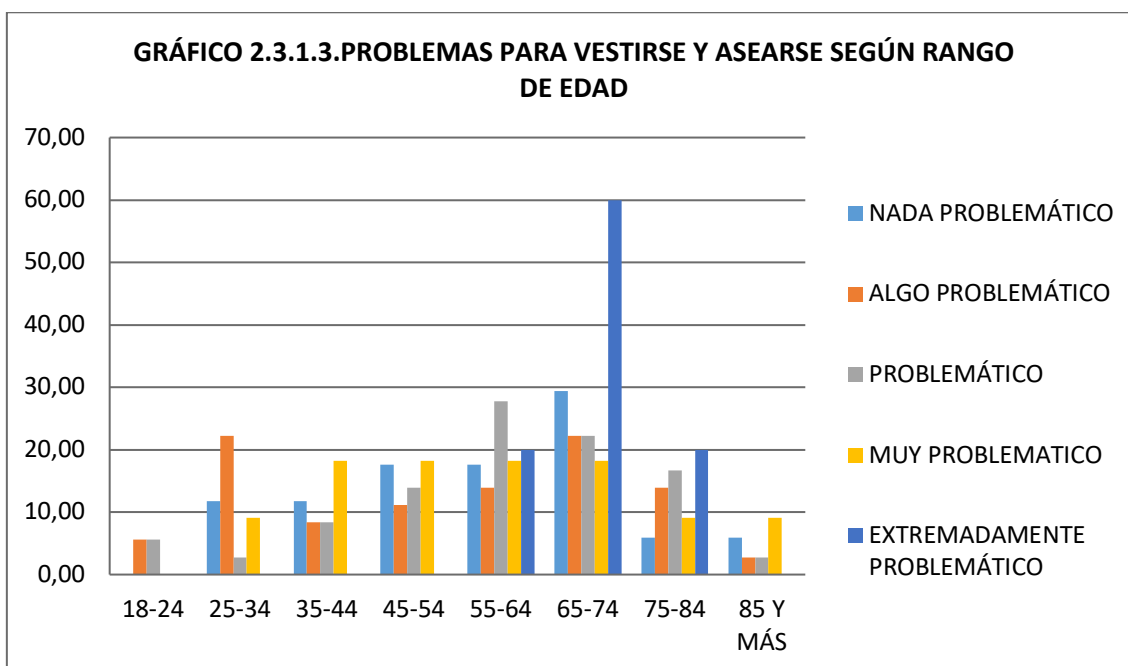


TABLA 2.3.1.4 PROBLEMA PARA IR AL BAÑO		
	Frecuencia	Porcentaje
NADA PROBLEMÁTICO	31	29
ALGO PROBLEMÁTICO	37	34,6
PROBLEMÁTICO	22	20,6
MUY PROBLEMÁTICO	14	12,1
EXTREMADAMENTE PROBLEMÁTICO	3	2,8
Total	107	100,0

El 34,6% tenían algún problema para ir al baño. En todos los tramos de edad manifiestan que ir al baño es algo problemático. Las dificultades van incrementando conforme va avanzando la edad.

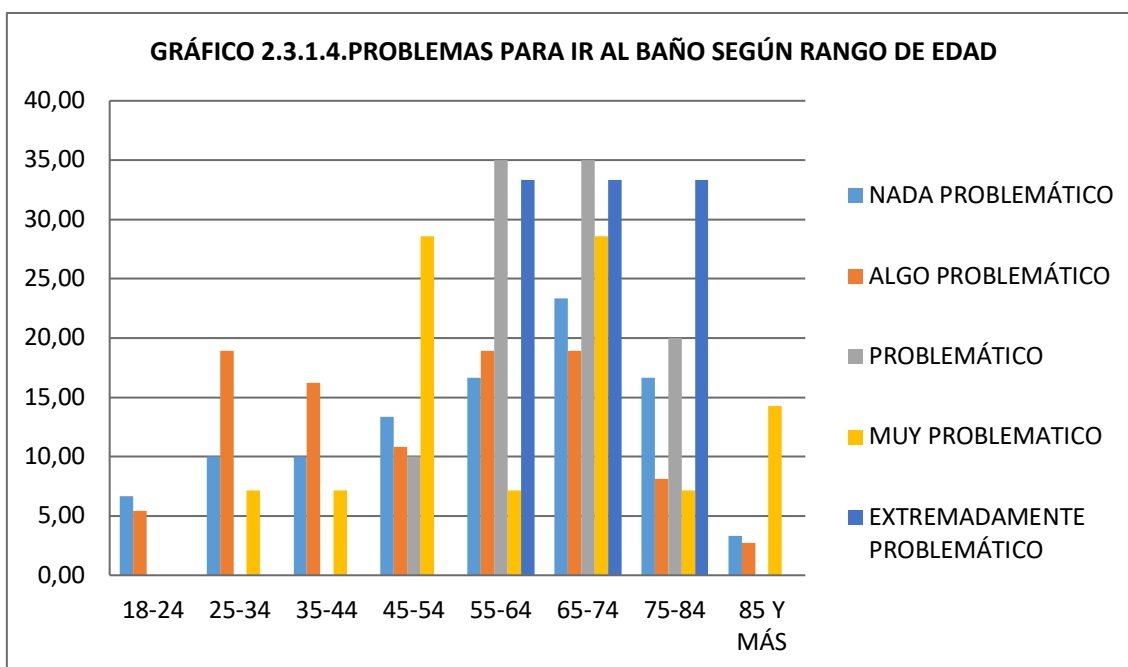


TABLA 2.3.1.5 PROBLEMA PARA CUIDAR SU PROPIA SALUD		
	Frecuencia	Porcentaje
NADA PROBLEMÁTICO	25	23,4
ALGO PROBLEMÁTICO	23	21,5
PROBLEMÁTICO	40	37,4
MUY PROBLEMÁTICO	14	13,1
EXTREMADAMENTE PROBLEMÁTICO	5	4,7
Total	107	100,0

El 37,4% presentan problemas para cuidar la propia salud. En el tramo de edad de los 65 a los 74 años se destaca como problemático. Llama la atención, que el 23,4% considere cuidar la propia salud como una actividad nada problemática.

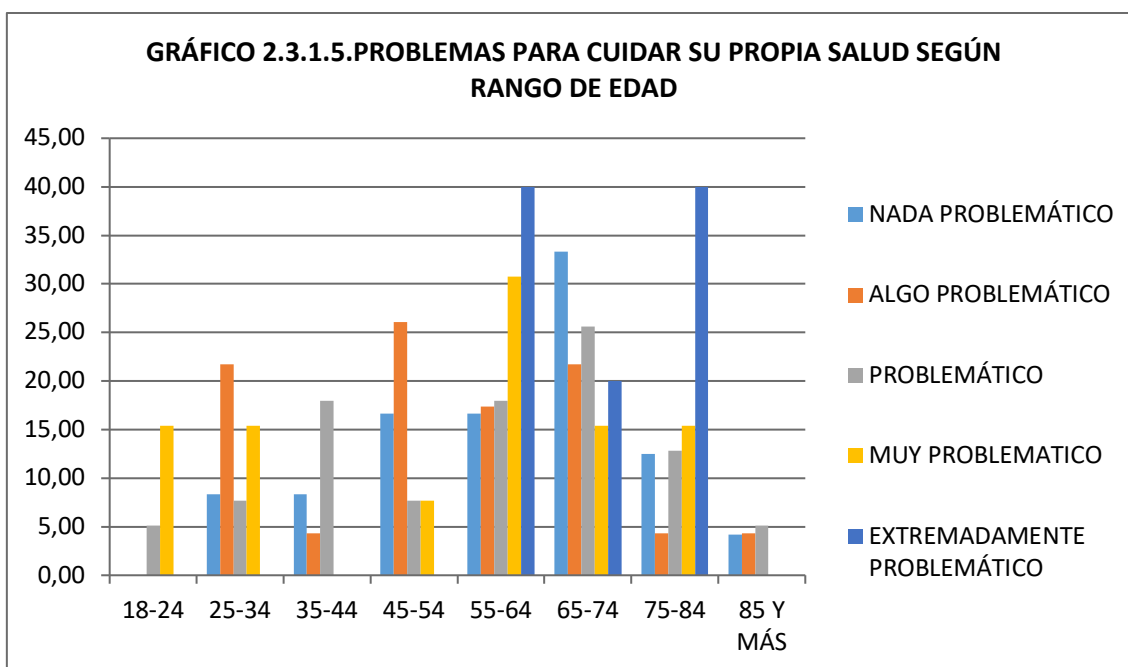


TABLA 2.3.1.6 PROBLEMA PARA SENTIRSE CANSADO SIN ENERGÍA

	Frecuencia	Porcentaje
NADA PROBLEMÁTICO	18	16,7
ALGO PROBLEMÁTICO	35	32,4
PROBLEMÁTICO	31	28,7
MUY PROBLEMÁTICO	15	13,9
EXTREMADAMENTE PROBLEMÁTICO	9	8,3
Total	108	100

La mayoría de los entrevistados señalaron que es algo problemático sentirse sin energía (32,4%). Podemos destacar que es extremadamente más problemática en los sectores con menor edad.

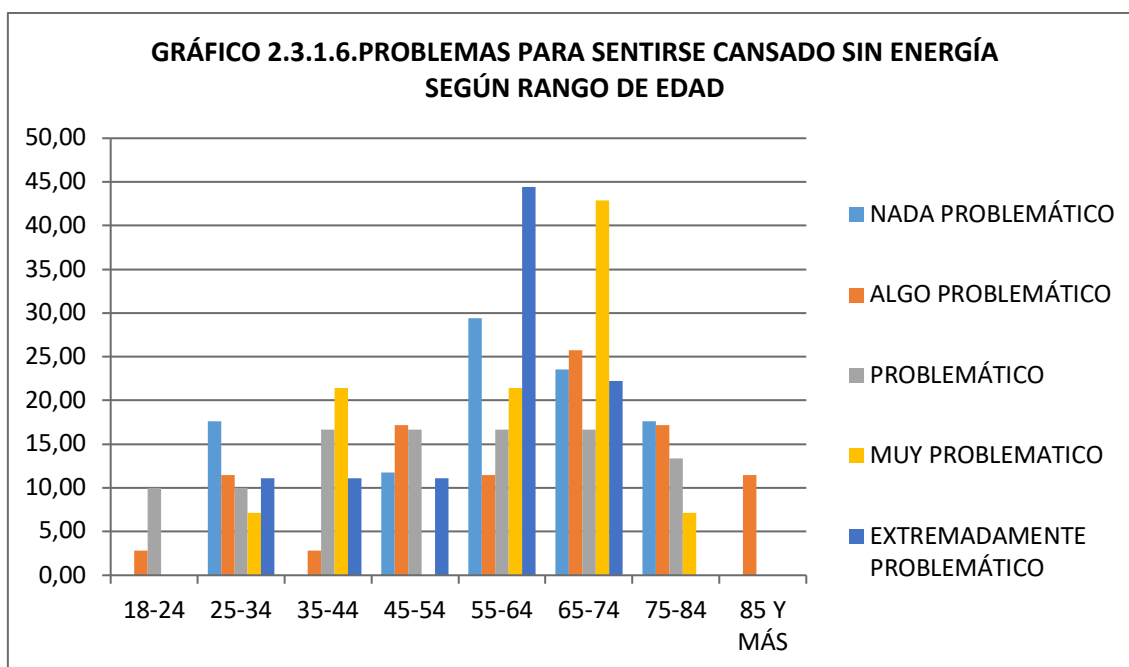


TABLA 2.3.1.7 PROBLEMA PARA HACER FRENTE A LAS COSAS QUE TIENE QUE HACER		
	Frecuencia	Porcentaje
NADA PROBLEMÁTICO	18	16,8
ALGO PROBLEMÁTICO	42	39,3
PROBLEMÁTICO	28	26,2
MUY PROBLEMÁTICO	13	12,1
EXTREMADAMENTE PROBLEMÁTICO	6	5,6
Total	107	100,0

Por la mayoría de la población se considera algo problemático hacer frente a las cosas que hay que realizar en el día a día (39,3%). Esto se repite en el tramo de edad comprendido entre los 65 a 74 años

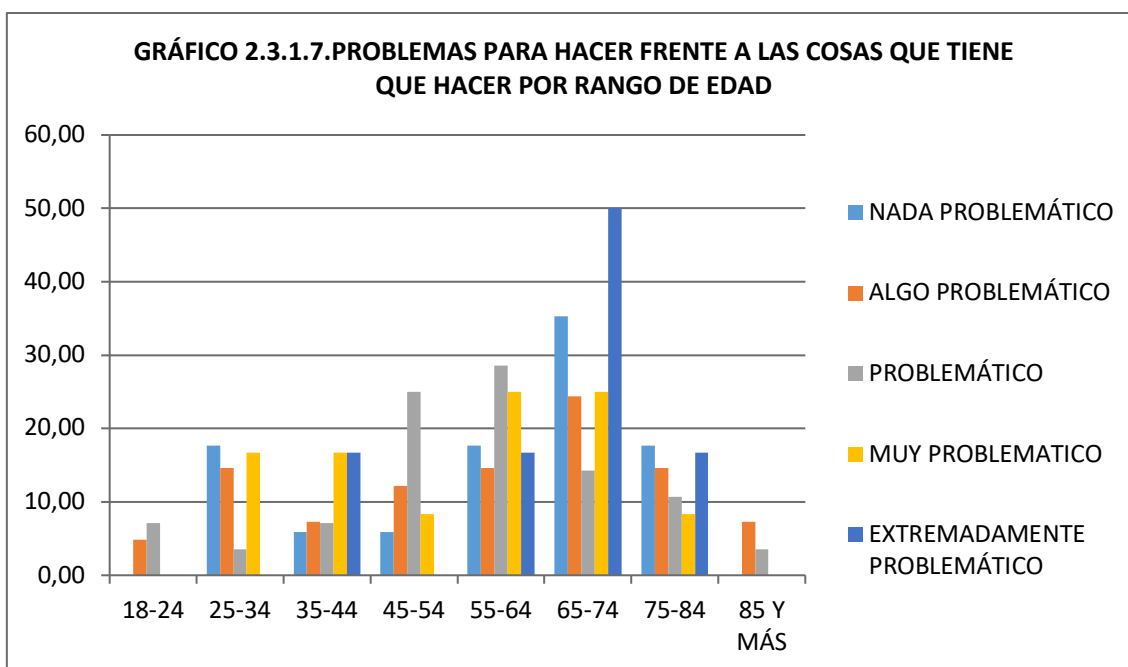


TABLA 2.3.1.8 PROBLEMA PARA RECORDAR COSAS IMPORTANTES

	Frecuencia	Porcentaje
NADA PROBLEMÁTICO	24	22,2
ALGO PROBLEMÁTICO	39	36,1
PROBLEMÁTICO	25	23,1
MUY PROBLEMÁTICO	12	11,1
EXTREMADAMENTE PROBLEMÁTICO	8	7,4
Total	108	100

Los problemas de memoria se consideran que son algo problemáticos para la mayor parte de la población entrevistada. La respuesta más frecuente se produce en el tramo de edad de los 55 a los 64 años. A partir de los 55 años se comienzan a considerar los problemas de memoria como extremadamente problemáticos.

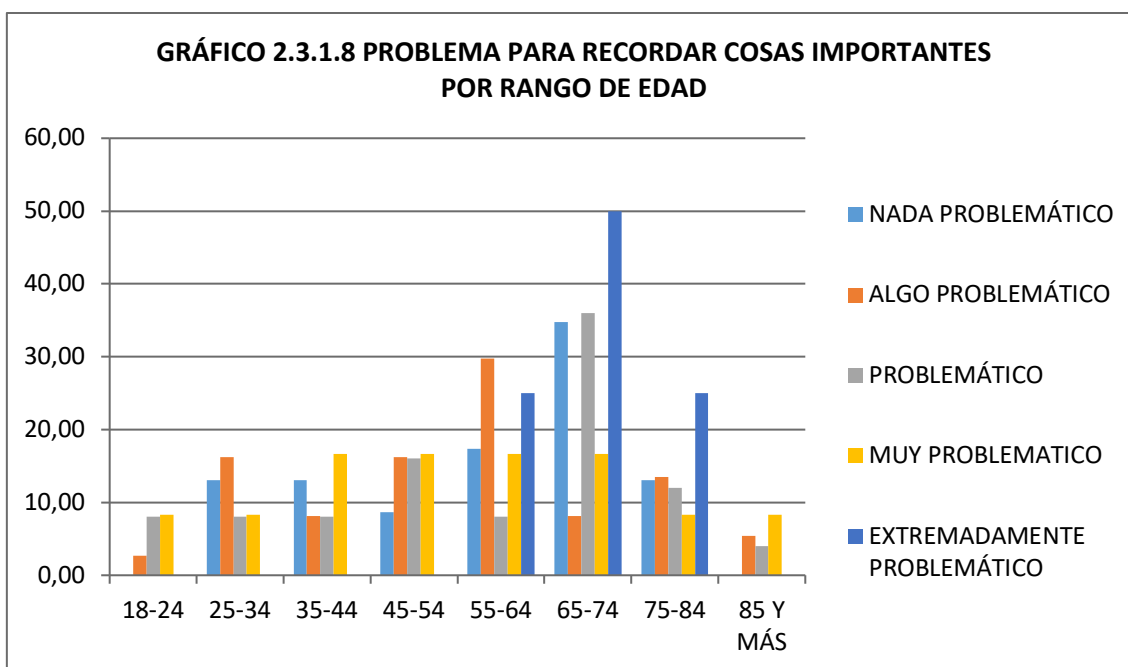


TABLA 2.3.1.9 PROBLEMA PARA HACER TAREAS DE CASA		
	Frecuencia	Porcentaje
NADA PROBLEMÁTICO	22	20,4
ALGO PROBLEMÁTICO	28	25,9
PROBLEMÁTICO	32	29,6
MUY PROBLEMÁTICO	16	14,8
EXTREMADAMENTE PROBLEMÁTICO	10	9,3
Total	108	100

El 29.6% considera que es problemático no poder realizar las tareas de la casa. Son los de edad más avanzada quienes tienen esta percepción.

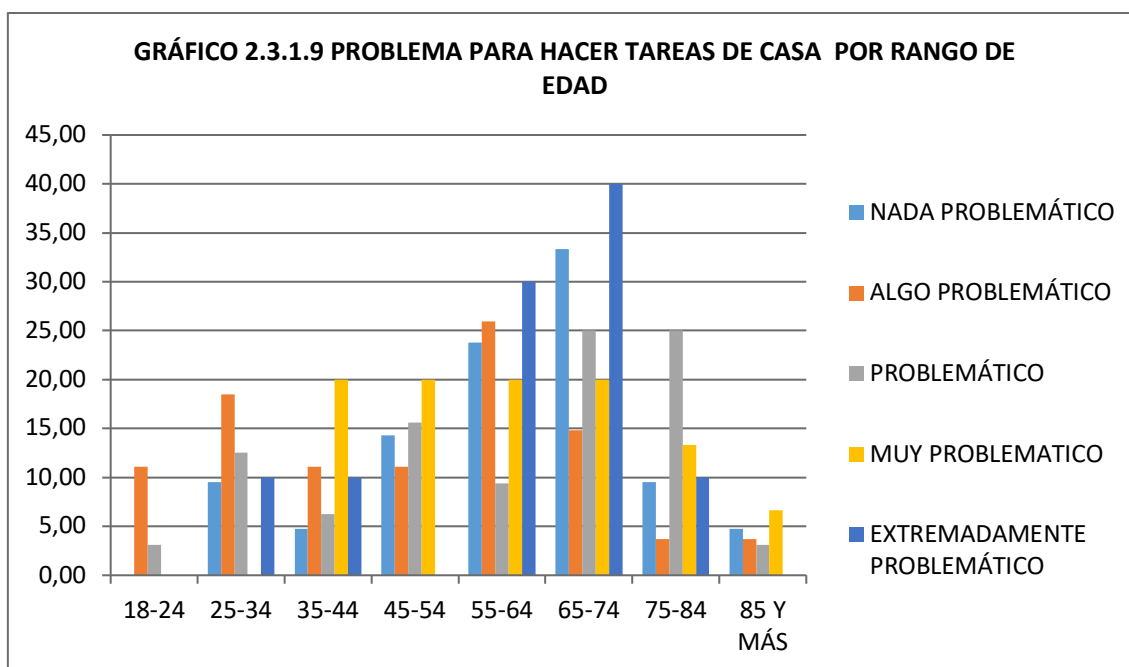


TABLA 2.3.1.10 PROBLEMA PARA PARTICIPAR EN LA COMUNIDAD

	Frecuencia	Porcentaje
NADA PROBLEMÁTICO	24	22,2
ALGO PROBLEMÁTICO	27	25
PROBLEMÁTICO	33	30,6
MUY PROBLEMÁTICO	15	13,6
EXTREMADAMENTE PROBLEMÁTICO	9	8,2
Total	108	100,0

Mientras que para la mayoría de la muestra considera que las PCD tienen problemas para participar en la comunidad, en los tramos de edad comprendidos entre los 55 y 64 años y de los 65 a los 74 años no se considera nada problemático. Son muchos los autores que han evidenciado la menor participación de las personas mayores en la comunidad y cómo influye de forma negativa en su salud (Tomioka, Kurumatani, & Hosoi, 2017; Vogelsang, 2016).

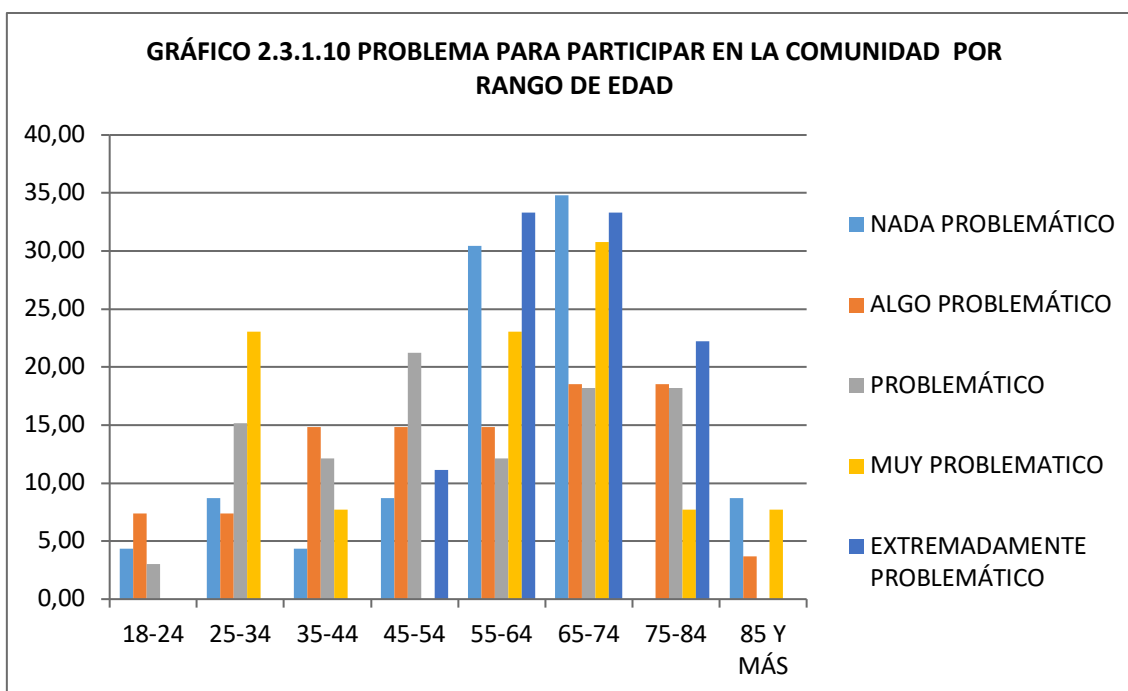
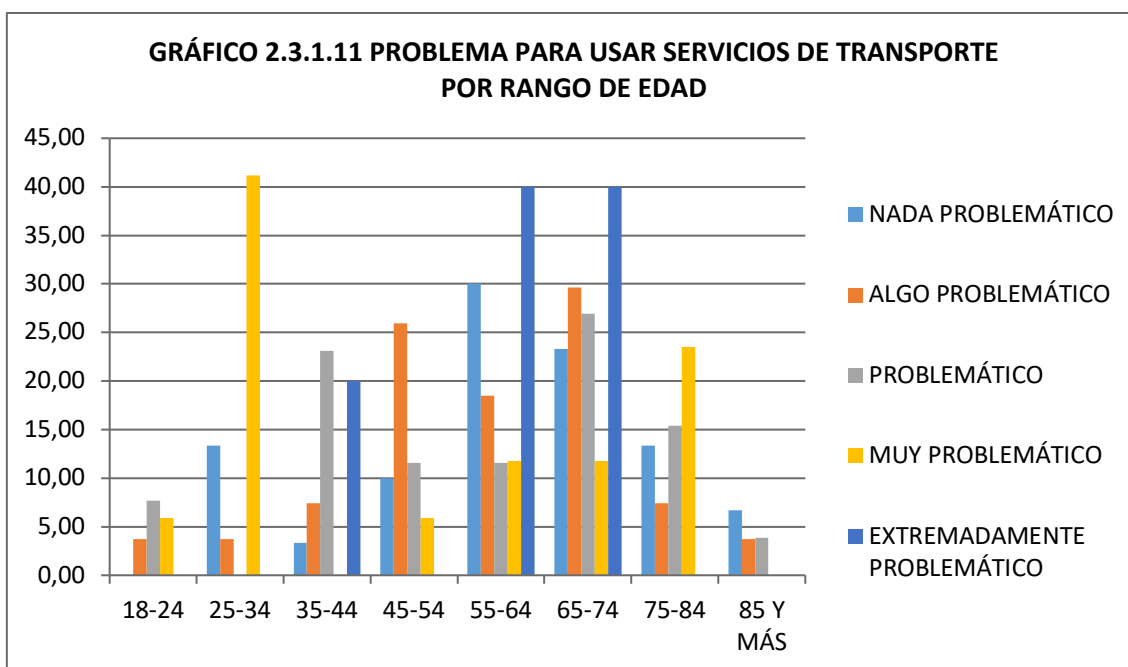


TABLA 2.3.1.11 PROBLEMA PARA USAR SERVICIOS DE TRANSPORTE

	Frecuencia	Porcentaje
NADA PROBLEMÁTICO	31	28,7
ALGO PROBLEMÁTICO	27	25
PROBLEMÁTICO	28	25,9
MUY PROBLEMÁTICO	17	15,7
EXTREMADAMENTE PROBLEMÁTICO	5	4,6
Total	108	100,0

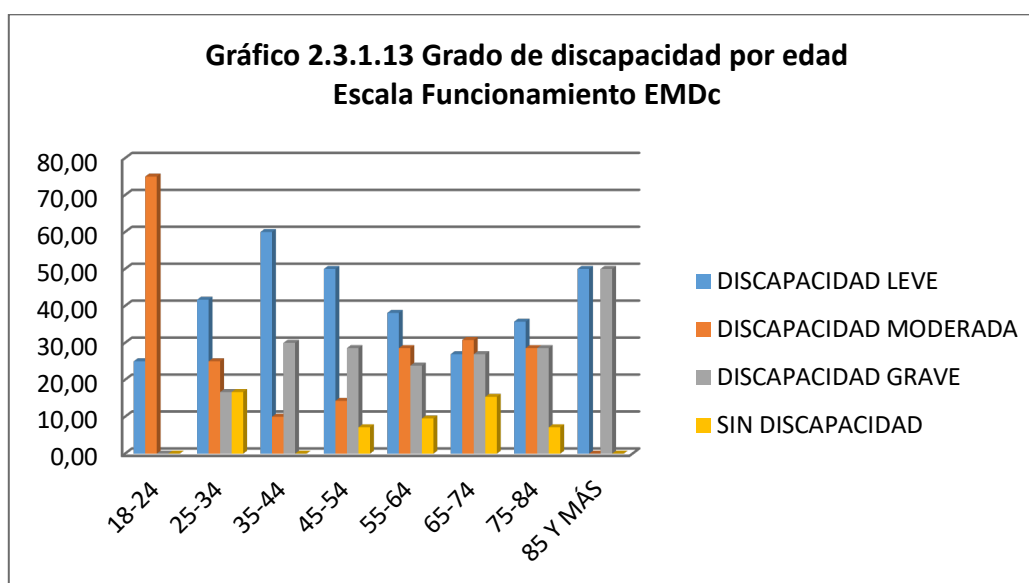
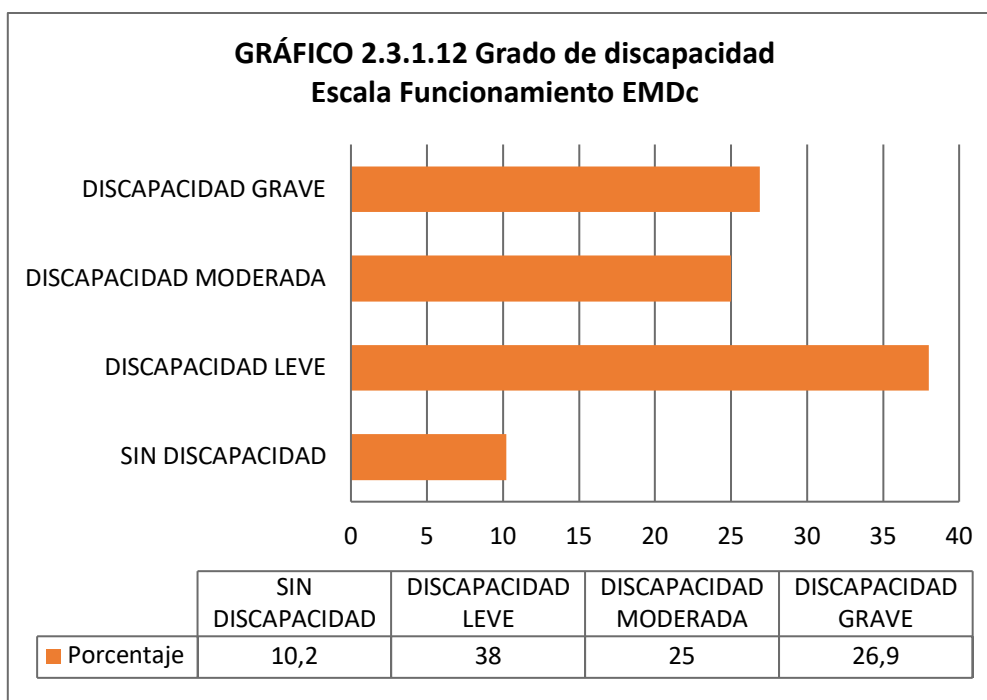
La mayor parte de las personas entrevistadas consideran nada problemático la utilización del transporte. Esta mayor frecuencia de respuestas se produce en el tramo de edad comprendido entre los 55 y los 64 años.

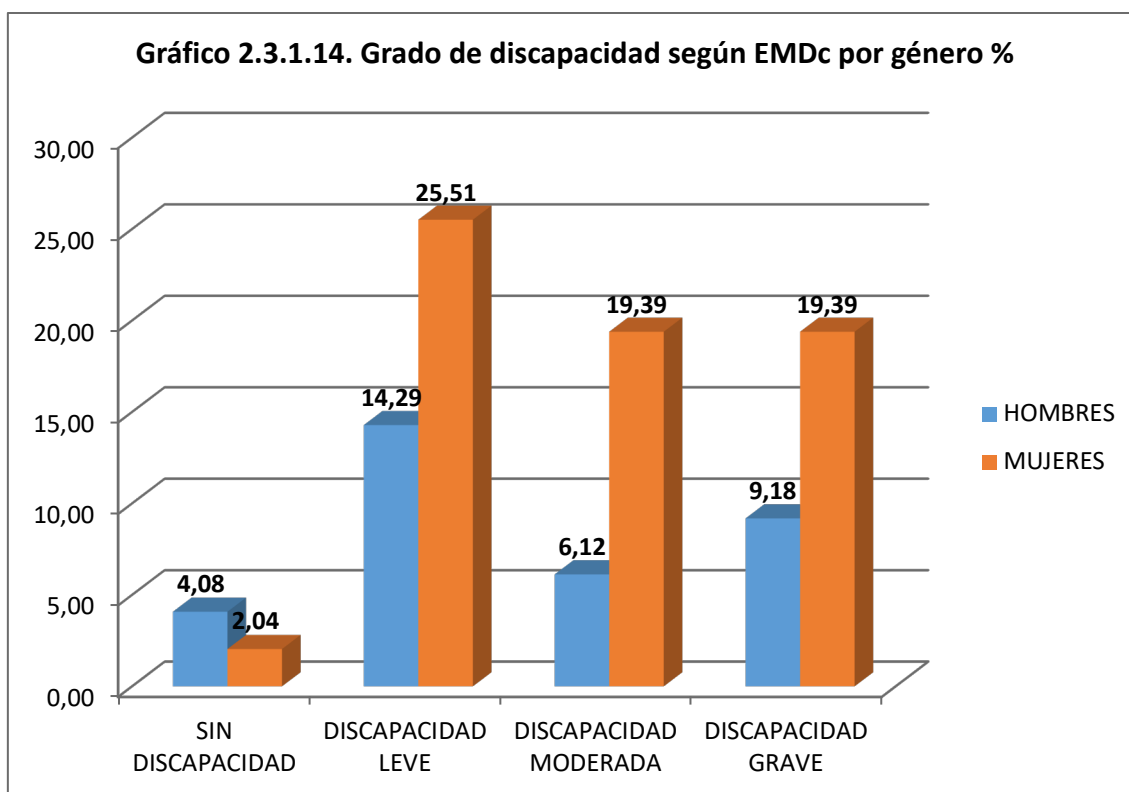


El sumatorio de las puntuaciones de cada uno de los ítems de la subescala de funcionamiento de la EMDc nos permite determinar el grado de discapacidad de las personas entrevistadas.

La TABLA 2.3.12 muestra que más de la mitad de las personas entrevistadas presentan una discapacidad moderada a grave.

TABLA 2.3.1.12 GRADO DE DISCAPACIDAD SEGÚN FUNCIONAMIENTO EMDc		
	Frecuencia	Porcentaje
SIN DISCAPACIDAD	11	10,2
DISCAPACIDAD LEVE	41	38
DISCAPACIDAD MODERADA	27	25
DISCAPACIDAD GRAVE	29	26,9
Total	108	100,0





A continuación presentamos en la TABLA 2.3.1.13 los descriptivos de los problemas que presentaban las personas entrevistadas por razón de género.

TABLA 2.3.1.13 EMD FUNCIONAMIENTO DE LAS PCD POR RAZÓN DE SEXO					
DIMENSIONES FUNCIONAMIENTO	GÉNERO	N	Media	Desviación típ.	Rango
PROBLEMA PARA CAMINAR UN KILOMETRO	MASCULINO	48	2,8958	1,30856	1-5
	FEMENINO	59	2,6271	1,40072	1-5
PROBLEMA PARA LLEGAR A LUGARES DONDE QUIERE IR	MASCULINO	49	2,7551	1,12788	1-5
	FEMENINO	59	2,4915	1,20877	1-5
PROBLEMA PARA VESTIRSE Y ASEARSE	MASCULINO	49	2,5918	1,0392	1-5
	FEMENINO	59	2,4915	1,05655	1-5
PROBLEMA PARA IR AL BAÑO	MASCULINO	48	2,25	1,12041	1-5
	FEMENINO	59	2,2712	1,09593	1-5
PROBLEMA PARA CUIDAR SU PROPIA SALUD	MASCULINO	48	3,0208	1,21146	1-5
	FEMENINO	59	2,1525	0,88695	1-5
PROBLEMA PARA SENTIRSE CANSADO SIN ENERGIA	MASCULINO	49	2,898	1,2289	1-5
	FEMENINO	59	2,4407	1,07111	1-5
PROBLEMA DE HACER FRENTE A LAS COSAS QUE TIENE QUE HACER	MASCULINO	49	2,8163	1,18451	1-5
	FEMENINO	58	2,2414	0,92358	1-5
PROBLEMA PARA RECORDAR COSAS IMPORTANTES	MASCULINO	49	2,6531	1,25085	1-5
	FEMENINO	59	2,2881	1,08359	1-5
PROBLEMA PARA HACER TAREAS DE LA CASA	MASCULINO	49	2,898	1,29494	1-5
	FEMENINO	59	2,4746	1,13496	1-5
PROBLEMA PARA PARTICIPAR EN LA COMUNIDAD	MASCULINO	49	2,7551	1,26706	1-5
	FEMENINO	59	2,4915	1,1652	1-5
PROBLEMA PARA USAR SERVICIOS DE TRANSPORTE	MASCULINO	49	2,6939	1,21113	1-5
	FEMENINO	59	2,2034	1,14138	1-5

Se analizaron las pruebas de normalidad con la prueba de Kolmogorov-Smirnov para dos muestras independientes. En ninguna de las muestras se pudo asumir la hipótesis de normalidad, por ello, se compararon las medias con el contraste no paramétrico U de Mann-Whitney. Encontramos diferencias significativas entre hombres y mujeres en el cuidado de la propia salud ($p=0.000$), para hacer frente a las cosas que tienen que hacer ($p=0.011$) y en el uso del transporte ($p=0.036$) siendo más difícil para los hombres que para las mujeres.

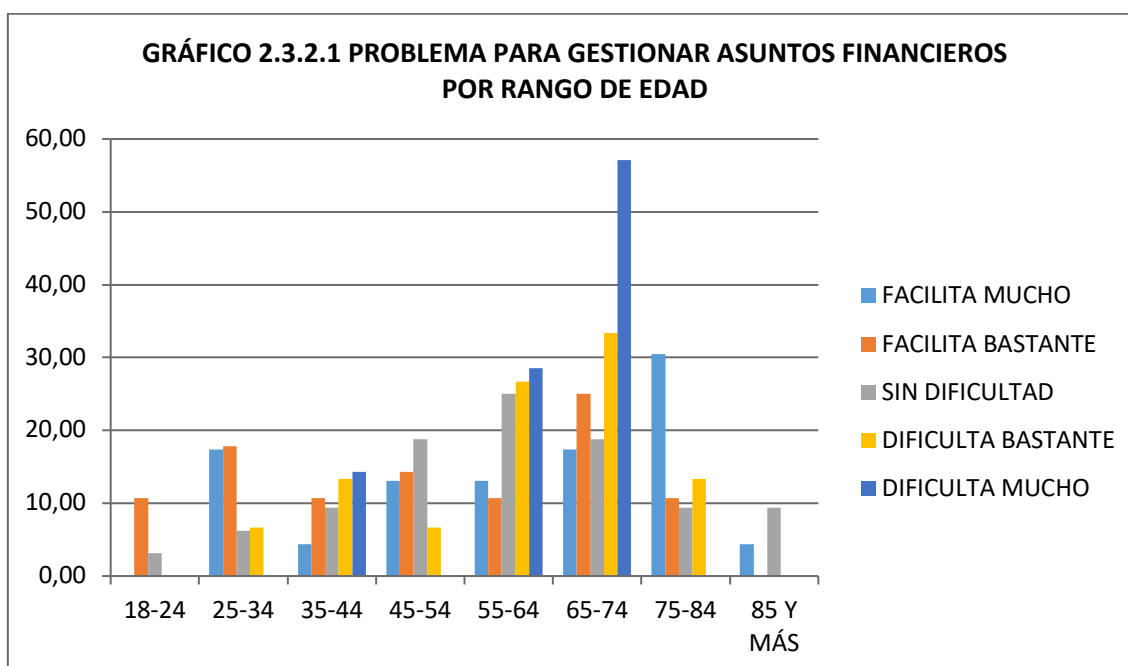
2.3.2. Factores ambientales facilitadores u obstaculizadores para la discapacidad según EMDc

Otro de los elementos que determinan el grado de discapacidad de las personas en un entorno determinado son los factores externos.

A continuación presentamos las tablas de frecuencias de los factores ambientales para determinar si son facilitadores u obstaculizadores de las PCD

TABLA 2.3.2.1 FACILIDAD O DIFICULTAD PARA GESTIONAR ASUNTOS FINANCIEROS		
	Frecuencia	Porcentaje
FACILITA MUCHO	23	21.3
FACILITA BASTANTE	29	26.9
SIN DIFICULTAD	33	30.6
DIFICULTA BASTANTE	16	14.8
DIFICULTA MUCHO	7	6.5
Total	108	100,00

Las PCD perciben que las organizaciones financieras facilitan en un porcentaje alto la gestión de asuntos financieros. Más del 78% lo consideran un factor facilitador.

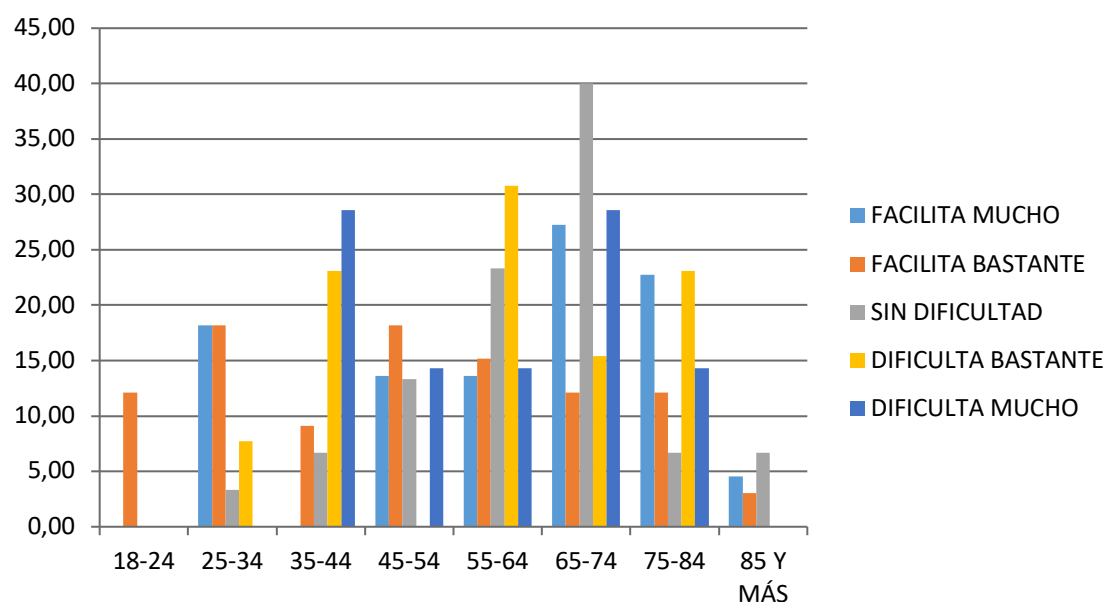


Por tramos de edad, son las personas entre los 65 y 74 años que consideran que las instituciones financieras dificultan mucho la gestión de los asuntos financieros. Los de menor edad son los que consideran que dichas organizaciones facilitan bastante.

TABLA 2.3.2.2 FACILIDAD O DIFICULTAD PARA USAR EL TRANSPORTE

	Frecuencia	Porcentaje
FACILITA MUCHO	22	20.4
FACILITA BASTANTE	33	30.6
SIN DIFICULTAD	30	27.8
DIFICULTA BASTANTE	14	13
DIFICULTA MUCHO	9	8.3
Total	108	100,00

GRÁFICO 2.3.2.2 FACILIDAD O DIFICULTAD PARA USAR TRANSPORTE POR EDAD



Las empresas de transporte según las PCD facilitan bastante el uso del transporte. Los mayores de 65 consideran que no hay dificultad para usar este servicio.

TABLA 2.3.2.3 FACILIDAD O DIFICULTAD PARA PARTICIPAR EN ACTIVIDADES DE LA COMUNIDAD

	Frecuencia	Porcentaje
FACILITA MUCHO	26	24.1
FACILITA BASTANTE	34	31.5
SIN DIFICULTAD	32	29.6
DIFICULTA BASTANTE	10	9.3
DIFICULTA MUCHO	6	5.6
Total	108	100,00

La mayoría de las PCD entrevistadas respondieron que se facilita bastante la participación en la comunidad del colectivo

Por grupos de edad fueron las personas que se encuentran en el rango de edad de los 25 a los 34 años los que consideran que se facilita mucho la participación. Por el contrario, los mayores de 65 a 74 años consideran que la comunidad obstaculiza la participación de estas personas.

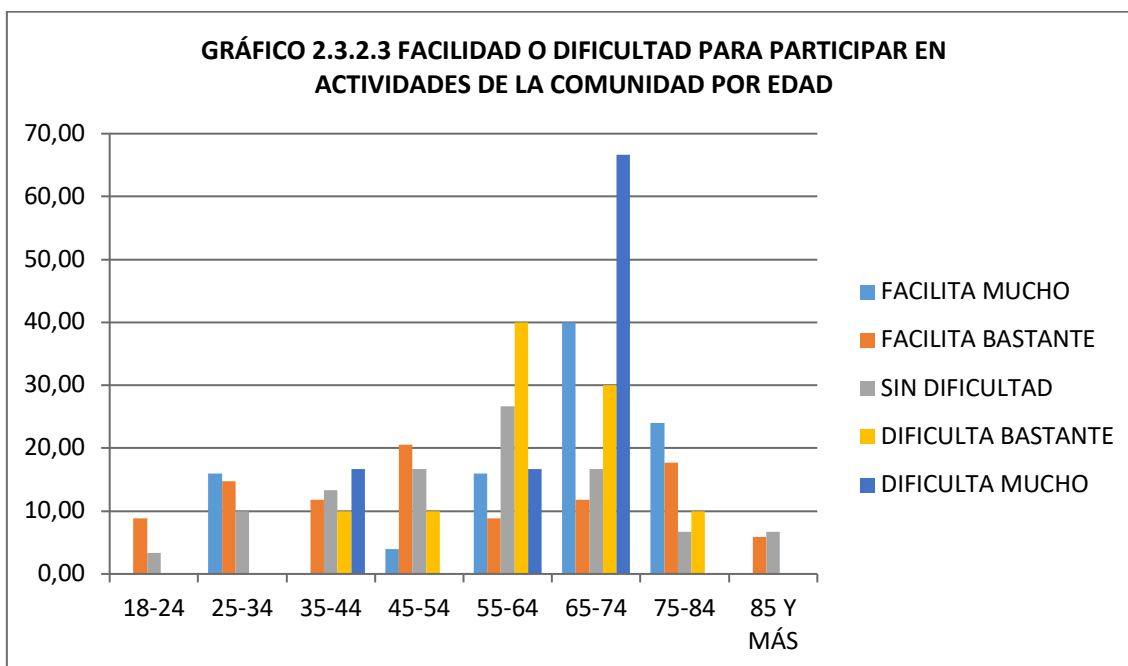


TABLA 2.3.2.4 FACILIDAD O DIFICULTAD PARA SER AUTÓNOMO EN SU VIVIENDA		
	Frecuencia	Porcentaje
FACILITA MUCHO	27	25.0
FACILITA BASTANTE	32	29.6
SIN DIFICULTAD	27	25.0
DIFICULTA BASTANTE	16	14.8
DIFICULTA MUCHO	6	5.6
Total	108	100,00

Las personas entre los 55 y 64 años consideran la situación de la vivienda un gran obstáculo para poder ser autónomo.

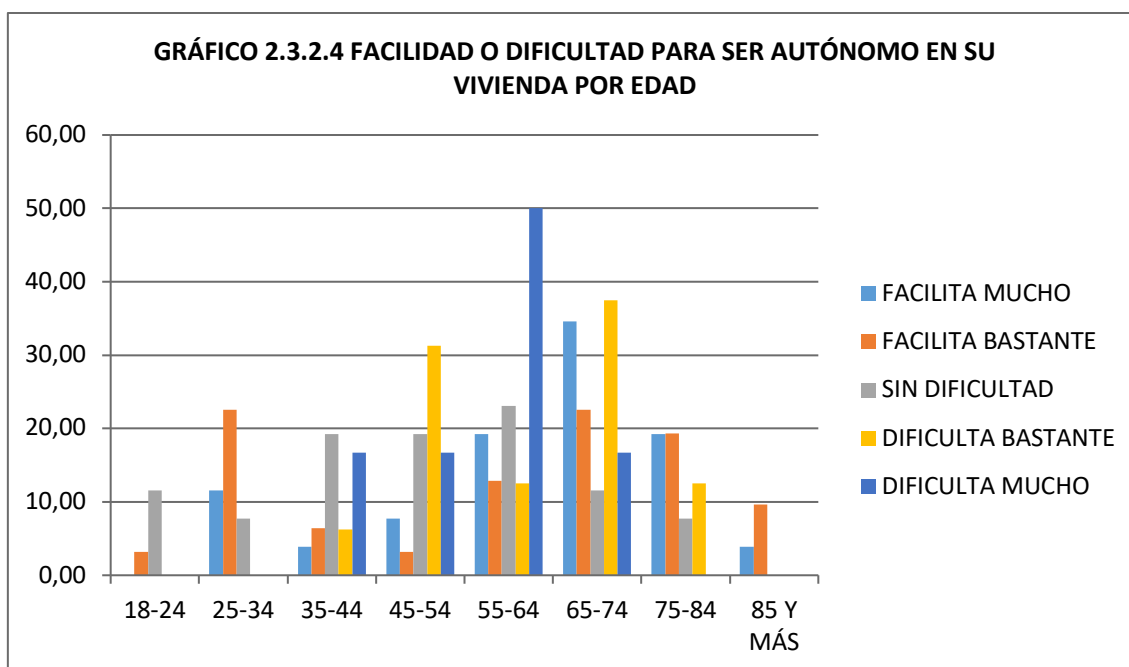


TABLA 2.3.2.5 FACILIDAD O DIFICULTAD PARA CONSEGUIR APOYO DE UN PARIENTE CERCANO		
	Frecuencia	Porcentaje
FACILITA MUCHO	35	33.3
FACILITA BASTANTE	36	34.0
SIN DIFICULTAD	17	16.0
DIFICULTA BASTANTE	12	11.3
DIFICULTA MUCHO	6	5.7
Total	106	100,00

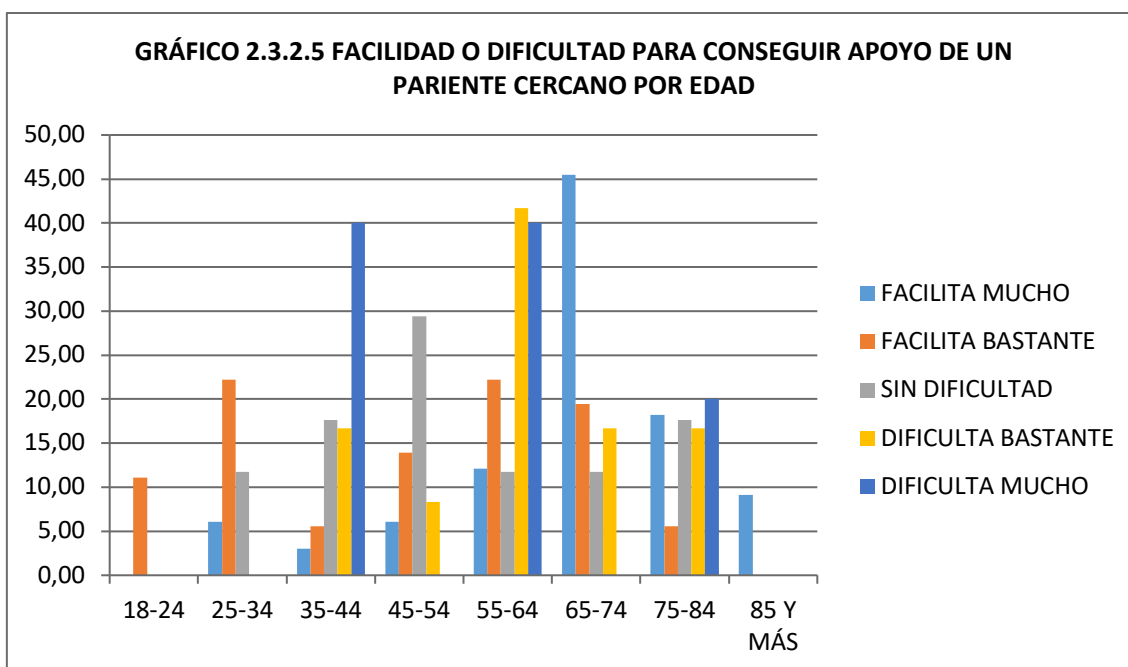


TABLA 2.3.2.6 FACILIDAD O DIFICULTAD PARA CONSEGUIR AYUDA DE AMIGOS		
	Frecuencia	Porcentaje
FACILITA MUCHO	30	28.8
FACILITA BASTANTE	31	29.8
SIN DIFICULTAD	25	24.0
DIFICULTA BASTANTE	13	12.5
DIFICULTA MUCHO	5	4.8
Total	104	100,00

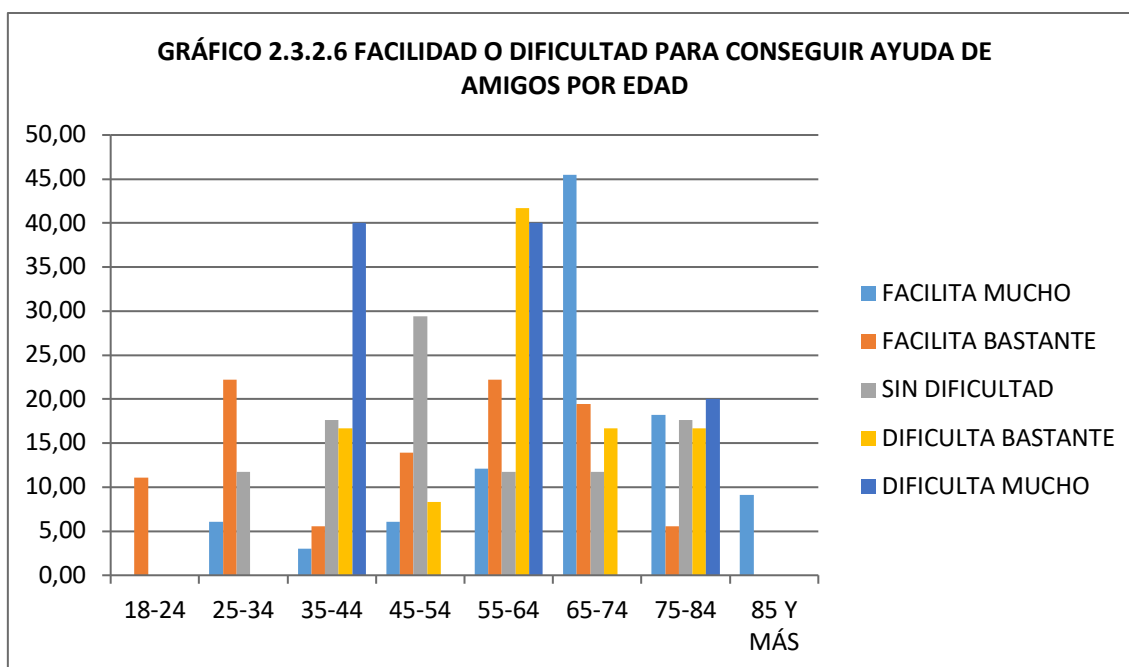


TABLA 2.3.2.7 FACILIDAD O DIFICULTAD PARA CONSEGUIR AYUDA DE VECINOS		
	Frecuencia	Porcentaje
FACILITA MUCHO	34	32.1
FACILITA BASTANTE	23	21.7
SIN DIFICULTAD	27	25.5
DIFICULTA BASTANTE	11	10.4
DIFICULTA MUCHO	11	10.4
Total	106	100,00

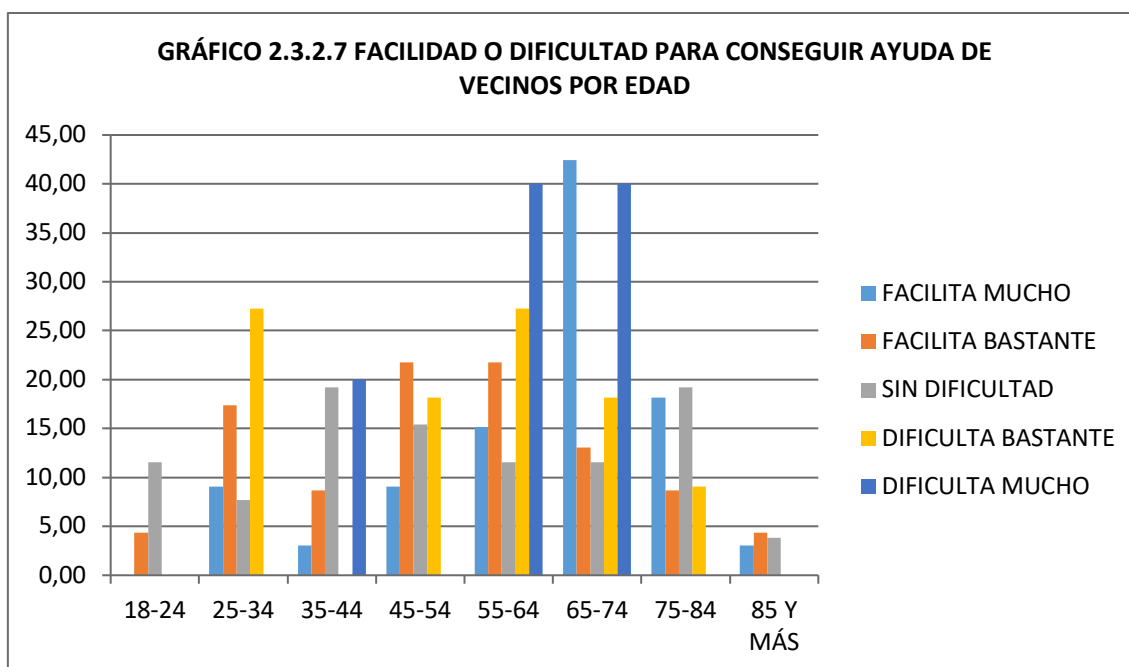


TABLA 2.3.2.8 PUEDE TOMAR DECISIONES EN SU VIDA COTIDIANA		
	Frecuencia	Porcentaje
NADA	17	15.9
POCO	19	17.8
SUFICIENTE	28	26.2
BASTANTE	18	15.8
TOTALMENTE	25	23.4
Total	107	100,00

TABLA 2.3.2.9 SIENTE QUE LOS DEMÁS LE RESPETAN		
	Frecuencia	Porcentaje
NADA	11	10.2
POCO	19	17.6
SUFICIENTE	35	32.4
BASTANTE	21	19.4
TOTALMENTE	22	20.4
Total	108	100

TABLA 2.3.2.10 DIMENSIONES Y FACTORES AMBIENTALES					
DIMENSIONES FACTORES AMBIENTALES	GÉNERO	Nº	Media	Desviación típ.	Rango
FACILIDAD O DIFICULTAD PARA PARTICIPAR	MASCULINO	49	2,4286	1,17260	1-5
	FEMENINO	59	2,3898	1,08305	1-5
FACILIDAD O DIFICULTAD PARA GESTIONAR ASUNTOS FINANCIEROS	MASCULINO	49	2,7143	1,19024	1-5
	FEMENINO	59	2,4746	1,15005	1-5
FACILIDAD O DIFICULTAD PARA USAR TRANSPORTE	MASCULINO	49	2,7755	1,21218	1-5
	FEMENINO	59	2,4237	1,16269	1-5
FACILIDAD O DIFICULTAD PARA SER AUTONOMO EN SU VIVIENDA	MASCULINO	49	2,5306	1,10117	1-5
	FEMENINO	59	2,4068	1,24732	1-5
FACILIDAD O DIFICULTAD PARA CONSEGUIR APOYO DE UN PARIENTE CERCANO	MASCULINO	49	2,4286	1,32288	1-5
	FEMENINO	57	2,0526	1,04234	1-5
FACILIDAD O DIFICULTAD PARA CONSEGUIR AYUDA DE AMIGOS	MASCULINO	48	2,6042	1,18033	1-5
	FEMENINO	56	2,1250	1,11294	1-5
FACILIDAD O DIFICULTAD PARA CONSEGUIR AYUDA DE VECINOS	MASCULINO	48	2,6458	1,40651	1-5
	FEMENINO	58	2,2931	1,22844	1-5
PUEDE TOMER DECISIONES EN SU VIDA COTIDIANA	MASCULINO	48	3,1667	1,38891	1-5
	FEMENINO	59	3,1186	1,39067	1-5
SIENTE QUE LOS DEMÁS LE RESPETAN	MASCULINO	48	3,4082	1,11651	1-5
	FEMENINO	59	3,0678	1,33732	1-5

Se realizaron las pruebas de normalidad con el estadístico de Kolmogorov-Smirnov para dos muestras independientes. En ninguna de las muestras se pudo asumir la hipótesis de normalidad, por ello, se compararon las medias con el contraste no paramétrico U de Mann-Whitney. Encontramos diferencias significativas entre hombres y mujeres cuando se les preguntó por la facilidad o dificultad para conseguir amigos entre hombres y mujeres, siendo las mujeres las que expresan tener más dificultades que los hombres ($p=0.040$).

TABLA 2.3.2.11 RANGOS DE LOS FACILITADORES Y OBSTACULIZADORES SEGÚN EL TAMAÑO DEL MUNICIPIO DE RESIDENCIA			
	Nº HABITANTES	Nº	Rango promedio
FACILIDAD O DIFICULTAD PARA PARTICIPAR	MAS DE 20.000	53	46,73
	Entre 20.000 Y 10000	23	61,98
	menos de 10000	25	49,96
	Total	101	
FACILIDAD O DIFICULTAD PARA GESTIONAR ASUNTOS FINANCIEROS	MAS DE 20.000	53	51,51
	ENTRE 20.000 Y 10000	23	48,43
	menos de 10000	25	52,28
	Total	101	
FACILIDAD O DIFICULTAD PARA USAR TRANSPORTE	MAS DE 20.000	53	50,45
	ENTRE 20.000 Y 10000	23	46,63
	menos de 10000	25	56,18
	Total	101	
FACILIDAD O DIFICULTAD PARA SER AUTONOMO EN SU VIVIENDA	MAS DE 20.000	53	46,85
	ENTRE 20.000 Y 10000	23	56,89
	menos de 10000	25	54,38
	Total	101	
FACILIDAD O DIFICULTAD PARA CONSEGUIR APOYO DE UN PARIENTE CERCANO	MAS DE 20.000	52	46,28
	ENTRE 20.000 Y 10000	23	63,61
	menos de 10000	25	47,22
	Total	100	
FACILIDAD O DIFICULTAD PARA CONSEGUIR AYUDA DE AMIGOS	MAS DE 20.000	52	48,08
	ENTRE 20.000 Y 10000	23	55,74
	menos de 10000	23	46,48
	Total	98	
FACILIDAD O DIFICULTAD PARA CONSEGUIR AYUDA DE VECINOS	MAS DE 20.000	52	50,93
	ENTRE 20.000 Y 10000	23	56,33
	menos de 10000	25	44,24
	Total	100	

Tras realizar el estadístico de contraste Chi-cuadrado podríamos concluir que las personas residentes en municipios entre 20.000 y 10.000 habitantes perciben mayor dificultad para conseguir el apoyo de un pariente cercano ($p=0.036$). En el resto de factores externos no se hallaron diferencias significativas.

Estadísticos de contraste^{a,b}

	Chi- cuadrado	gl	Sig. asintót.
FACILIDAD O DIFICULTAD PARA PARTICIPAR	4,708	2	,095
FACILIDAD O DIFICULTAD PARA GESTIONAR ASUNTOS FINANCIEROS	,255	2	,880
FACILIDAD O DIFICULTAD PARA USAR TRANSPORTE	1,397	2	,497
FACILIDAD O DIFICULTAD PARA SER AUTONOMO EN SU VIVIENDA	2,474	2	,290
FACILIDAD O DIFICULTAD PARA CONSEGUIR APOYO DE UN PARIENTE CERCANO	6,675	2	,036
FACILIDAD O DIFICULTAD PARA CONSEGUIR AYUDA DE AMIGOS	1,602	2	,449
FACILIDAD O DIFICULTAD PARA CONSEGUIR AYUDA DE VECINOS	2,244	2	,326

a. Prueba de Kruskal-Wallis

b. Variable de agrupación: N HABITANTES

2.3.3 Capacidad y problemas de salud según la EMDc

Otro de los elementos a tener en cuenta para determinar el grado de discapacidad junto el funcionamiento es la capacidad funcional o los problemas de salud. A continuación mostramos las tablas de frecuencias de cada uno de los ítems medidos con la EMDc

TABLA 2.3.3.1 CALIFICACIÓN DEL ESTADO DE SALUD		
	Frecuencia	Porcentaje
MUY BUENA	17	15.6
BUENA	34	31.2
MODERADA	40	36.7
MALA	18	16.5
Total	109	100

TABLA 2.3.3.2 DIFICULTAD PARA VER		
	Frecuencia	Porcentaje
NINGUNA DIFICULTAD	21	19.1
ALGUNA DIFICULTAD	38	34.5
DIFICULTAD MODERADA	31	28.2
BASTANTE DIFICULTAD	13	11.8
MUCHA DIFICULTAD	7	6.4
Total	110	100,00

TABLA 2.3.3.3 DIFICULTAD PARA OIR		
	Frecuencia	Porcentaje
NINGUNA DIFICULTAD	37	33.6
ALGUNA DIFICULTAD	39	35.5
DIFICULTAD MODERADA	23	20.9
BASTANTE DIFICULTAD	9	8.2
MUCHA DIFICULTAD	2	1.8
Total	110	100,00

TABLA 2.3.3.4 DIFICULTAD PARA CAMINAR		
	Frecuencia	Porcentaje
NINGUNA DIFICULTAD	21	19.6
ALGUNA DIFICULTAD	26	24.3
DIFICULTAD MODERADA	29	27.1
BASTANTE DIFICULTAD	21	19.6
MUCHA DIFICULTAD	10	9.3
Total	107	100,00

TABLA 2.3.3.5 DIFICULTAD PARA RECORDAR COSAS		
	Frecuencia	Porcentaje
NINGUNA DIFICULTAD	26	23.6
ALGUNA DIFICULTAD	35	31.8
DIFICULTAD MODERADA	39	35.5
BASTANTE DIFICULTAD	7	6.4
MUCHA DIFICULTAD	3	2.7
Total	110	100,00

TABLA 2.3.3.6 DIFICULTAD PARA ASEARSE O VESTIRSE		
	Frecuencia	Porcentaje
NINGUNA DIFICULTAD	24	22.2
ALGUNA DIFICULTAD	30	27.8
DIFICULTAD MODERADA	35	32.4
BASTANTE DIFICULTAD	17	15.7
MUCHA DIFICULTAD	2	1.9
Total	108	100,00

TABLA 2.3.3.7 DIFICULTAD PARA PARTICIPAR		
	Frecuencia	Porcentaje
NINGUNA DIFICULTAD	21	19.4
ALGUNA DIFICULTAD	32	29.6
DIFICULTAD MODERADA	33	30.6
BASTANTE DIFICULTAD	15	13.9
MUCHA DIFICULTAD	2	6.5
Total	110	100,00

TABLA 2.3.3.8 DIFICULTAD POR SENTIRSE TRISTE, DEPRIMIDO, PREOCUPADO O ANSIOSO		
	Frecuencia	Porcentaje
NINGUNA DIFICULTAD	16	14.5
ALGUNA DIFICULTAD	39	35.5
DIFICULTAD MODERADA	31	28.2
BASTANTE DIFICULTAD	14	12.7
MUCHA DIFICULTAD	10	9.1
Total	110	100,00

TABLA 2.3.3.9 DIFICULTAD PARA LLEVARSE BIEN CON LA GENTE CERCANA		
	Frecuencia	Porcentaje
NINGUNA DIFICULTAD	32	29.1
ALGUNA DIFICULTAD	30	27.3
DIFICULTAD MODERADA	27	24.5
BASTANTE DIFICULTAD	20	18.2
MUCHA DIFICULTAD	1	0.9
Total	110	100,00

TABLA 2.3.3.10 DIFICULTAD POR SENTIR MALESTAR O DOLOR FÍSICO		
	Frecuencia	Porcentaje
NINGUNA DIFICULTAD	18	16.4
ALGUNA DIFICULTAD	36	32.7
DIFICULTAD MODERADA	24	21.8
BASTANTE DIFICULTAD	24	21.8
MUCHA DIFICULTAD	8	7.3
Total	110	100,00

2.3.4 Reconocimiento de discapacidad y dependencia por la administración autonómica

El colectivo de las PCD precisa para garantizar el acceso a las prestaciones y servicios de bienestar, el reconocimiento del grado de discapacidad y de dependencia por parte de la administración autonómica de Castilla y León.

En cuanto a la valoración de discapacidad un 15,7% de las personas entrevistadas, están en trámite de conseguir dicha valoración y un 34,3% tiene reconocida una discapacidad entre el 33 y 55% (**TABLA 2.3.4.1**) y un 80% tiene reconocido algún grado y valoración de Dependencia (**TABLA 2.3.4.2**); el 11% está en trámite de valoración.

TABLA 2.3.4.1 PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD		
	Frecuencia	Porcentaje
En trámites de valoración	17	15,7
Un 33%	15	13,9
Entre 33 y 55%	37	34,3
Entre 55 y 65%	20	18,5
Entre 65 y 80%	14	13
Más de 80%	5	4,6

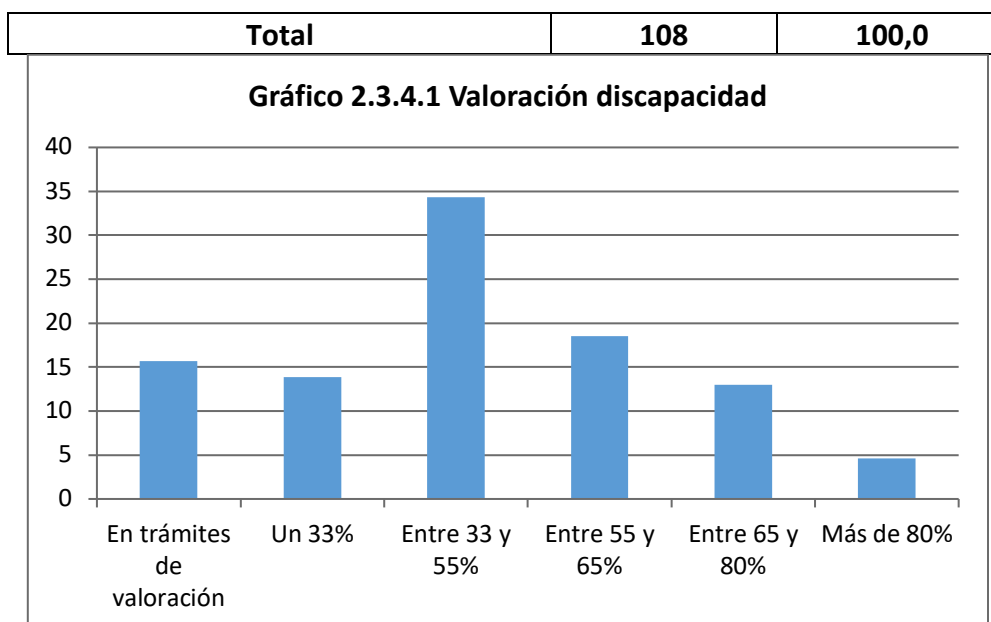


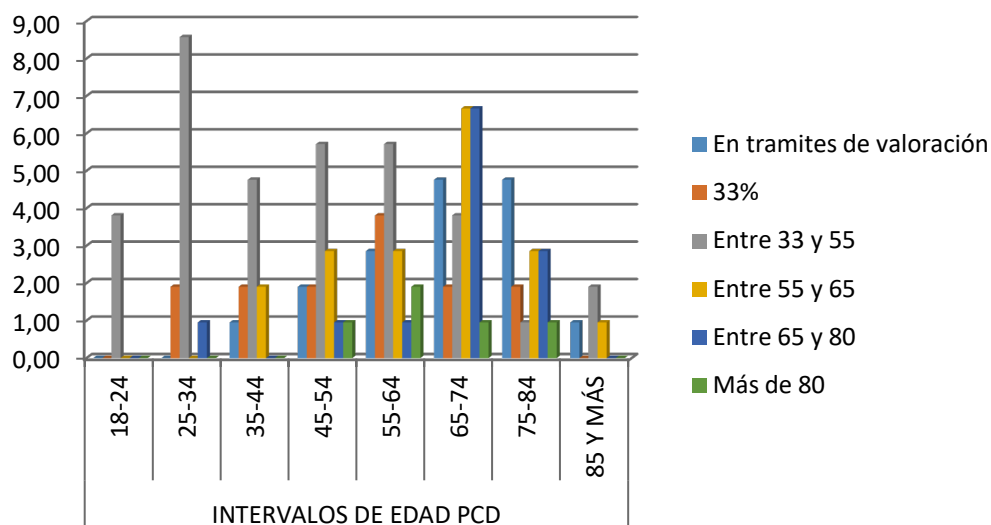
TABLA 2.3.4.2 PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD POR SEXO						
	GENERO				Total	
	MASCULINO		FEMENINO			
	Fr	Fr%	Fr	Fr%	Fr	Fr%
En trámites de valoración	6	12,00	11	18,97	17	15,74
Un 33%	9	18,00	6	10,34	15	13,89
Entre 33 y 55%	13	26,00	24	41,38	37	34,26
Entre 55 y 65%	9	18,00	11	18,97	20	18,52
Entre 65 y 80%	10	20,00	4	6,90	14	12,96
Más de 80%	3	6,00	2	3,45	5	4,63
Total	50	100,00	58	100,00	108	100,00

La mayor parte de las mujeres y de los hombres tiene reconocido un grado de discapacidad entre el 33 y el 55%

Son los mayores de 65 años los que tienen reconocido mayor grado de discapacidad situándose en el 55 y 65%. Los mayores de 75 años son los que están en trámites de valoración de la discapacidad.

Los municipios de mayor tamaño son los que tienen más personas que han iniciado el trámite de valoración de la discapacidad

2.3.4.2. Porcentaje discapacidad reconocido legalmente por edad



2.3.4.3. Porcentaje discapacidad reconocido legalmente por municipio de residencia

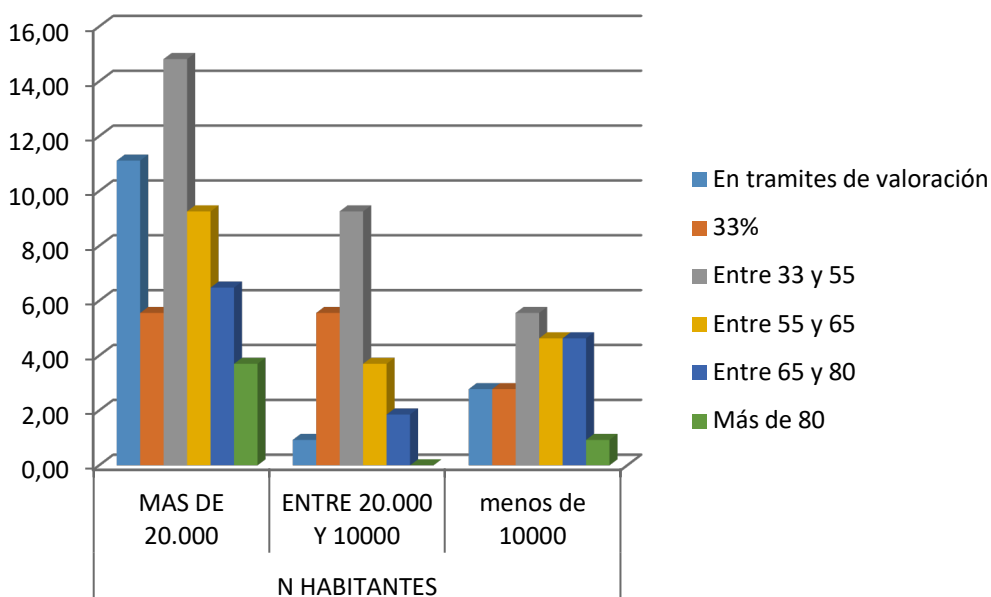


TABLA 2.3.4.3: RECONOCIMIENTO DE DEPENDENCIA		
	Frecuencia	Porcentaje
Si tiene la valoración	48	43,6
No está valorada	40	37,7
Está en trámite	18	17
Total	106	100,0

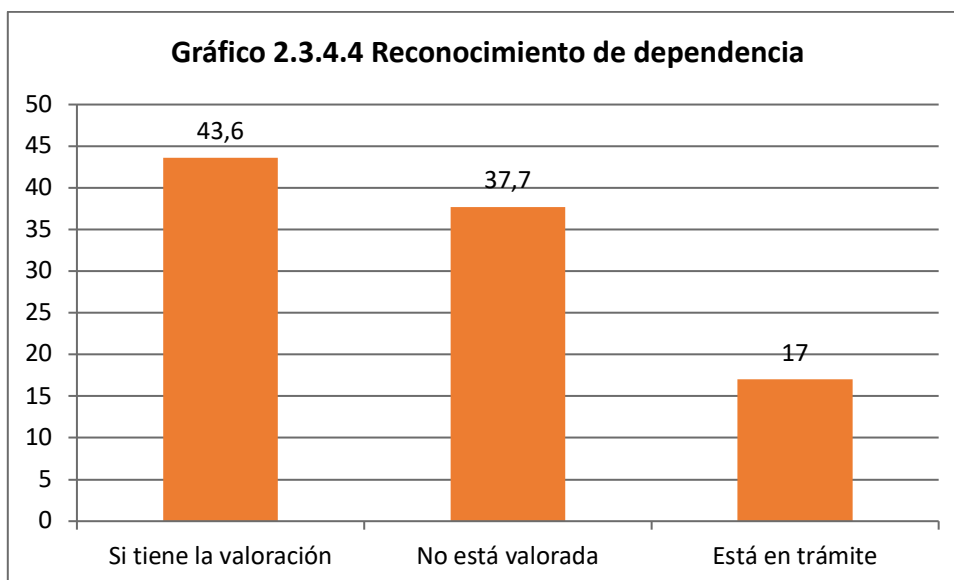
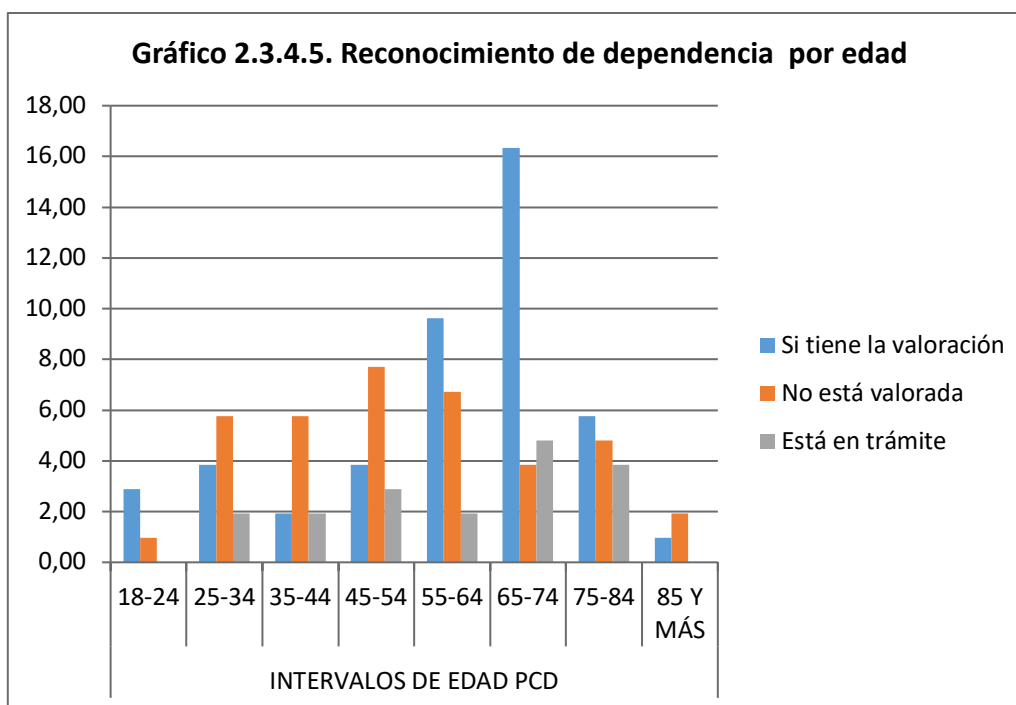


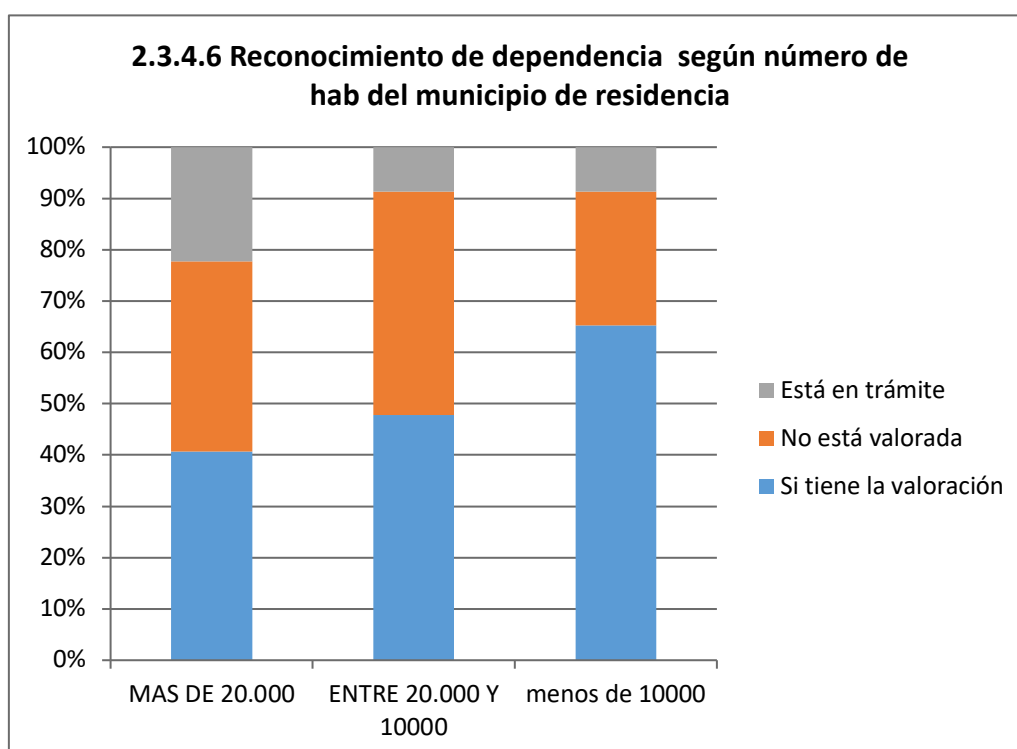
TABLA 2.3 4.4 RECONOCIMIENTO DE DEPENDENCIA POR SEXO						
	GENERO				Total	
	MASCULINO		FEMENINO			
	Fr	Fr%	Fr	Fr%	Fr	Fr%
Si tiene la valoración	26	53,06	22	38,60	48	45,28
No está valorada	17	34,69	23	40,35	40	37,74
Está en trámite	6	12,24	12	21,05	18	16,98
Total	49	100,00	57	100,00	106	100

Los hombres en mayor medida tienen valoración de dependencia (53,06%) y las mujeres son las que en mayor medida que los hombres han iniciado el procedimiento (21.05%)

El grupo de edad de los 65 a los 74 años es el grupo que tiene un mayor número de valoraciones de dependencia. También los grupos de mayor edad son los que han iniciado con mayor frecuencia el procedimiento.



El mayor número de valoraciones de dependencia se produce en los municipios de menor tamaño. Este resultado pone de manifiesto el mayor envejecimiento de las zonas rurales frente a las urbanas que conlleva la existencia de necesidades de naturaleza sociosanitaria al incrementarse el número de personas que precisan de otras para realizar las actividades de la vida diaria.



2.3.5 Percepción de las repercusiones de la discapacidad

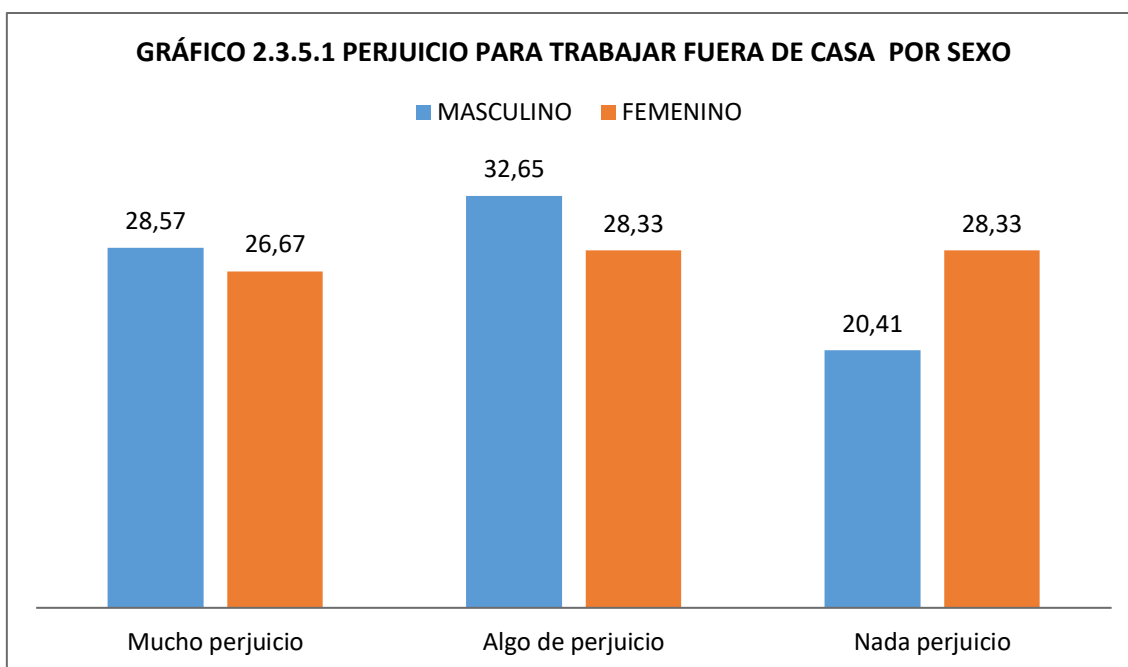
A continuación presentamos los resultados sobre la percepción de las repercusiones de la discapacidad en diferentes aspectos de la vida personal y social de las personas entrevistadas.

En torno al 60% de las PCD consideran que la discapacidad les ha repercutido negativamente a la hora de trabajar fuera de casa.

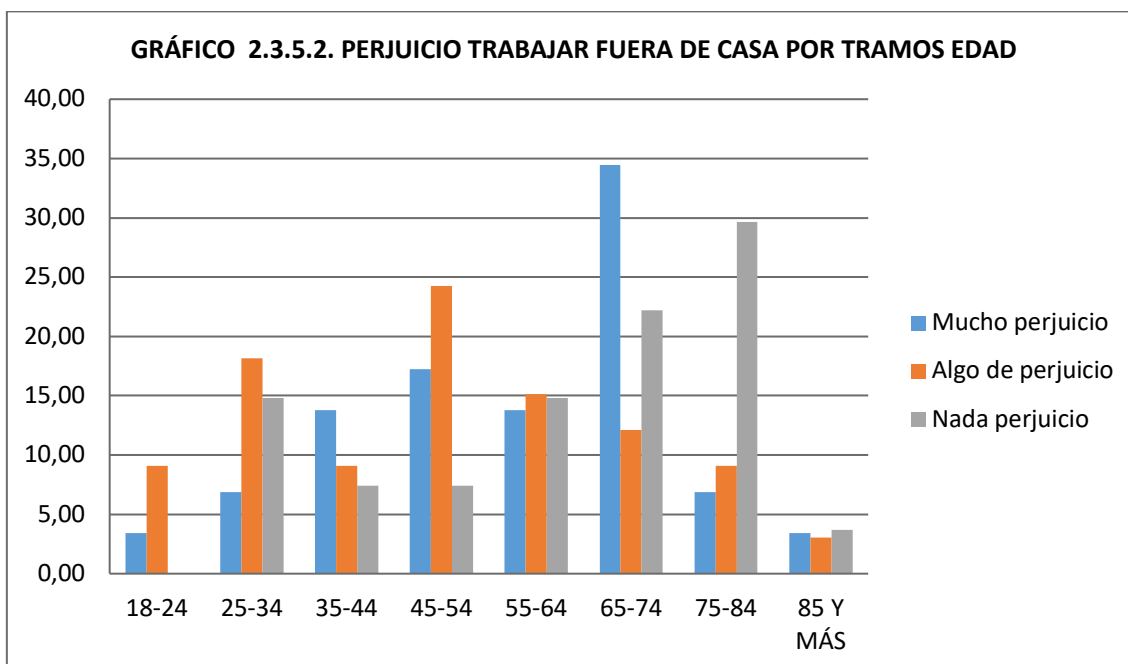
TABLA 2.3.5.1 PERJUICIO PARA TRABAJAR FUERA DE CASA			
	Frecuencia		Porcentaje
MUCHO		30	27.5
ALGO		33	30.3
NADA		27	24.8
NS/NC		19	17.4
Total		109	100

Las mujeres consideran en mayor medida que los hombres que la discapacidad les ha repercutido negativamente para trabajar fuera de casa ya que a su condición de ser PCD se suma su condición de ser mujer.

TABLA 2.3.5.2 PERJUICIO PARA TRABAJAR FUERA DE CASA POR SEXO						
	GENERO				Total	
	MASCULINO		FEMENINO			
	Fr	Fr%	Fr	Fr%	Fr	Fr%
Mucho perjuicio	14	28,57	16	26,67	30	27,52
Algo de perjuicio	16	32,65	17	28,33	33	30,28
Nada perjuicio	10	20,41	17	28,33	27	24,77
Ns/NC	9	18,37	10	16,67	19	17,43
TOTAL	49	100,00	60	100,00	109	100,00



El grupo de edad comprendido entre los 65 y 74 años considera en mayor medida que la discapacidad les ha perjudicado para trabajar fuera de casa. (Gráfico 2.3.5.1). Los mayores de 75 años consideran que la discapacidad no les perjudica para trabajar fuera de casa. Este resultado puede explicarse por el hecho de que este grupo de edad no forma parte de la población activa y no tienen necesidad de trabajar fuera de casa a diferencia de lo que ocurre con los que están en edad de trabajar. Llama la atención el que las personas con edades intermedias (entre los 35 a 54 años) consideran que la discapacidad no ha influido negativamente en trabajar fuera de casa.



Más de la mitad de las PCD consideran que la discapacidad ha influido negativamente en la posibilidad de salir con amigos.

TABLA 2.3.5.3 PERJUICIO SALIR CON AMIGOS		
	Frecuencia	Porcentaje
MUCHO PERJUICIO	20	18,2
ALGO DE PERJUICIO	51	46,4
NADA PERJUICIO	28	25,5
NS/NC	11	10,0
TOTAL	110	100,0

TABLA 2.3.5.4 PERJUICIO PARA SALIR CON AMIGOS POR SEXO						
	GENERO				Total	
	MASCULINO		FEMENINO			
	Fr	Fr%	Fr	Fr%	Fr	Fr%
Mucho perjuicio	12	24	8	13,33	20	18,18
Algo de perjuicio	19	38	32	53,33	51	46,36
Nada perjuicio	13	26	15	25,00	28	25,45
Ns/NC	6	12	5	8,33	11	10,00
TOTAL	50	100	60	100,00	110	100,00

La mayor parte de las mujeres piensan que la discapacidad les ha perjudicado algo para hacer amigos.

Las PCD entre los 65 y los 74 años en su mayoría consideran que la discapacidad les ocasiona mayor perjuicio para salir con amigos.

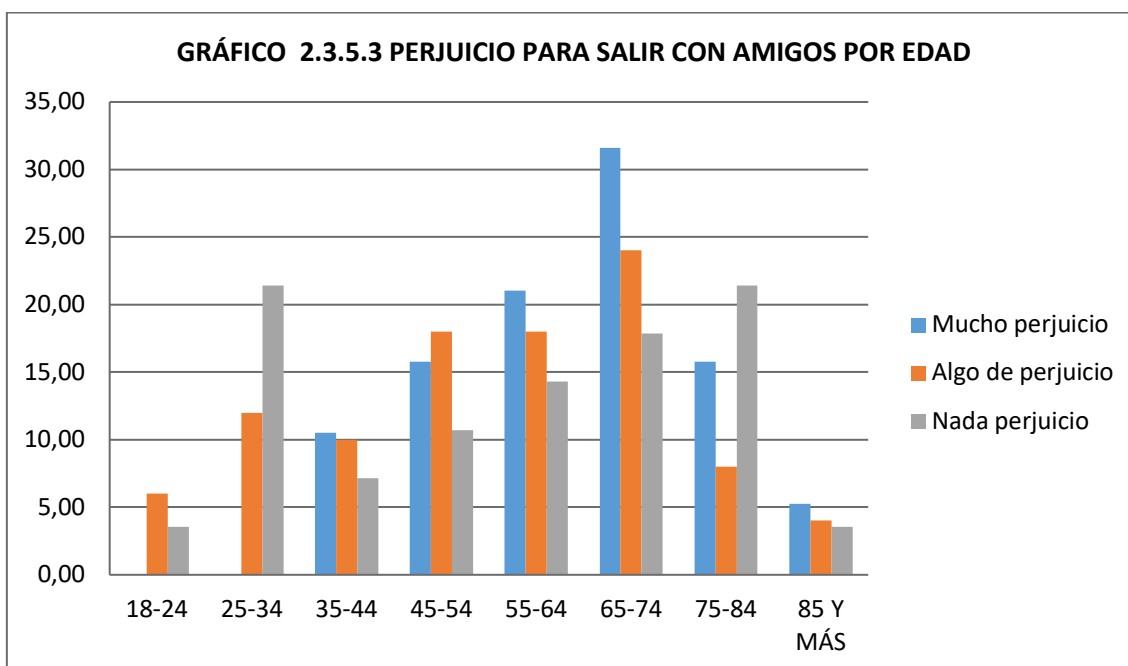


TABLA 2.3.5.5 PERJUICIO IR DE VACACIONES		
	Frecuencia	Porcentaje
MUCHO PERJUICIO	23	20,9
ALGO DE PERJUICIO	43	39,1
NADA PERJUICIO	27	24,5
NS/NC	17	15,5
TOTAL	110	100,0

TABLA 2.3.5.6 PERJUICIO PARA IR DE VACACIONES POR SEXO						
	GÉNERO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	Fr	Fr%	Fr	Fr%	Fr	Fr%
Mucho perjuicio	11	22	12	20,00	23	20,91
Algo de perjuicio	20	40	23	38,33	43	39,09
Nada perjuicio	9	18	18	30,00	27	24,55
Ns/NC	10	20	7	11,67	17	15,45
TOTAL	50	100	60	100,00	110	100,00

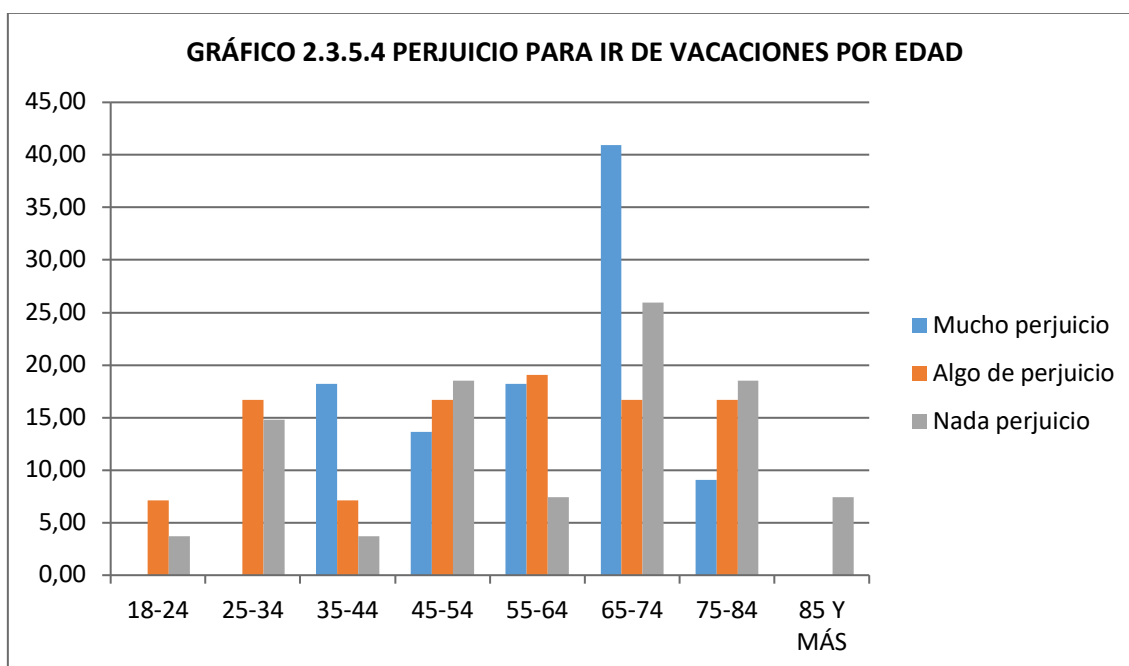


TABLA 2.3.5.7 TENER TIEMPO LIBRE PARA UNO MISMO		
	Frecuencia	Porcentaje
MUCHO PERJUICIO	17	15.5
ALGO DE PERJUICIO	43	39.1
NADA PERJUICIO	34	30.9
NS/NC	16	14.5
TOTAL	110	100,0

TABLA 2.3.5.8 PERJUICIO PARA TENER TIEMPO LIBRE PARA UNO MISO POR SEXO						
	GÉNERO				Total	
	MASCULINO		FEMENINO			
	Fr	Fr%	Fr	Fr%	Fr	Fr%
MUCHO PERJUICIO	11	22	12	20,00	23	20,91
ALGO DE PERJUICIO	21	42	23	38,33	44	40,00
NADA PERJUICIO	11	22	18	30,00	29	26,36
NS/NC	7	14	7	11,67	14	12,73
TOTAL	50	100	60	100,00	110	100,00

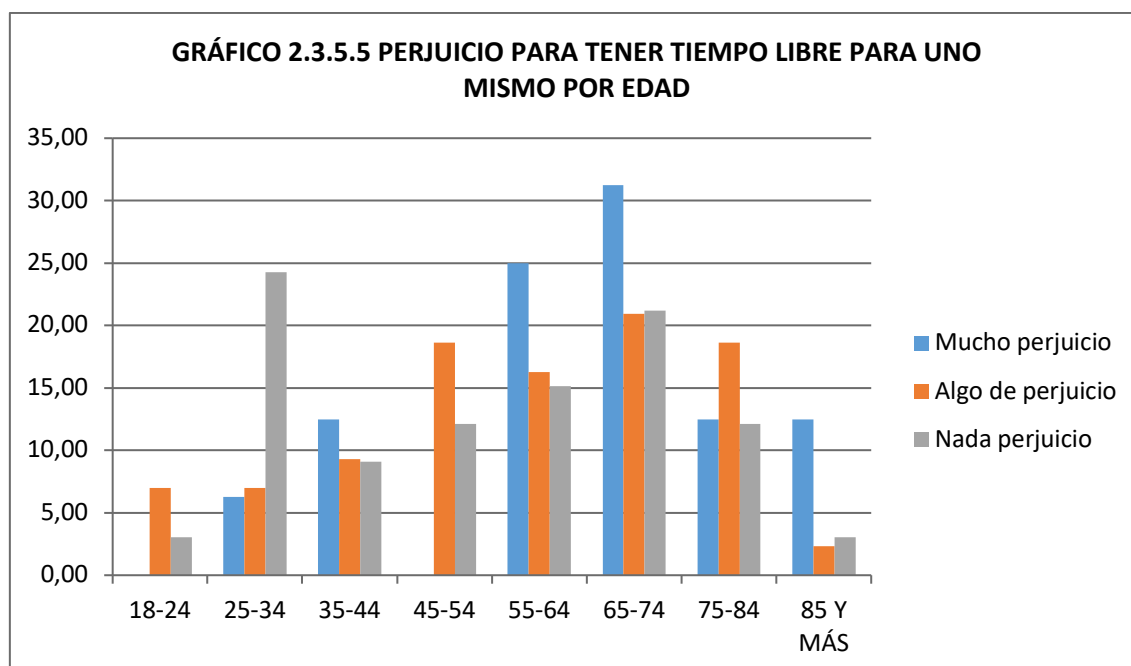


TABLA 2.3.5.9 PERJUICIO LECTURA / ASISTIR CURSOS DE FORMACIÓN		
	Frecuencia	Porcentaje
MUCHO PERJUICIO	17	15.5
ALGO DE PERJUICIO	33	30.0
NADA PERJUICIO	42	38.2
NS/NC	18	16.4
TOTAL	110	100,0

TABLA 2.3.5.10 PERJUICIO LECTURA/ASISTIR CURSOS DE FORMACIÓN						
	GÉNERO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	Fr	Fr%	Fr	Fr%	Fr	Fr%
MUCHO PERJUICIO	6	12	11,00	18,33	17,00	15,45
ALGO DE PERJUICIO	20	40	13,00	21,66	33,00	30,00
NADA PERJUICIO	17	34	25,00	41,66	42,00	38,18
NS/NC	7	14	11,00	18,33	18,00	16,36
TOTAL	50	100	60,00	100,00	110,00	100,00

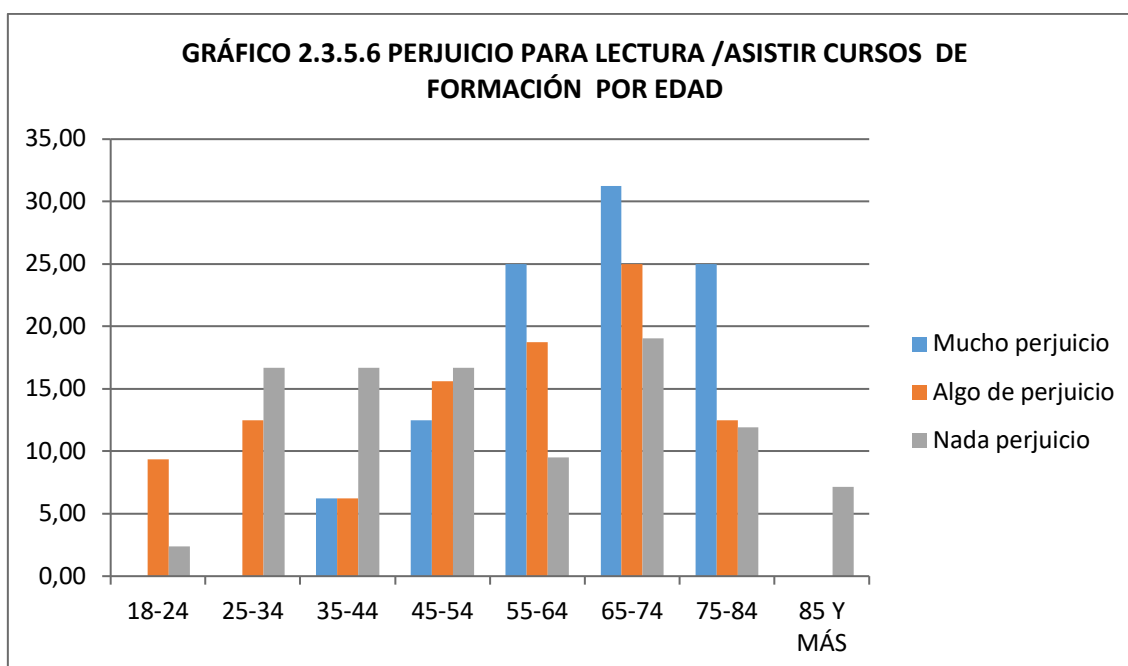


TABLA 2.3.5.11 PERJUICIO RELACIÓN DE PAREJA		
	Frecuencia	Porcentaje
MUCHO PERJUICIO	11	10.0
ALGO DE PERJUICIO	37	33.6
NADA PERJUICIO	37	33.6
NS/NC	25	22.7
TOTAL	110	100,0

TABLA 2.3.5.12 PERJUICIO RELACIÓN DE PAREJA POR SEXO						
	GÉNERO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	FR	FR%	FR	FR%	FR	FR%
MUCHO PERJUICIO	6	12	5	8,33	11	10,00
ALGO DE PERJUICIO	17	34	20	33,33	37	33,64
NADA PERJUICIO	14	28	23	38,33	37	33,64
NS/NC	13	26	12	20	25	22,73
	50	100	60	100	110	100,00

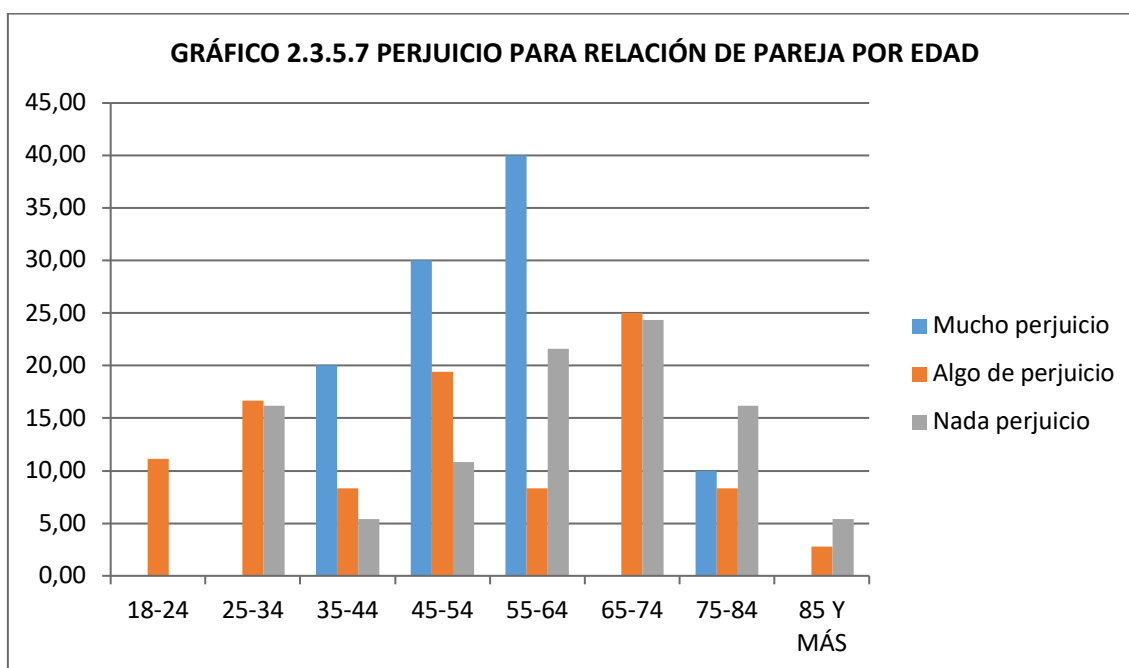


TABLA 2.3.5.13 PERJUICIO RELACIÓN CON OTROS FAMILIARES			
	Frecuencia		Porcentaje
MUCHO PERJUICIO	12		10.9
ALGO DE PERJUICIO	39		35.5
NADA PERJUICIO	43		39.1
NS/NC	16		14.5
TOTAL	110		100,0

TABLA 2.3.5.14 PERJUICIO RELACIÓN CON OTROS FAMILIARES POR SEXO						
	GÉNERO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	Fr	Fr%	Fr	Fr%	Fr	Fr%
MUCHO PERJUICIO	7	14	5	8,33	12	10,91
ALGO DE PERJUICIO	23	46	16	26,66	39	35,45
NADA PERJUICIO	13	26	30	50	43	39,09
NS/NC	7	14	9	15	16	14,55
	50	100	60	100	110	100,00

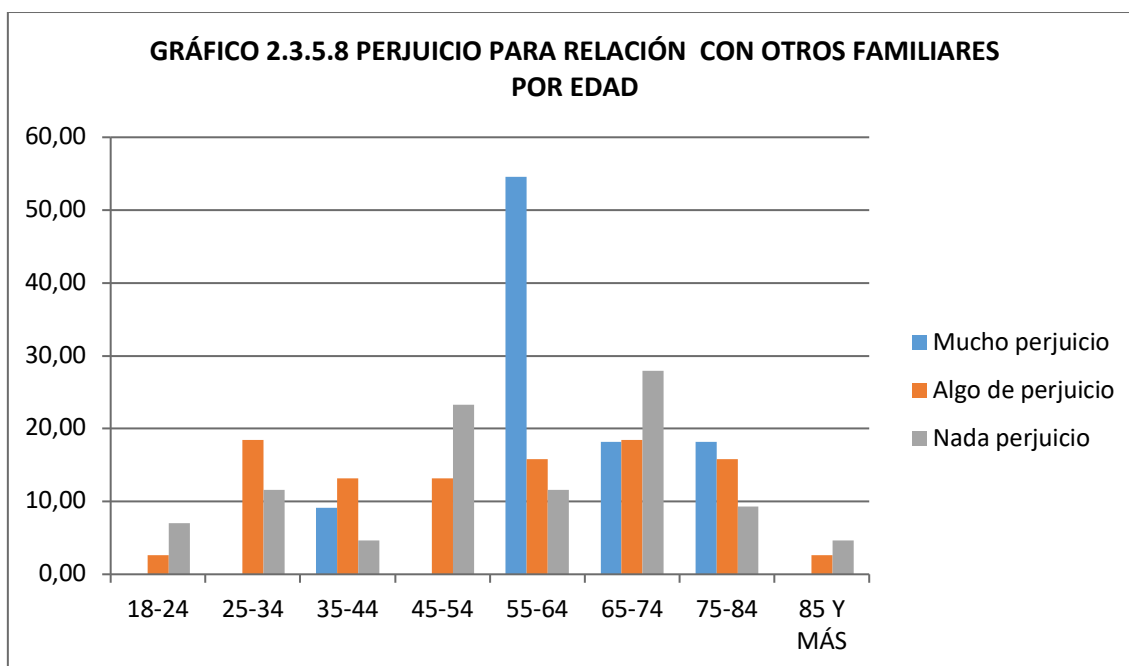


TABLA 2.3.5.15 PERJUICIO EN EL ESTADO DE SALUD		
	Frecuencia	Porcentaje
MUCHO PERJUICIO	27	24.5
ALGO DE PERJUICIO	43	39.1
NADA PERJUICIO	24	21.8
NS/NC	16	14.5
TOTAL	110	100,0

TABLA 2.3.5.16 PERJUICIO ESTADO DE SALUD POR SEXO						
	GÉNERO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	FR	FR%	FR	FR%	FR	FR%
MUCHO PERJUICIO	12	24	15	25	27	24,55
ALGO DE PERJUICIO	19	38	24	40	43	39,09
NADA PERJUICIO	10	20	14	23,33	24	21,82
NS/NC	9	18	7	11,66	16	14,55
	50	100	60	100	110	100,00

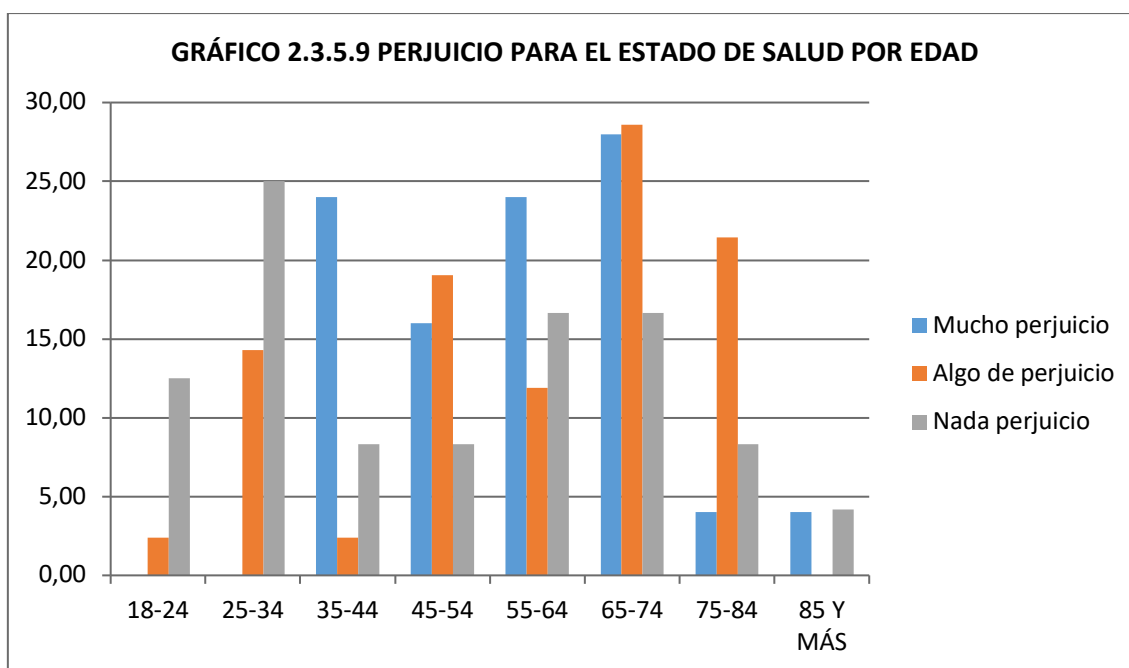


TABLA 2.3.5.17 PERJUICIO PODER ADQUISITIVO		
	Frecuencia	Porcentaje
MUCHO PERJUICIO	19	17.3
ALGO DE PERJUICIO	44	40.0
NADA PERJUICIO	27	24.5
NS/NC	20	18.2
TOTAL	110	100,0

TABLA 2.3.5.18 PERJUICIO PODER ADQUISITIVO POR SEXO						
	GÉNERO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	FR	FR%	FR	FR%	FR	FR%
MUCHO PERJUICIO	9	18	10	16,66	19	17,27
ALGO DE PERJUICIO	20	40	24	40	44	40,00
NADA PERJUICIO	10	20	17	28,33	27	24,55
NS/NC	11	22	9	15	20	18,18
	50	100	60	100	110	100,00

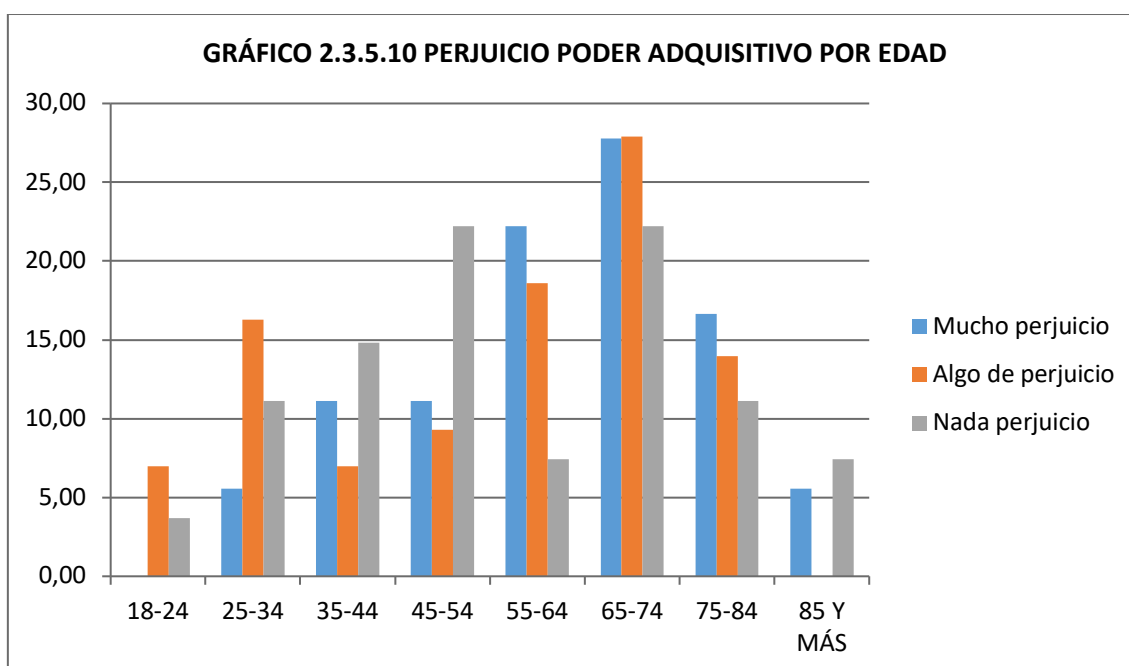


TABLA 2.3.5.19 PERJUICIO REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

	Frecuencia	Porcentaje
MUCHO PERJUICIO	24	21.8
ALGO DE PERJUICIO	42	38.2
NADA PERJUICIO	25	22.7
NS/NC	19	17.3
TOTAL	110	100,0

TABLA 2.3.5.20 PERJUICIO REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA POR SEXO

	GENERO				Total	
	MASCULINO		FEMENINO		Fr	Fr%
	Fr	Fr%	Fr	Fr%		
Mucho perjuicio	10	9,17	14	12,84	24	21,82
Algo de perjuicio	23	21,10	19	17,43	42	38,18
Nada perjuicio	9	8,26	16	14,68	25	22,73
Ns/NC	8	7,34	11	10,09	19	17,27
	50	45,87	60	55,05	110	100,00

GRÁFICO 2.3.5.11 PERJUICIO PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA POR EDAD

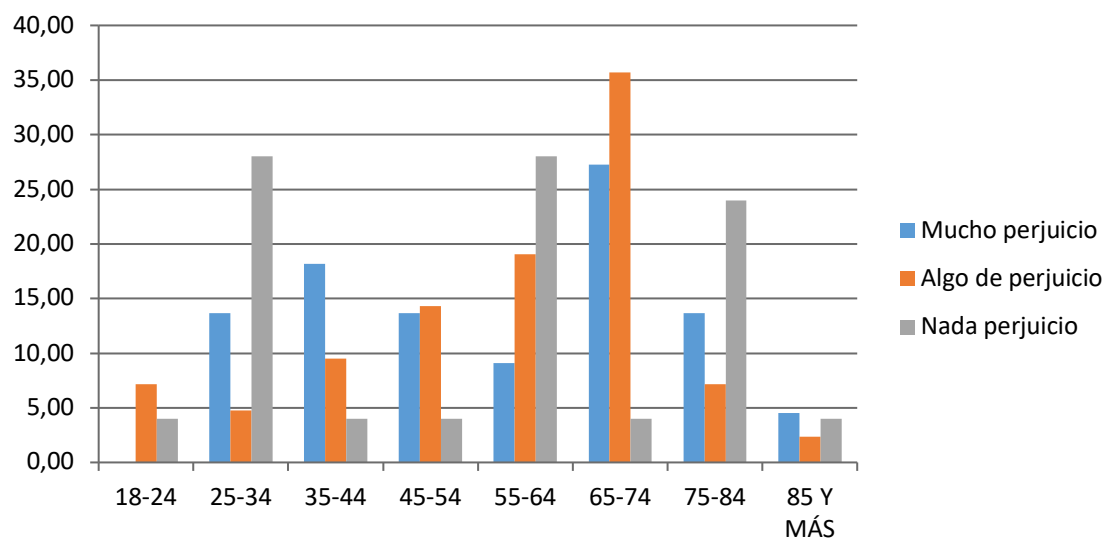
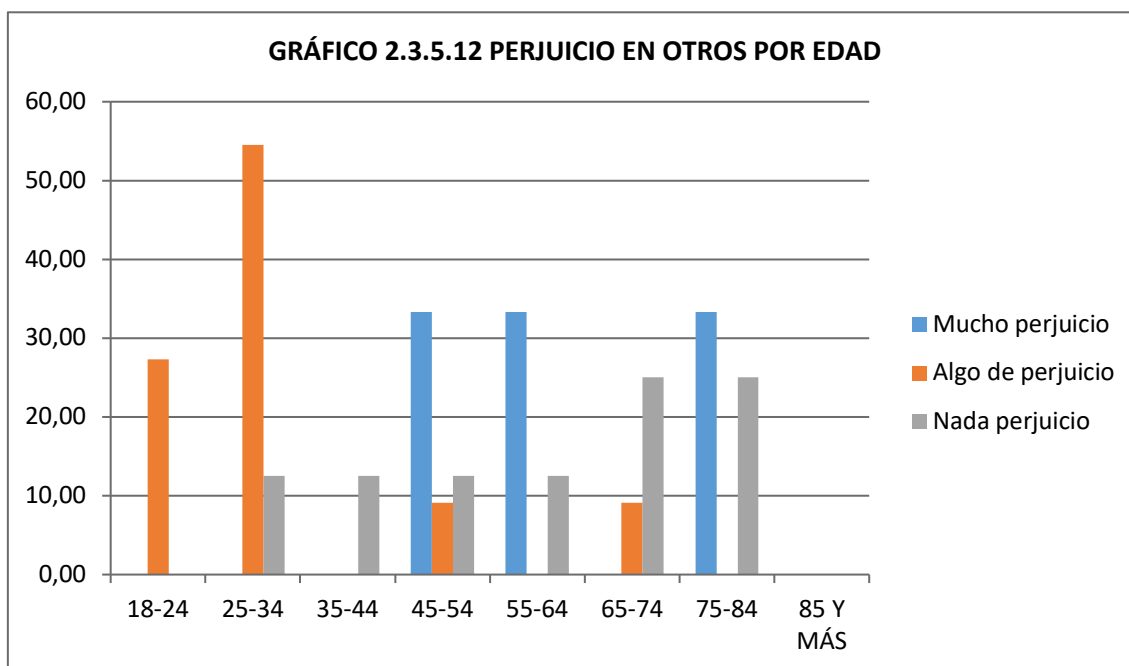


TABLA 2.3.5.21 PERJUICIO EN OTRAS		
	Frecuencia	Porcentaje
MUCHO PERJUICIO	4	3.6
ALGO DE PERJUICIO	11	10.0
NADA PERJUICIO	8	7.3
NS/NC	87	79.1
TOTAL	110	100,0

TABLA 2.3.5.22 PERJUICIO PARA REALIZAR OTRAS ACTIVIDADES POR SEXO						
	GENERO				Total	
	MASCULINO		FEMENINO			
	Fr	Fr%	Fr	Fr%	Fr	Fr%
Mucho perjuicio	2	1,83	2	1,83	4	3,64
Algo de perjuicio	4	3,67	7	6,42	11	10,00
Nada perjuicio	4	3,67	4	3,67	8	7,27
Ns/NC	40	36,70	47	43,12	87	79,09
	50	45,87	60	55,05	110	100,00



2.4 APOYOS PARA LA ATENCIÓN A LAS NECESIDADES SOCIO SANITARIAS

2.4.1 Percepción sobre las dificultades o necesidades socio sanitarias

Cuando se preguntó a las PCD sobre las dificultades o necesidades de carácter socio sanitario más del 50% de la muestra no sabía o no contestó. El resto apuntaron la existencia de barreras arquitectónicas (12.7%), caminar (7.3%) y la rehabilitación (7.3%)

TABLA 2.4.1.1 PRINCIPAL DIFICULTAD Y/O NECESIDAD SOCIO SANITARIA A LA QUE SE ENFRENTA DIA A DIA		
	Frecuencia	Porcentaje
ABVD	7	6,4
Rehabilitación	8	7,3
Caminar	9	8,2
Dolor	7	6,4
Barreras arquitectónicas	14	12,7
Relaciones Personales. Soledad	4	3,6
Trabajo	1	0,9
otros	4	3,6
Ns/NC	56	50,9
TOTAL	110	100,0

Las mujeres referenciaron un mayor porcentaje respecto a las barreras arquitectónicas, las actividades básicas de la vida diaria y la rehabilitación. Los hombres señalaron con mayor porcentaje caminar, seguido de padecer dolor y de la existencia de las barreras arquitectónicas. (Tabla 2.4.1.2)

TABLA 2.4.1.2 PRINCIPAL DIFICULTAD Y/O NECESIDAD SOCIOSANITARIA A LA QUE SE ENFRENTA DIA A DÍA POR SEXO						
	GENERO				Total	
	MASCULINO		FEMENINO			
	Fr	Fr%	Fr	Fr%	Fr	Fr%
ABVD	3	9,68	4	17,39	7	12,96
Rehabilitación	4	12,90	4	17,39	8	14,81
Caminar	7	22,58	2	8,70	9	16,67
Dolor	5	16,13	2	8,70	7	12,96
Barreras arquitectónicas	5	16,13	9	39,13	14	25,93
Relaciones Personales. Soledad	2	6,45	2	8,70	4	7,41
Trabajo	1	3,23	0	0,00	1	1,85
Otros	4	12,90	0	0,00	4	7,41
TOTAL	31	100,00	23	100,00	54	100,00

Los resultados obtenidos en razón de la edad se centraron en las características personales como la realización de actividades básicas de la vida diaria y caminar para los mayores de 65 años y más. Los que tienen un rango de edad entre los 55 y los 64 años hicieron más hincapié en factores externos como la existencia de barreras arquitectónicas, el dolor y la soledad.

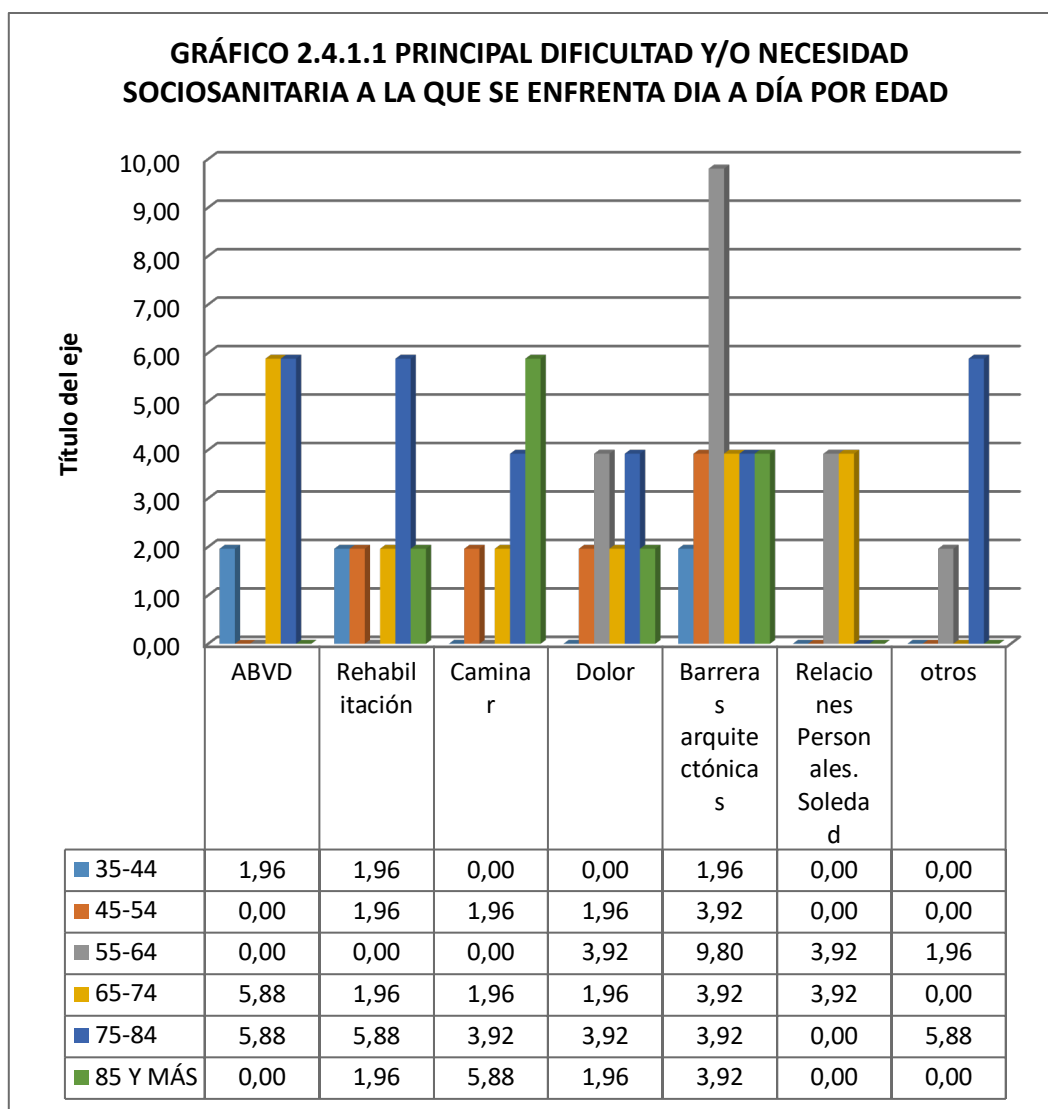
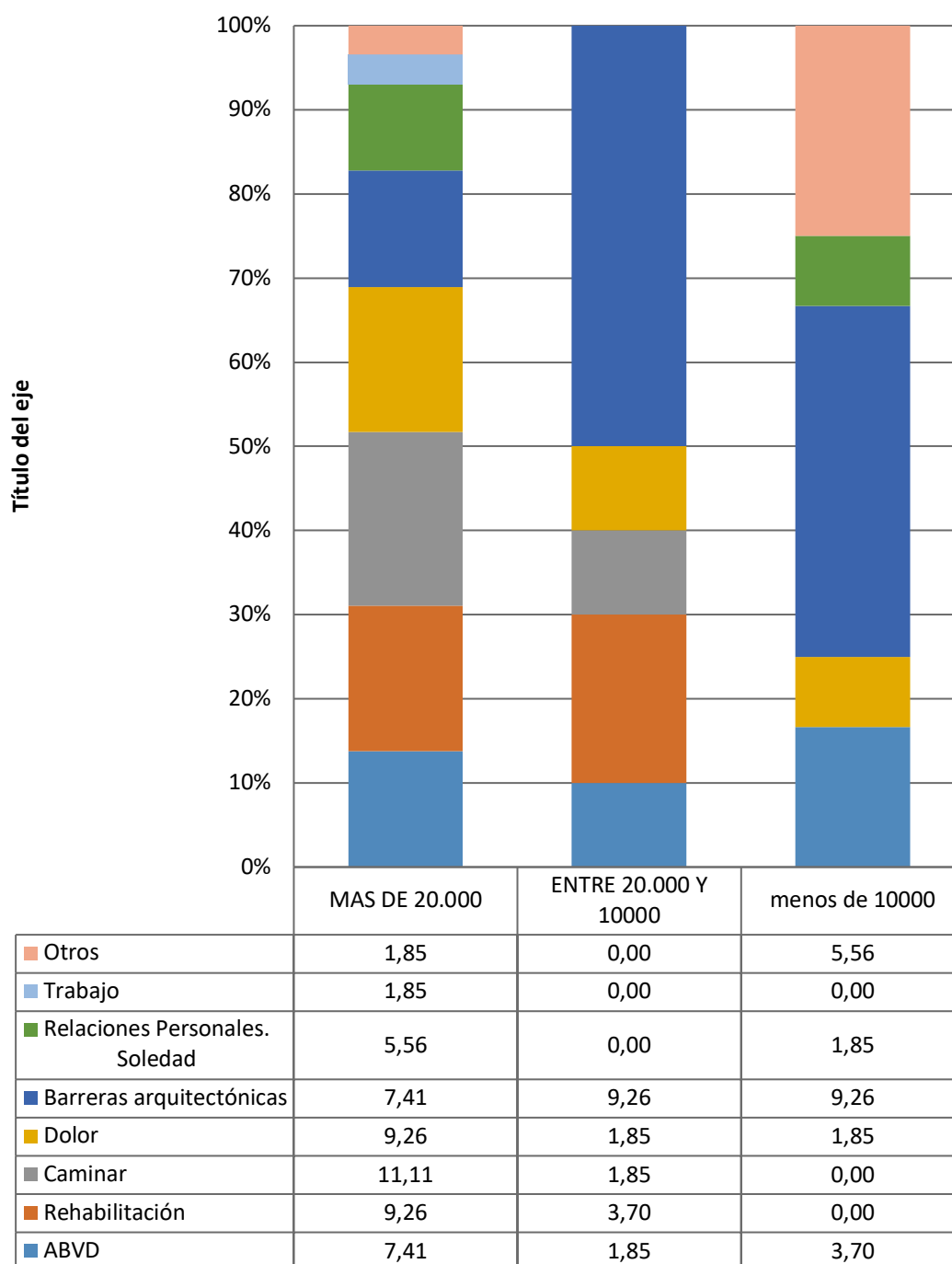


GRÁFICO 2.4.1.2 PRINCIPAL DIFICULTAD Y/O NECESIDAD SOCIOSANITARIA A LA QUE SE ENFRENTA DIA A DÍA POR TAMAÑO DEL MUNICIPIO DE RESIDENCIA



2.4.2 Características de la persona con discapacidad y su relación con su cuidador

En las siguientes tablas y gráficas presentamos los resultados de las personas con discapacidad en relación con la persona que le cuida. Respecto al parentesco, fundamentalmente a las personas con discapacidad les cuidan familiares directos: el 28% es cónyuge, el 38% son padre o madre y el 15% hijo/a (TABLA 2.4.2.1), conviviendo el 67,3% con la persona atendida o cuidada (TABLA 2.4.2.2).

TABLA 2.4.2.1.: PARENTESCO DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD CON SU CUIDADOR		
	Frecuencia	Porcentaje
Madre/Padre	19	17,3
Cónyuge	28	25,5
Hijo/a	11	10,0
Hermano	17	15,5
Amistad	3	2,7
Otro	22	20,0
Total	110	100,0

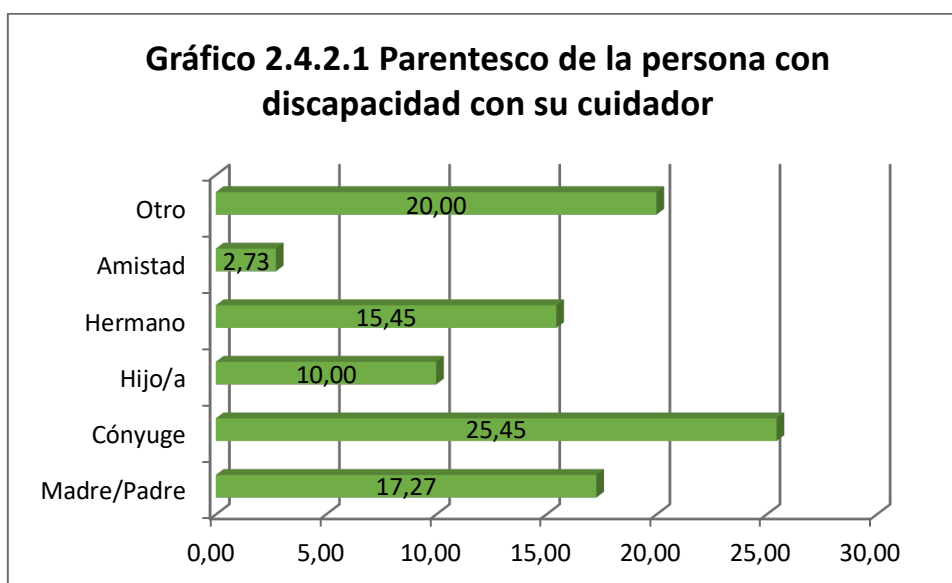
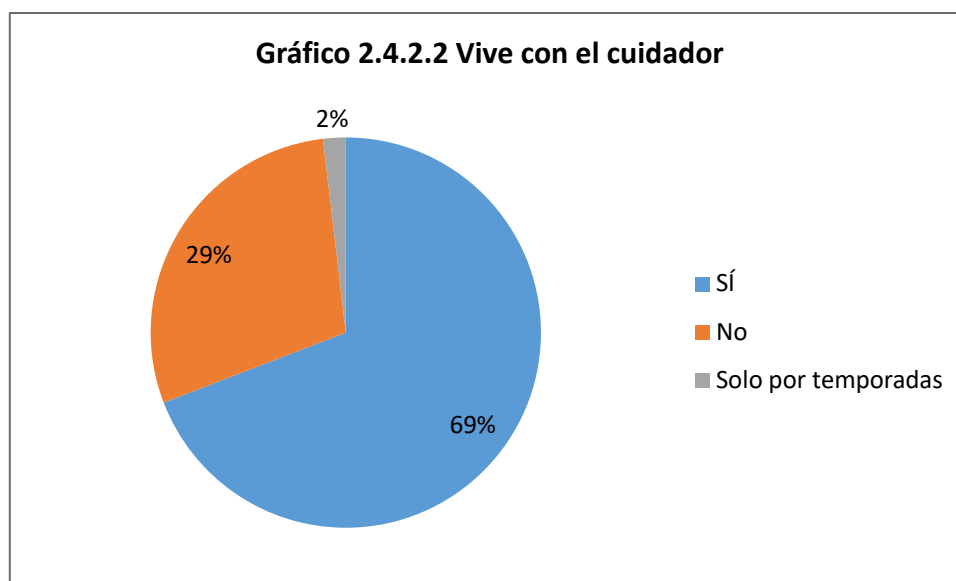
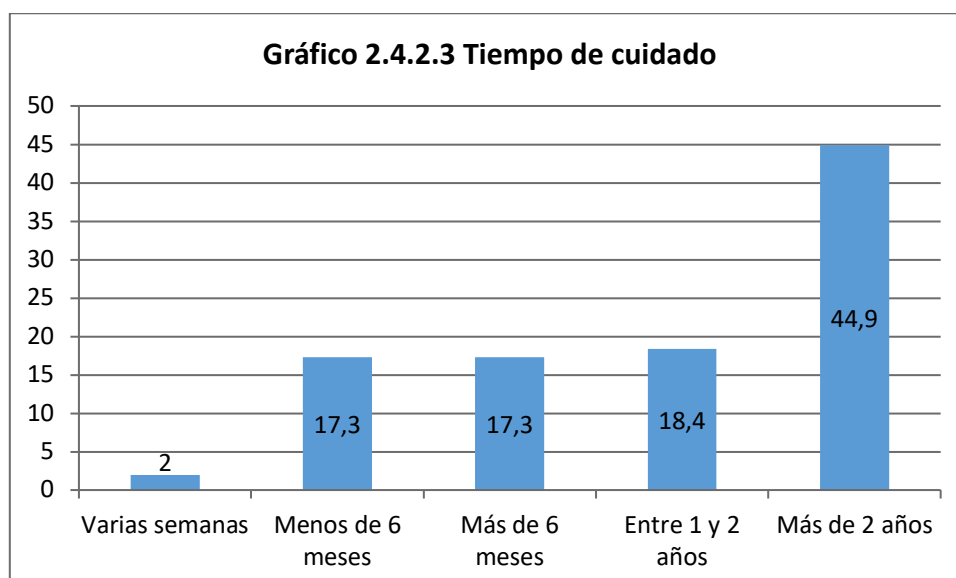


TABLA 2.4.2.2 : CONVIVENCIA CON EL CUIDADOR		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	74	67,3
No	31	28,2
Solo por temporadas	2	1,8
NS/NC	3	2,7
Total	110	100,0



En cuanto al tiempo del cuidado, el 40% lleva asumiendo esta tarea más de 2 años (TABLA 2.4.2.3).

TABLA 2.4.2.3 TIEMPO HACE QUE ESTÁ RECIBIENDO ATENCIÓN DE SU CUIDADOR		
	Frecuencia	Porcentaje
Varias semanas	2	1,8
Menos de 6 semanas	17	15,5
Más de 6 meses	17	15,5
Entre 1 y 2 años	18	16,4
Más de 2 años	44	40,0
NS	12	89,1
Total	110	10,9

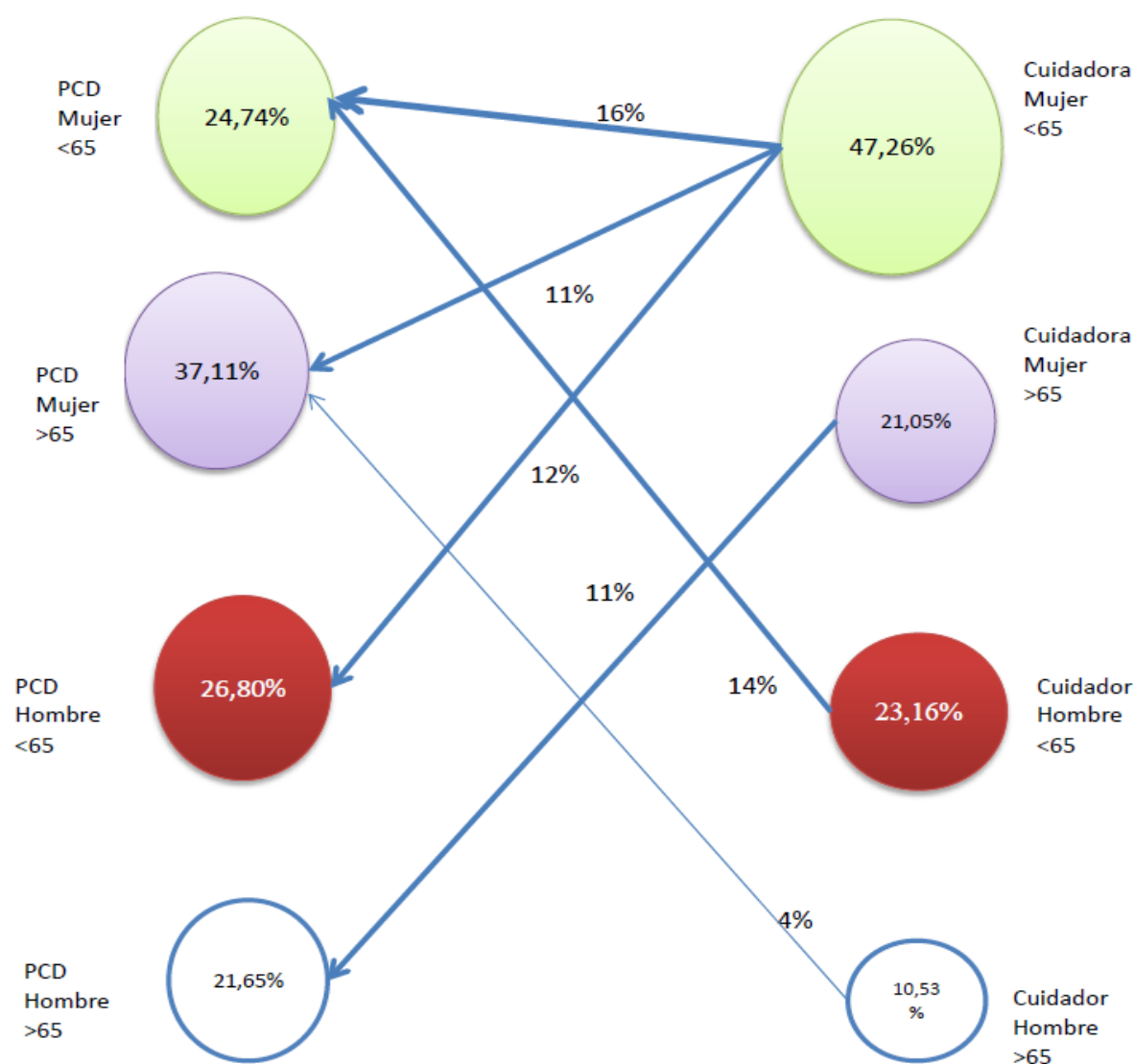


Los cuidadores de las personas con discapacidad son mujeres en la mayor parte de los casos (66.3%) y en todas las edades (**TABLA 2.4.2.4**). El 47,26% son mujeres menores de 65 años.

TABLA 2.4.2.4: EDAD DE LOS CUIDADORES Y GÉNERO (EN %)						
Edad	GÉNERO				Total	
	MASCULINO		FEMENINO			
	FR	Fr(%)	FR	Fr(%)	FR	Fr(%)
25-34	1	3,13	1	1,59	2	2,1
35-44	4	12,50	16	25,40	20	21,1
45-54	7	21,88	18	28,57	25	26,3
55-64	10	31,25	8	12,70	18	18,9
65-74	6	18,75	15	23,81	21	22,1
75-84	1	3,13	4	6,35	5	5,3
85 Y MÁS	3	9,38	1	1,59	4	4,2
TOTAL	32	100,00	63	100,00	95	100,0

El 53,27% de las PCD que son atendidas tienen más de 65 años, lo cual da idea también de la importancia de personas mayores en el colectivo de la discapacidad, consecuencia lógica del envejecimiento, incremento de la esperanza de vida y de las mejores condiciones personales y sociales de este colectivo. La Tabla **2.4.2.5** muestra que el colectivo de personas mayores con discapacidad entre los 65 y 75 años son cuidados también por personas en esta franja de edad.

Gráfico 2.4.2.4: Relación entre personas con discapacidad que reciben cuidados y sus cuidadores según edad y sexo



Nota: Las flechas indican la frecuencia en porcentajes de los cuidadores que proporcionan cuidados a las personas con discapacidad según su género y si son mayores o menores de 65 años; no se representan todos los flujos para facilitar la lectura.

TABLA 2.4.2.5 RELACIÓN DE EDADES DE LOS CUIDADORES CON LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN %								
Edad Cuidador	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85 Y MÁS	
Edad PCD								
18-24	0,00	1,06	3,19	0,00	0,00	0,00	0,00	4,26
25-34	0,00	3,19	4,26	3,19	1,06	0,00	0,00	11,70
35-44	1,06	3,19	2,13	2,13	2,13	0,00	0,00	10,64
45-54	0,00	4,26	5,32	1,06	2,13	0,00	1,06	13,83
55-64	1,06	3,19	4,26	7,45	2,13	0,00	0,00	18,09
65-74	0,00	5,32	4,26	2,13	11,70	0,00	2,13	25,53
75-84	0,00	1,06	3,19	2,13	2,13	4,26	0,00	12,77
85 Y MÁS	0,00	1,06	0,00	1,06	0,00	1,06	0,00	3,19
	2,13	22,34	26,60	19,15	21,28	5,32	3,19	100,00

TABLA 2.4.2.6 Frecuencia con la que el cuidador proporciona ayuda		
	Frecuencia	Porcentaje
Ocasional, esporádico, en algún momento de necesidad o urgencia	54	49,1
Durante todo el día	45	40,9
NS/NC	11	10,0
	110	100,0

2.5 SERVICIOS SOCIO SANITARIOS

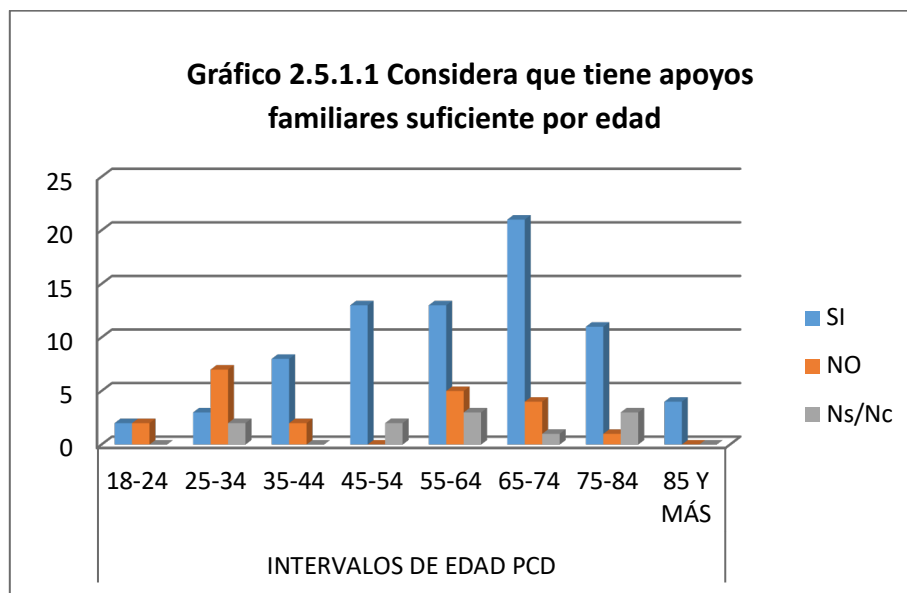
2.5.1 PERCEPCIÓN SOBRE LOS APOYOS FAMILIARES Y SOCIALES

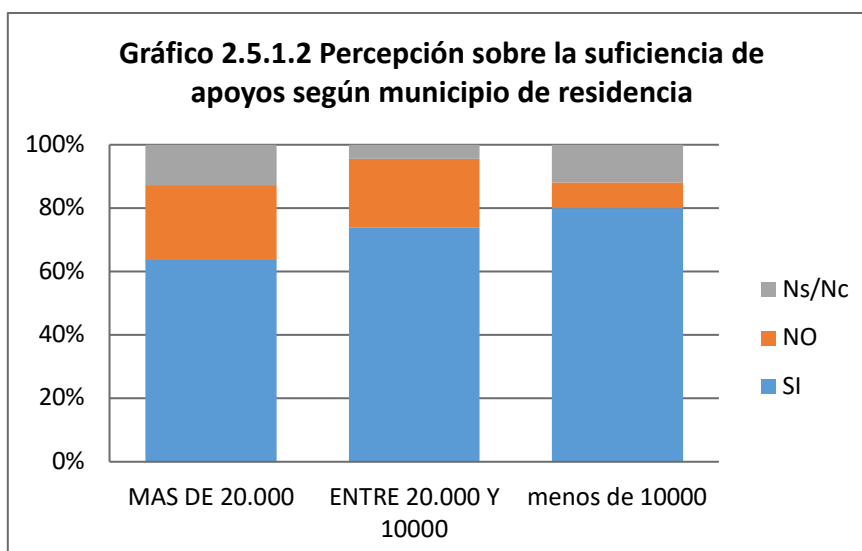
Respecto de la valoración que las PCD hacen sobre la suficiencia de los apoyos familiares y sociales, más del 75% perciben que tiene los apoyos necesarios para vivir de forma autónoma (TABLA 2.5.1.1), siendo las mujeres las que expresan con mayor frecuencia la suficiencia de los mismos (TABLA 2.5.1.2). Por grupos de edad, el grupo de edad comprendida entre los 25 y 34 años percibe que no tiene los suficientes apoyos. En el resto de los grupos la tendencia cambia siendo el grupo de edad entre los 65 y los 74 años los que afirman con mayor frecuencia que disponen de los apoyos necesarios para sobrellevar la situación. A partir de los 75 años la percepción sobre la suficiencia de los apoyos va empeorando quizá porque son las personas más vulnerables. (TABLA 2.5.1.2 Y GRÁFICO 2.5.1.1)

Las PCD que residen en los municipios más pequeños perciben que tienen los apoyos suficientes en mayor medida que los residentes de las ciudades. (Gráfico 1.5.1.2)

TABLA 2.5.1.1 CONSIDERA QUE TIENE APOYOS FAMILIARES Y SOCIALES SUFICIENTES PARA SOBRELLEVAR SU SITUACIÓN		
	Frecuencia	Porcentaje
SI	77	70,0
NO	24	21,8
Ns/Nc	9	8,2
Total	110	100,0

TABLA 2.5.1.2 CONSIDERA QUE TIENE APOYOS FAMILIARES Y SOCIALES SUFICIENTES PARA SOBRELLEVAR SU SITUACIÓN POR GÉNERO						
	GÉNERO				Total	
	MASCULINO		FEMENINO			
	FR	FR%	FR	FR%	FR	FR%
SI	33	66	44	73,33	77	70,00
NO	12	24	10	16,67	22	20,00
Ns/Nc	5	10	6	10,00	11	10,00
TOTAL	50	100	60	100,00	110	100,00



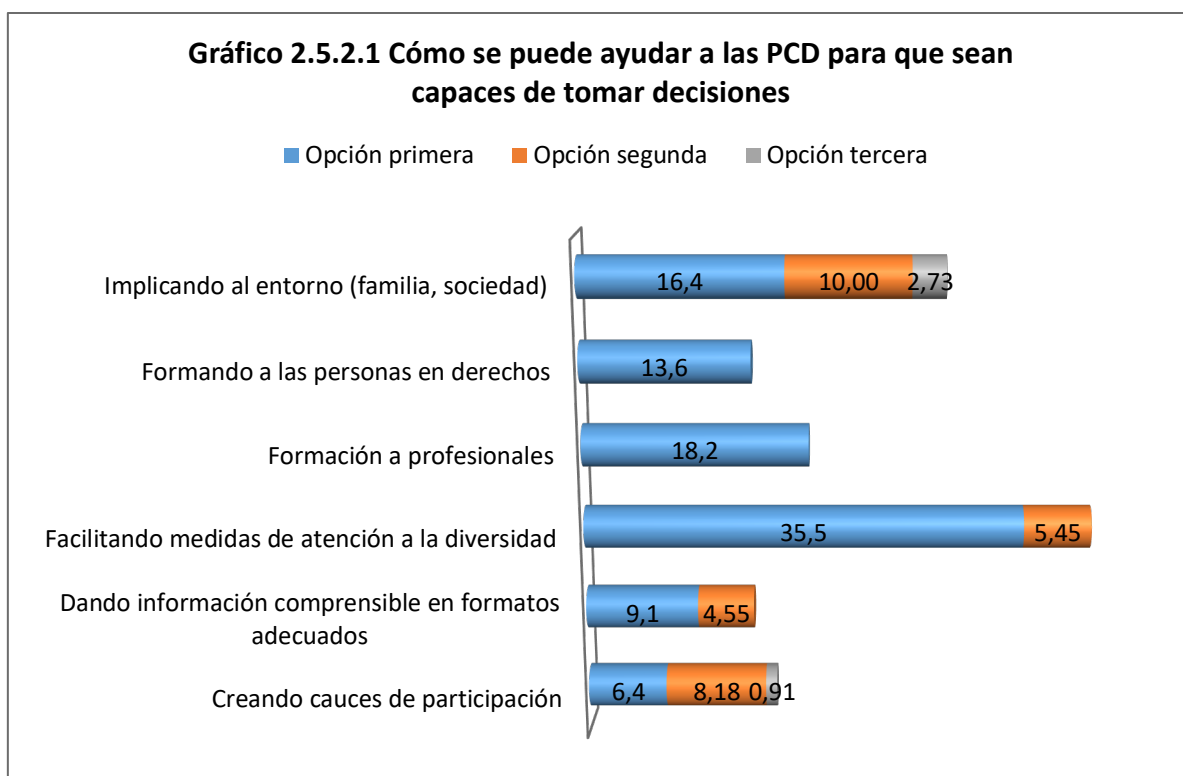


2.5.2 Percepción sobre diferentes problemas centrados en la autonomía

El apartado 2.5.2 muestra que existe heterogeneidad sobre la percepción de los problemas y las soluciones que las PCD vislumbran y que se recogen en los gráficos 2.5.2.1 al 2.5.2.4.

Una conclusión a la que podemos llegar tras la aplicación del cuestionario es de carácter metodológico. Resaltamos la dificultad que los entrevistados han tenido para seleccionar una alternativa de las muchas que se ofrecía. Algunos de ellos han proporcionado hasta tres alternativas.

Más del 40% de las personas entrevistadas han considerado que facilitar medidas de atención a la diversidad e implicar al entorno son dos formas adecuadas de ayudar a las PCD para que sean capaces de tomar decisiones.

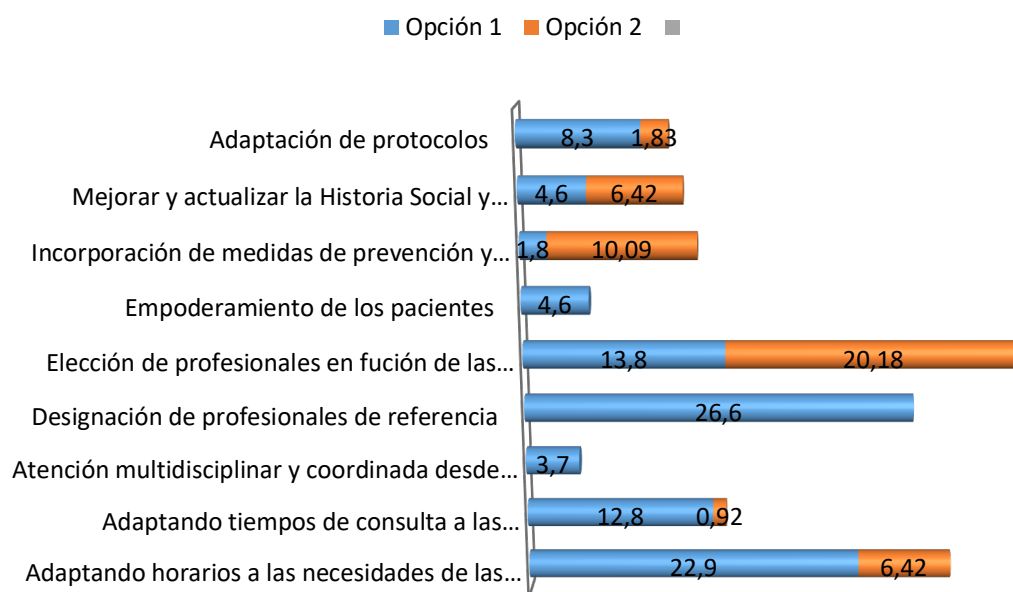


En cuanto a las medidas para mejorar la calidad de vida de las PCD las dos más destacadas tienen que ver con la elección de profesionales para la satisfacción de las necesidades, así como con la adaptación de horarios a las necesidades de las personas.

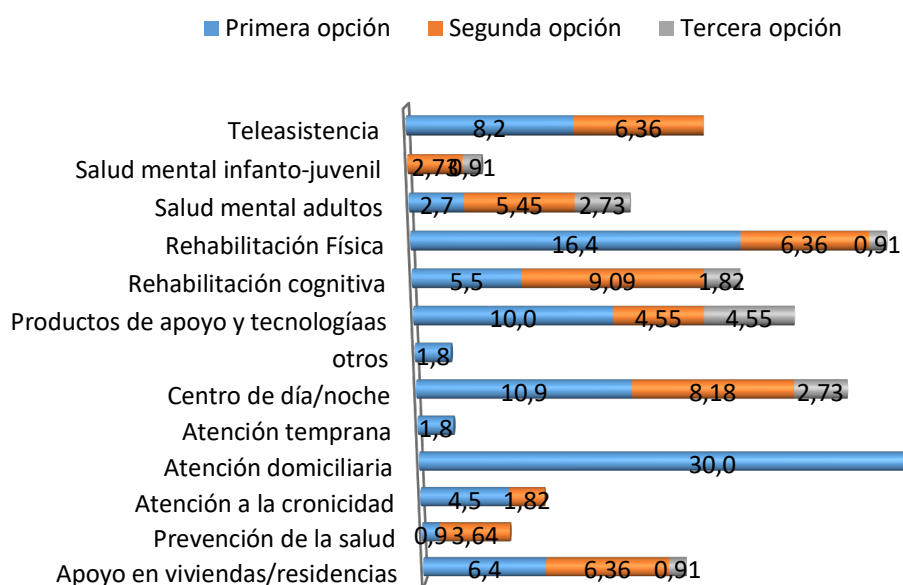
Destaca la atención domiciliaria por encima de cualquier otro programa o servicio con relevancia para las PCD seguida de la rehabilitación.

Cuando se les pregunta por la accesibilidad a los servicios, la mayor parte considera que la eliminación de barreras físicas son imprescindibles para mejorar la accesibilidad en primer lugar y el cambio de ubicación de los mismos en segundo lugar.

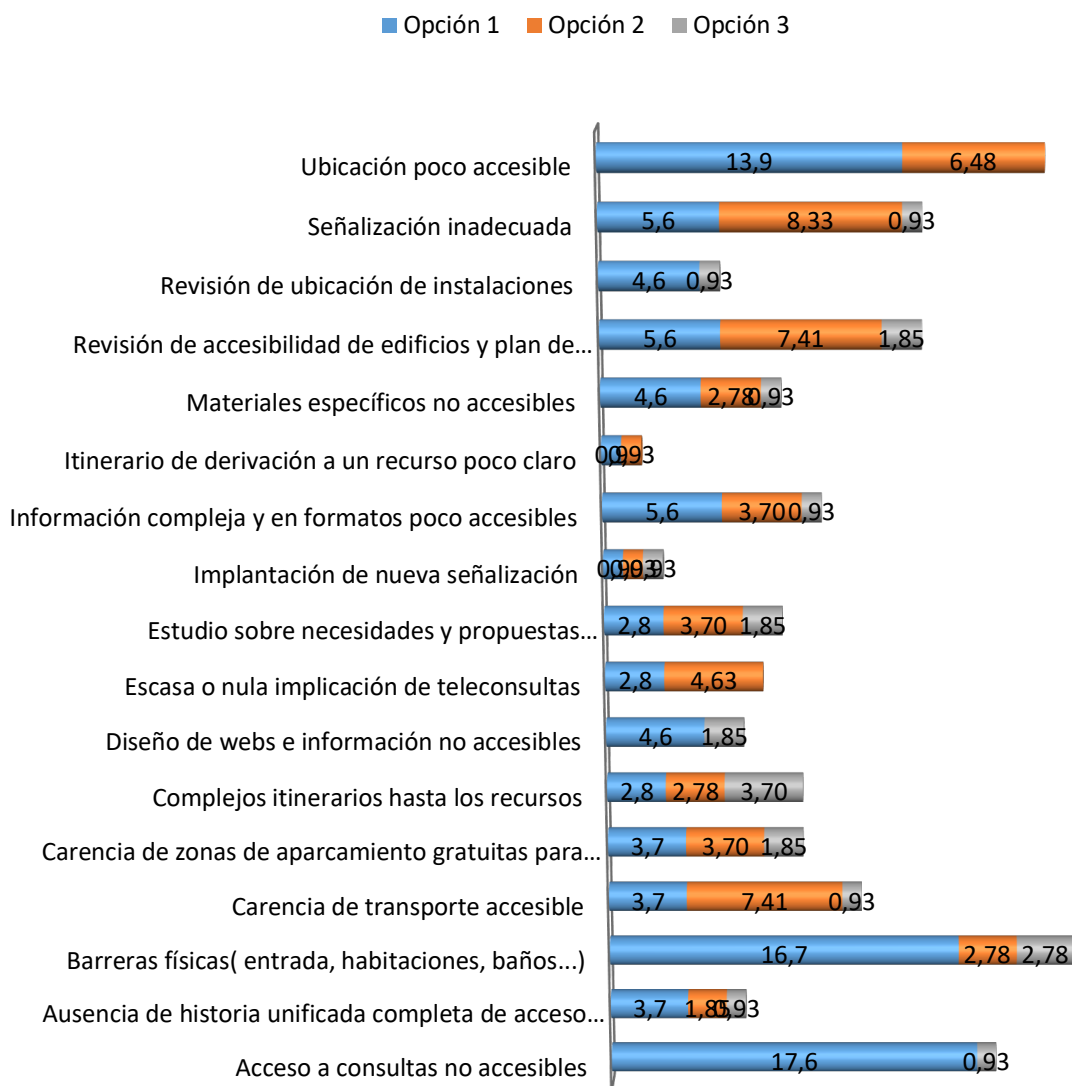
Gráfica 2.5.2.2 Medidas para mejorar la calidad de vida de las PCD



Gráfica 2.5.2.3 Programas o servicios más relevantes para las PCD



Gráfica 2.5.2.4 Medidas para mejorar la accesibilidad de las PCD a los diferentes servicios



2.6 SATISFACCIÓN E INFORMACIÓN DE LOS SERVICIOS RECIBIDOS

2.6.1 Nivel de satisfacción por los servicios percibidos

El apartado 2.6 se refiere a la valoración que las PCD hacen de los servicios recibidos y su grado de satisfacción.

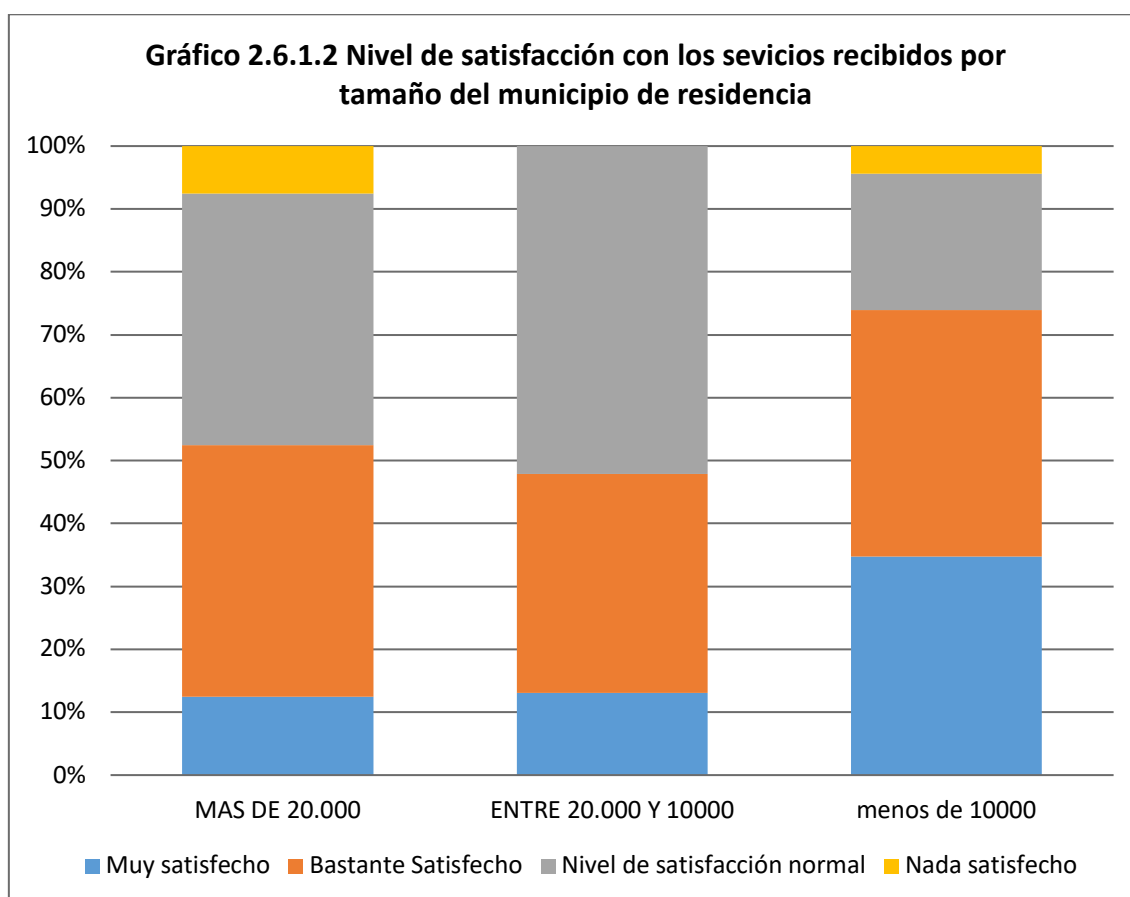
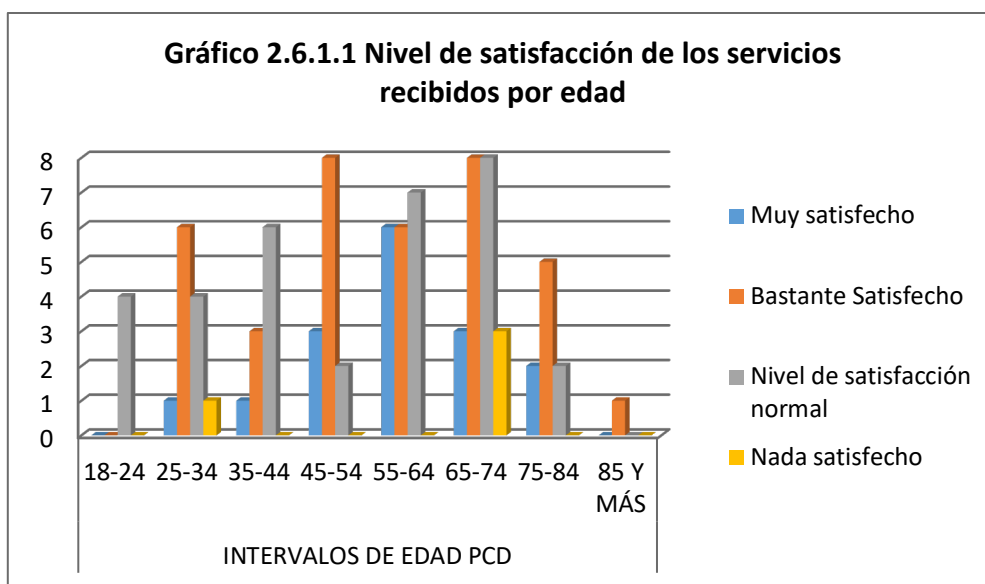
La tabla 2.6.1.1 y 2.6.1.2 muestran que las PCD están bastante satisfechas con los servicios recibidos. El nivel de satisfacción de las mujeres es mejor que el de los hombres.

Los grupos de edad que destacan por un mejor nivel de satisfacción son los de las edades comprendidas entre los 45 y 54 años y los 65 y 74 años.

El nivel de satisfacción es mejor en los municipios inferiores a los 10.000 habitantes.

TABLA 2.6.1.1 NIVEL DE SATISFACCIÓN POR LOS SERVICIOS PERCIBIDOS		
	Frecuencia	Porcentaje
MUY SATISFECHO	16	17,39
BASTANTE SATISFECHO	37	40,22
NIVEL DE SATISFACCIÓN NORMAL	35	38,04
NADA SATISFECHO	4	4,35
TOTAL	92	100,00

TABLA 2.6.1.2 NIVEL DE SATISFACCIÓN POR LOS SERVICIOS PERCIBIDOS POR GÉNERO						
	GÉNERO				Total	
	MASCULINO		FEMENINO			
	FR	FR%	FR	FR%	FR	FR%
MUY SATISFECHO	9	20,45	7	14,58	16	17,39
BASTANTE SATISFECHO	15	34,09	22	45,83	37	40,22
NIVEL DE SATISFACCIÓN NORMAL	18	40,91	17	35,42	35	38,04
NADA SATISFECHO	2	4,55	2	4,17	4	4,35
TOTAL	44	100,00	48	100,00	92	100,00



Más de la mitad de las personas entrevistadas consideran que poseen información suficiente sobre los servicios de carácter sociosanitario recibidos y que dicha información es accesible. (Tabla 2.6.1.3)

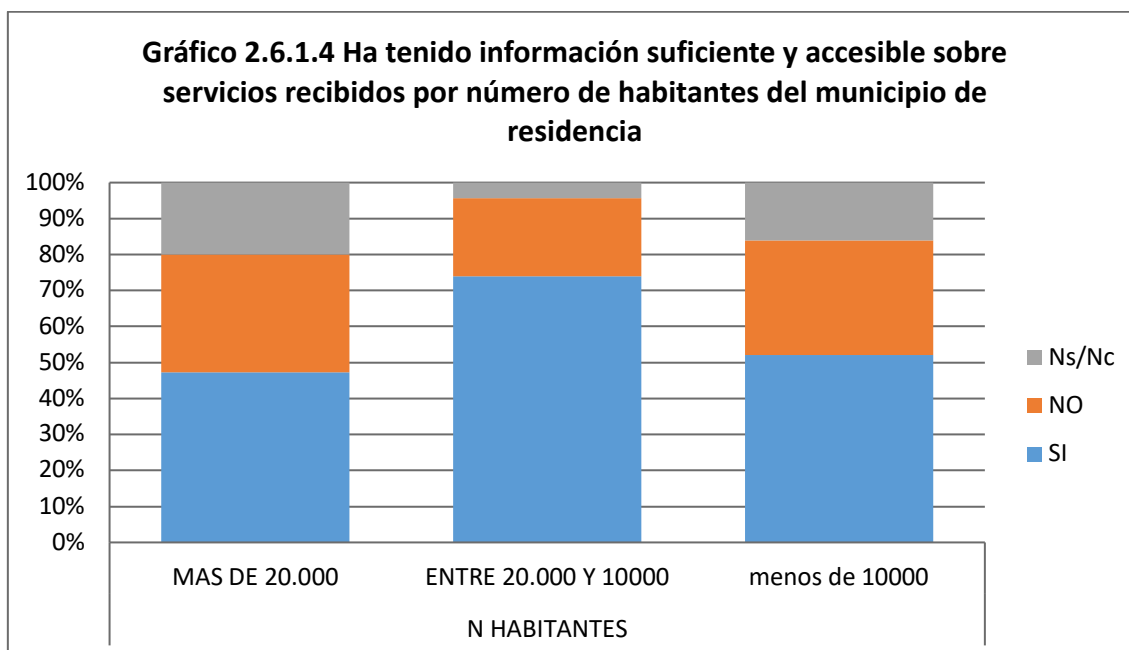
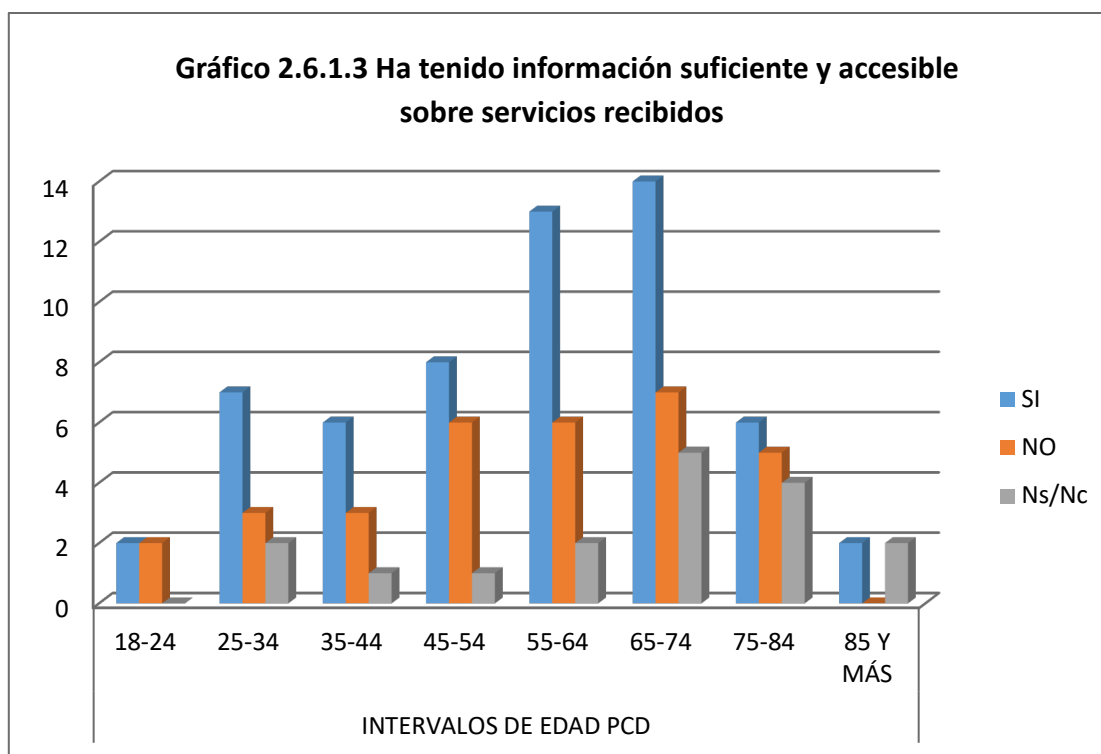
TABLA 2.6.1.3 INFORMACIÓN SUFICIENTE Y ACCESIBLE SOBRE LOS SERVICIOS RECIBIDOS		
	Frecuencia	Porcentaje
SÍ	60	54,55
NO	33	30,00
NS/NC	17	15,45
TOTAL	110	100,00

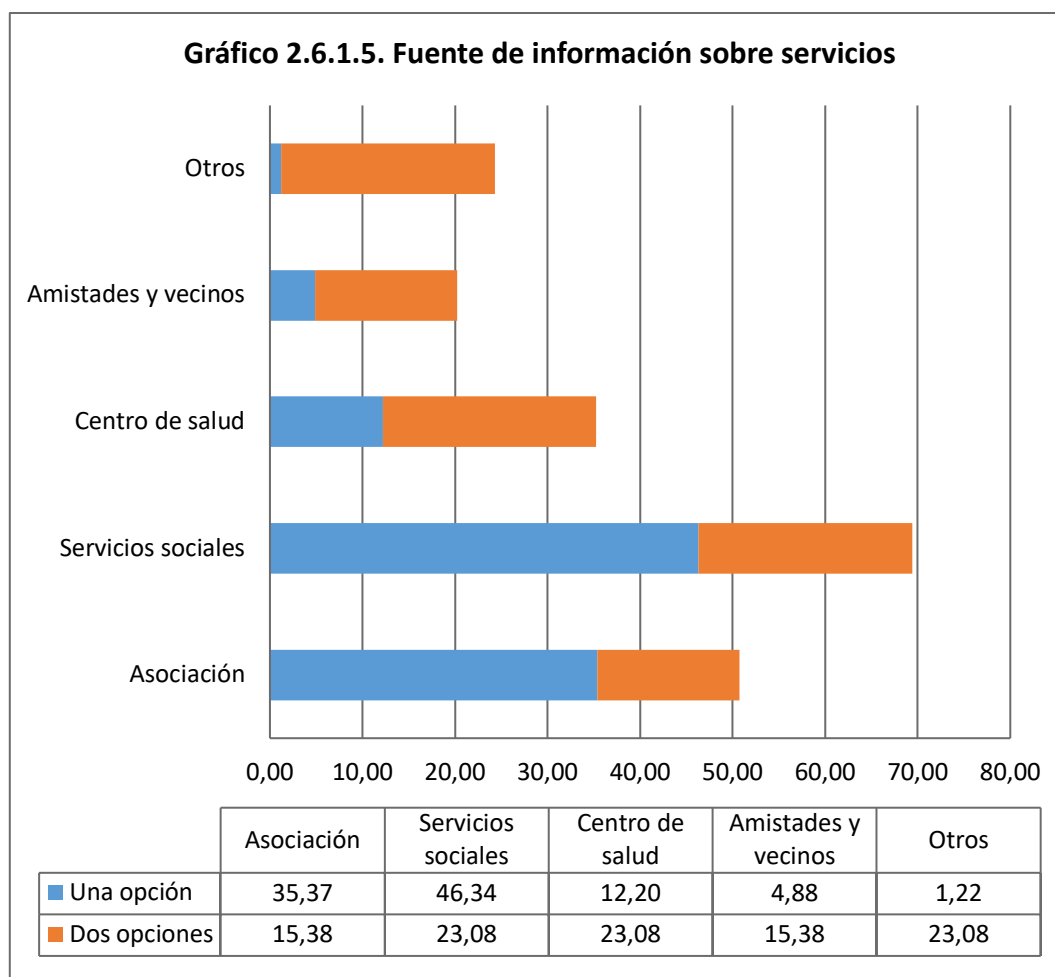
Los hombres consideran en mayor medida que las mujeres que la información es suficiente y accesible (Tabla 2.1.6.4)

TABLA 2.6.1.4 INFORMACIÓN SUFICIENTE Y ACCESIBLE SOBRE LOS SERVICIOS RECIBIDOS POR GÉNERO						
	GENERO				Total	
	MASCULINO		FEMENINO			
	FR	FR%	FR	FR%	FR	FR%
SÍ	30	60,00	30	50,00	60	54,55
NO	15	30,00	18	30,00	33	30,00
NS/NC	5	10,00	12	20,00	17	15,45
TOTAL	50	100,00	60	100,00	110	100,00

El grupo de edad entre los 65 años y 74 años es el que percibe con mayor frecuencia que la información proporcionada por los servicios que recibe es suficiente y accesible. En el grupo de los más jóvenes es donde más discrepancias existen.

Las personas que residen en los municipios de más de 20.000 habitantes consideran que la información proporcionada por los servicios que reciben debe ser mayor y más accesible.

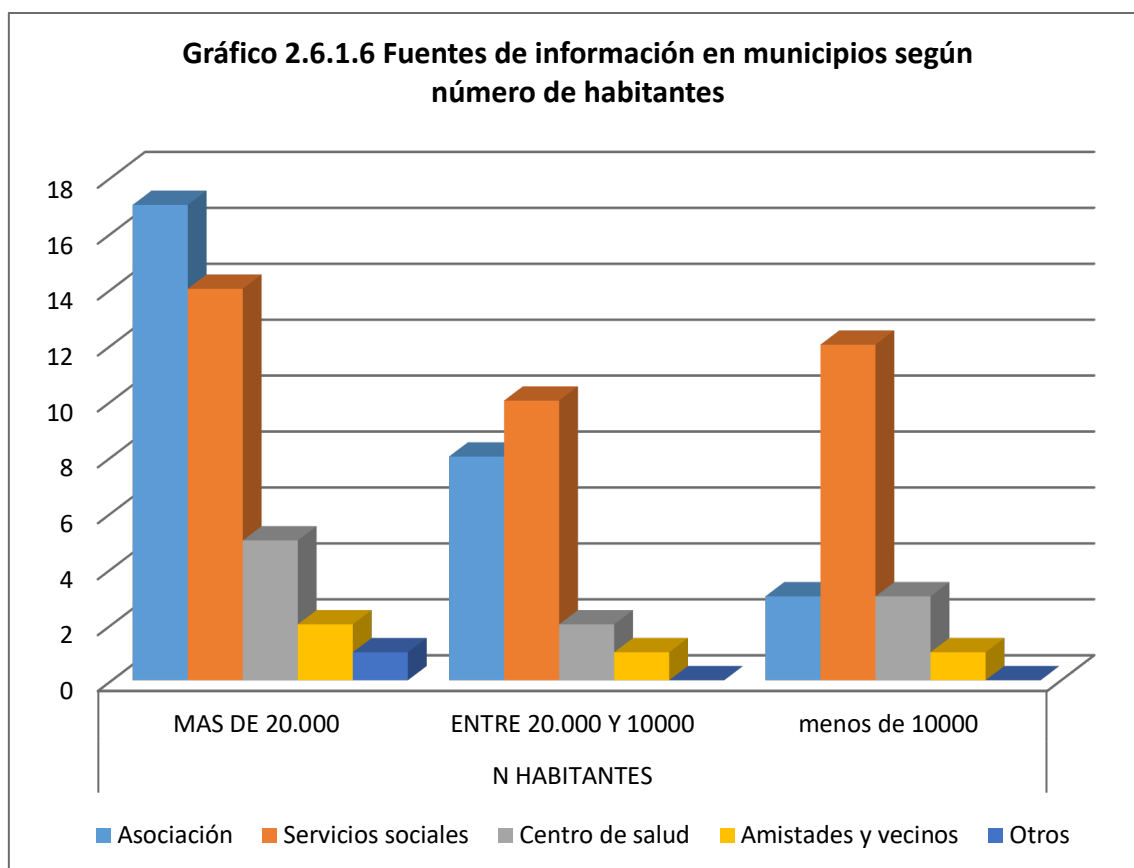




Son los servicios sociales los encargados en la mayoría de los casos en proporcionar la información a las PCD sobre los servicios recibidos (Gráfico 2.6.1.5)

El gráfico 2.6.1.6 representa el papel que los diferentes agentes de bienestar social desempeñan en proporcionar información según el tamaño de los municipios de residencia de las PCD. Mientras que en las ciudades el papel de las asociaciones es muy fundamental junto con los servicios sociales, en los pueblos de menos de 10.000 habitantes dicho papel desciende significativamente a la vez que el de los servicios sociales se va incrementando.

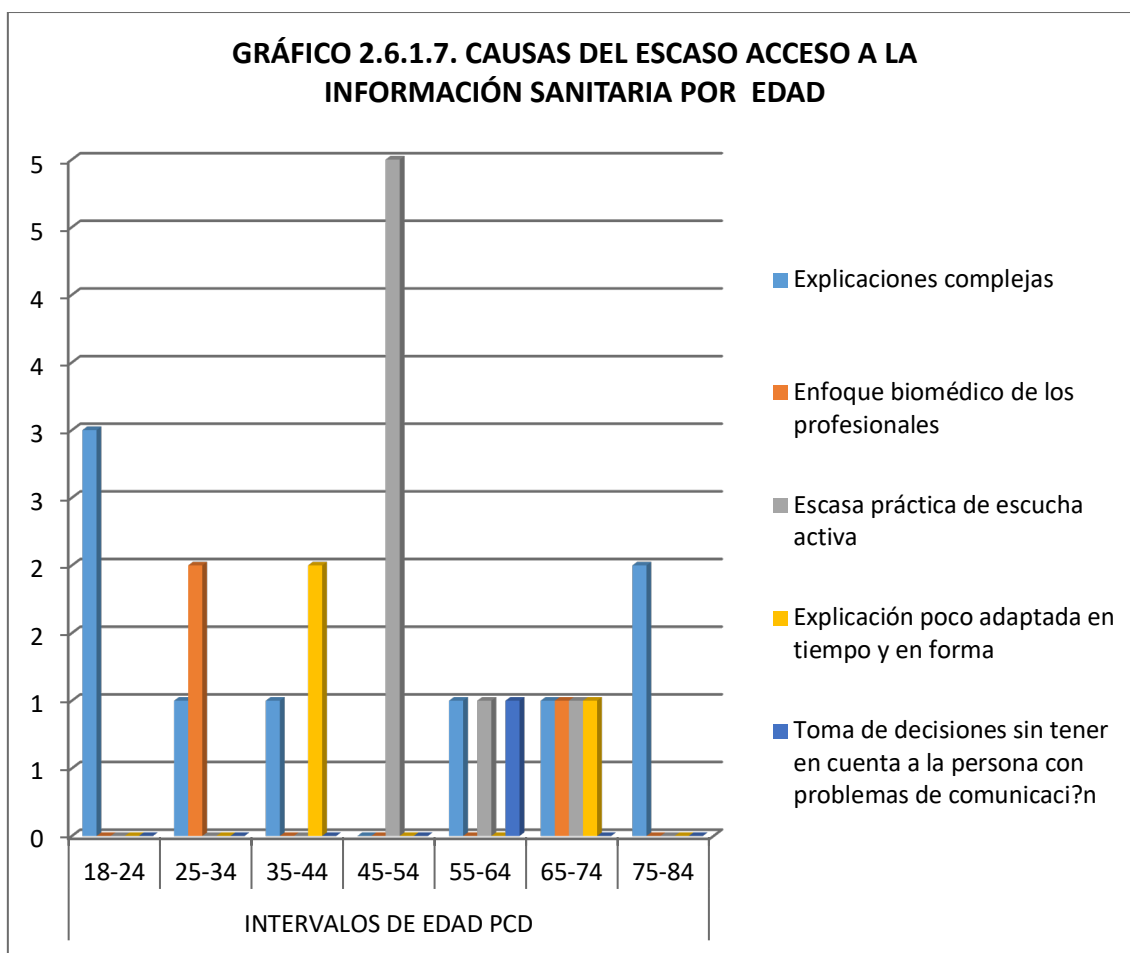
Cuando se pregunta por las causas que originan un escaso acceso a la información sanitaria destacan las razones siguientes: Explicaciones complejas (37.5%) Escasa escucha activa (33.33%)



Las mujeres hacen hincapié en la escasa escucha activa mientras que los hombres inciden en la complejidad de las explicaciones.

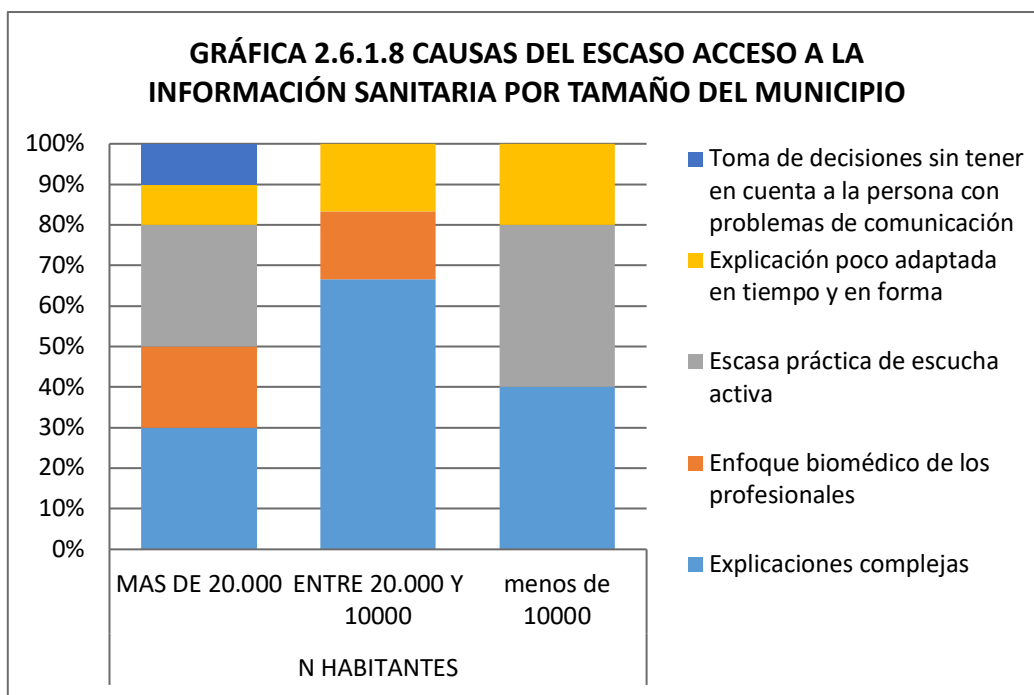
TABLA 2.6.1.5 CAUSAS DEL ESCASO ACCESO A LA INFOMACIÓN SANITARIA		
	Frecuencia	Porcentaje
Explicaciones complejas	9	37,50
Enfoque biomédico de los profesionales	3	12,50
Escasa práctica de escucha activa	8	33,33
Explicación poco adaptada en tiempo y en forma	3	12,50
Toma de decisiones sin tener en cuenta a la persona con problemas de comunicación	1	4,17
TOTAL	24	100

TABLA 2.6.1.6 CAUSAS DEL ESCASO ACCESO A LA INFORMACIÓN SANITARIA POR GÉNERO						
	GENERO				Total	
	MASCULINO		FEMENINO			
	FR	FR%	FR	FR%	FR	FR%
Explicaciones complejas	5	45,45	4	30,77	9	37,50
Enfoque biomédico de los profesionales	1	9,09	2	15,38	3	12,50
Escasa práctica de escucha activa	3	27,27	5	38,46	8	33,33
Explicación poco adaptada en tiempo y en forma	1	9,09	2	15,38	3	12,50
Toma de decisiones sin tener en cuenta a la persona con problemas de comunicación	1	9,09	0	0,00	1	4,17
TOTAL	11	100	13	100,00	24	100,00



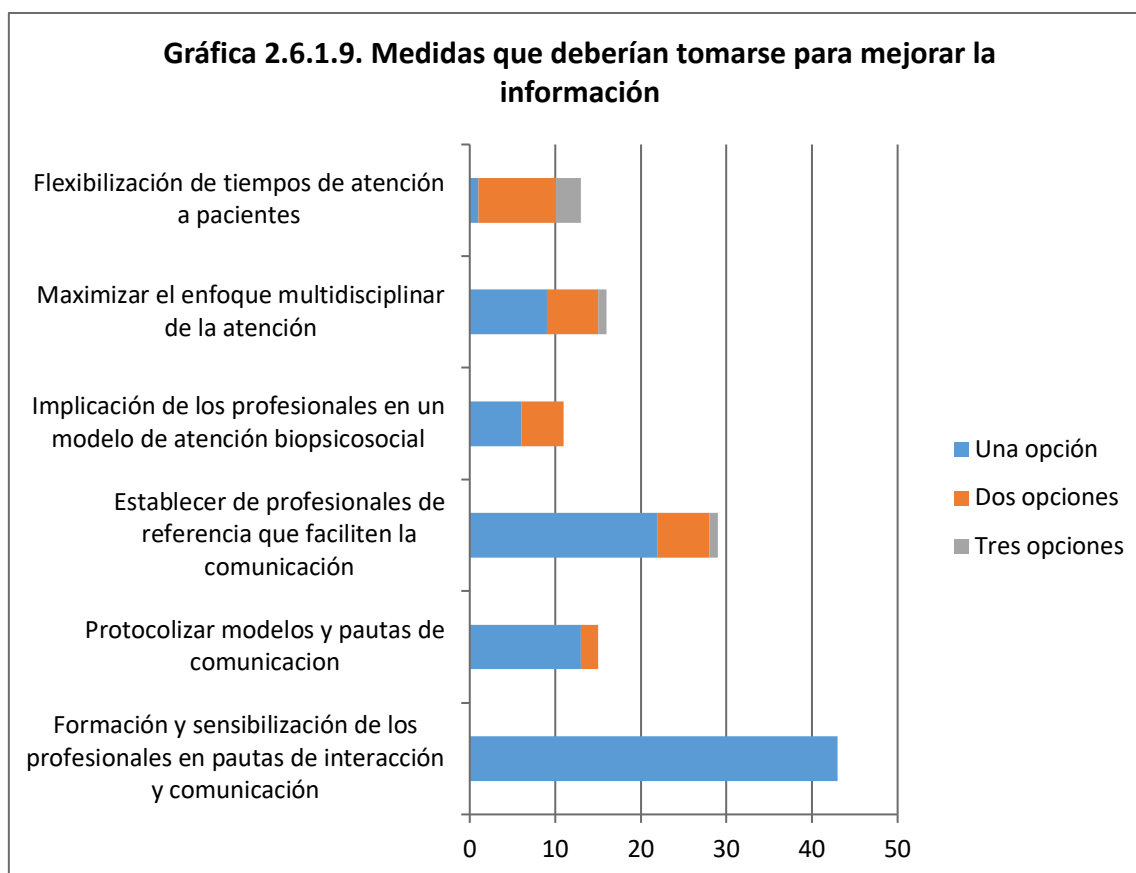
Por grupos de edad los más jóvenes y los más mayores destacan como causa de la escasa información sanitaria la complejidad de las explicaciones. En los grupos de edades intermedias ponen el acento en la escasa práctica la escucha activa.

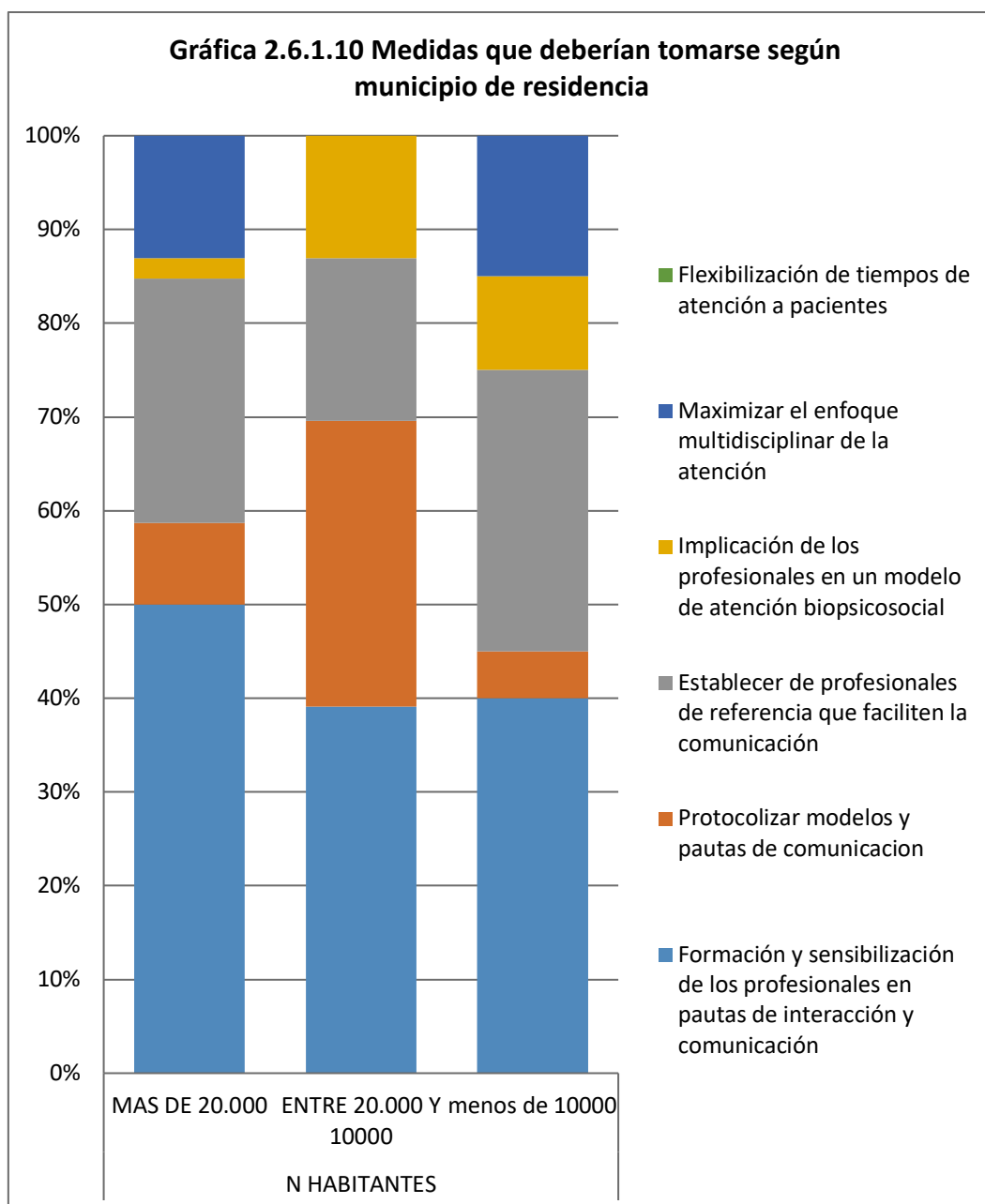
Entre los 25 y 34 años marcan con mayor frecuencia el enfoque biomédico de los profesionales.



Respecto al tamaño de los municipios, los de menos de 10.000 habitantes se quejan de la falta de escucha activa y los de tamaño intermedio de la complejidad de las explicaciones.

En cuanto a las medidas que deberían adoptarse para mejorar la información la mayor parte de las personas entrevistadas hacen hincapié en la formación y sensibilización de los profesionales en pautas de interacción y comunicación, seguido de la necesidad de establecer profesionales de referencia que faciliten la comunicación.





2.7 Situación de salud

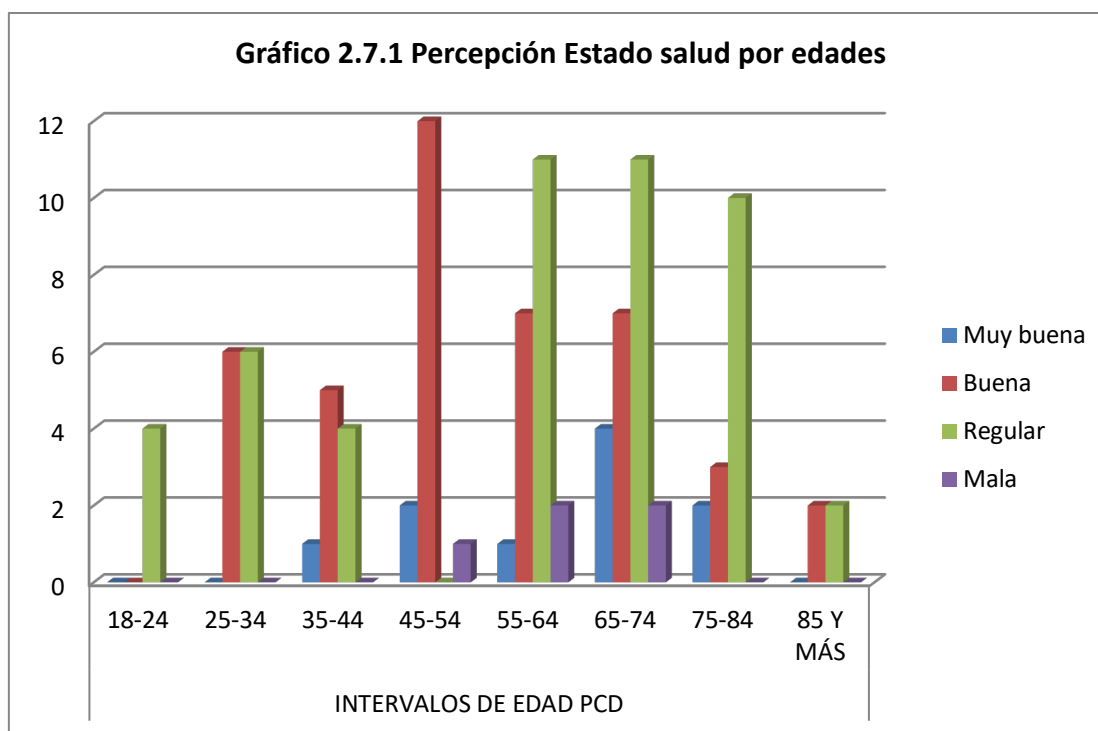
Otro de los elementos fundamentales para determinar la percepción de las necesidades de las PCD es su percepción de salud. En la medida que las PCD consideran que su estado de salud es aceptable, va a condicionar su percepción sobre lo que necesitan en el ámbito sanitario y social.

Las PCD entrevistadas valoran su estado de salud como regular (45.37%) o bueno (39,81%).

TABLA 2.7.1 PERCEPCIÓN SOBRE SU ESTADO DE SALUD		
	FR	FR%
Muy buena	10,0	9,26
Buena	43,0	39,81
Regular	49,0	45,37
Mala	6	5,56
TOTAL	108	100,00

La percepción del estado de salud por sexo es mejor en el caso de las mujeres. Al considerar que su estado de salud es bueno (46,67%) frente al de los hombres que es regular (52,08%)

TABLA 2.7.2 PERCEPCIÓN ESTADO SALUD POR GÉNERO						
GENERO					Total	
MASCULINO			FEMENINO			
	FR	FR%	FR	FR%	FR	FR%
Muy buena	4	8,33	6,0	10,00	10,0	9,26
Buena	15	31,25	28,0	46,67	43,0	39,81
Regular	25	52,08	24,0	40,00	49,0	45,37
Mala	4	8,33	2,0	3,33	6	5,56
TOTAL	48	100,00	60,0	100,00	108	100,00



En la mayoría de los grupos se señala con mayor frecuencia que el estado de salud es regular salvo en el grupo de los 45 a los 54 años que se percibe como buena. Destacamos el grupo de mayores de 65 años a 74 años que califica su estado de salud como muy bueno.

TABLA 2.7.3 Propuesta de servicios o prestaciones necesarias para proporcionar mayor autonomía y/o bienestar a las PCD y para los cuidadores que les atienden

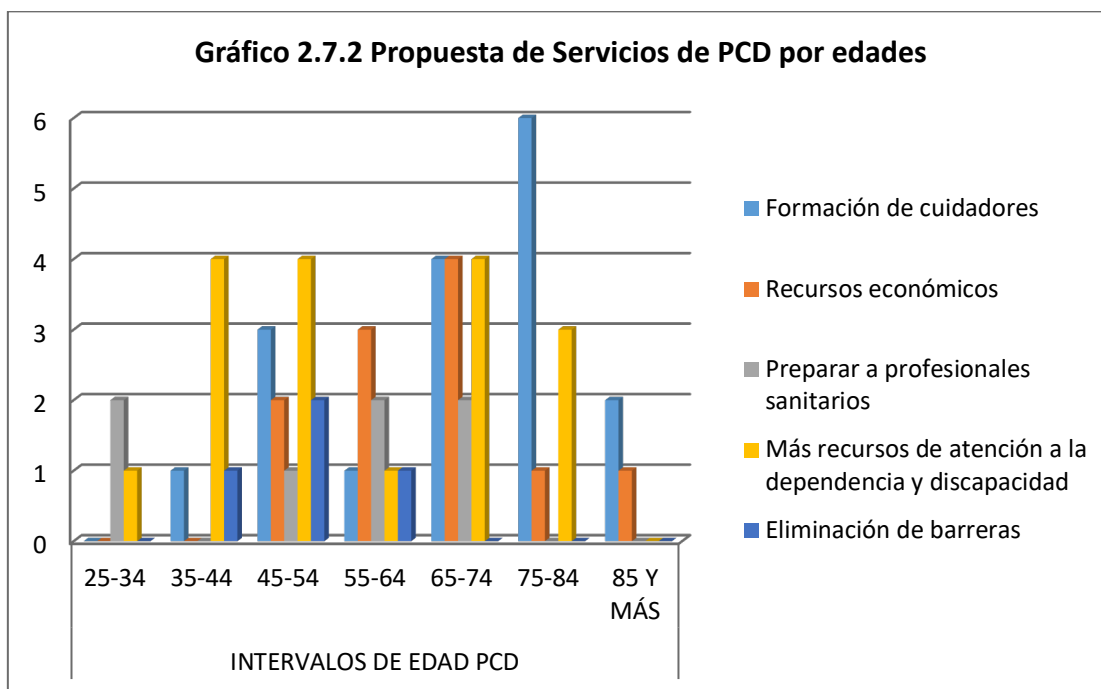
	FR	FR%
Formación de cuidadores	17	29,82
Recursos económicos	11	19,30
Preparar a profesionales sanitarios	8	14,04
Más recursos de atención a la dependencia y a la discapacidad	17	29,82
Eliminación de barreras	4	7,02
TOTAL	57	100

Respecto de las propuestas que las PCD hacen de servicios o prestaciones necesarias para proporcionar la autonomía, en relación a sus cuidadores destacan la formación de los cuidadores y la dotación de más recursos para la discapacidad y la dependencia en igual proporción. (TABLA 2.7.3)

TABLA 2.7.4 Propuesta de servicios o prestaciones necesarias para proporcionar mayor autonomía y/o bienestar a las PCD y para los cuidadores que les atienden por sexo						
	GÉNERO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO		FR	FR%
	FR	FR%	FR	FR%		
Formación de cuidadores	7	26,92	10	32,26	17	29,82
Recursos económicos	4	15,38	7	22,58	11	19,30
Preparar a profesionales sanitarios	3	11,54	5	16,13	8	14,04
Más recursos de atención a la dependencia y a la discapacidad	11	42,31	6	19,35	17	29,82
Eliminación de barreras	1	3,85	3	9,68	4	7,02
TOTAL	26	100,00	31	100,00	57	100,00

Respecto de las propuestas realizadas por las PCD por razón de su sexo, destacamos el papel que tradicionalmente se ha asignado a las mujeres como cuidadoras de las personas en situación de dependencia. En este sentido, son las mujeres quienes proponen mayor formación de los cuidadores.

Los hombres por el contrario responden con mayor frecuencia como propuesta de mejora la dotación de más recursos para la discapacidad y la dependencia. (TABLA 2.7.4)



En cuanto a los grupos de edad, son los mayores de 75 años los que ponen el acento en la formación de los cuidadores. El resto de los grupos consideran más importante dotar más recursos a la dependencia y a la discapacidad.

Las PCD comprendidas entre los 65 y los 74 años afirman que la formación de cuidadores, la dotación de recursos para la dependencia y la discapacidad y la dotación de recursos económicos son las tres propuestas más importantes y en la misma proporción.

Tabla 2.7.5 ¿Considera que las actuales políticas sociales y sanitarias están diseñadas para proporcionar mayor autonomía y/o bienestar a las PCD y a los cuidadores que les atienden?		
	FR	FR%
Muy en desacuerdo	23	20,91
En desacuerdo	42	38,18
Ns/nc	24	21,82
De acuerdo	17	15,45
Muy de acuerdo	4	3,64
TOTAL	110	100,00

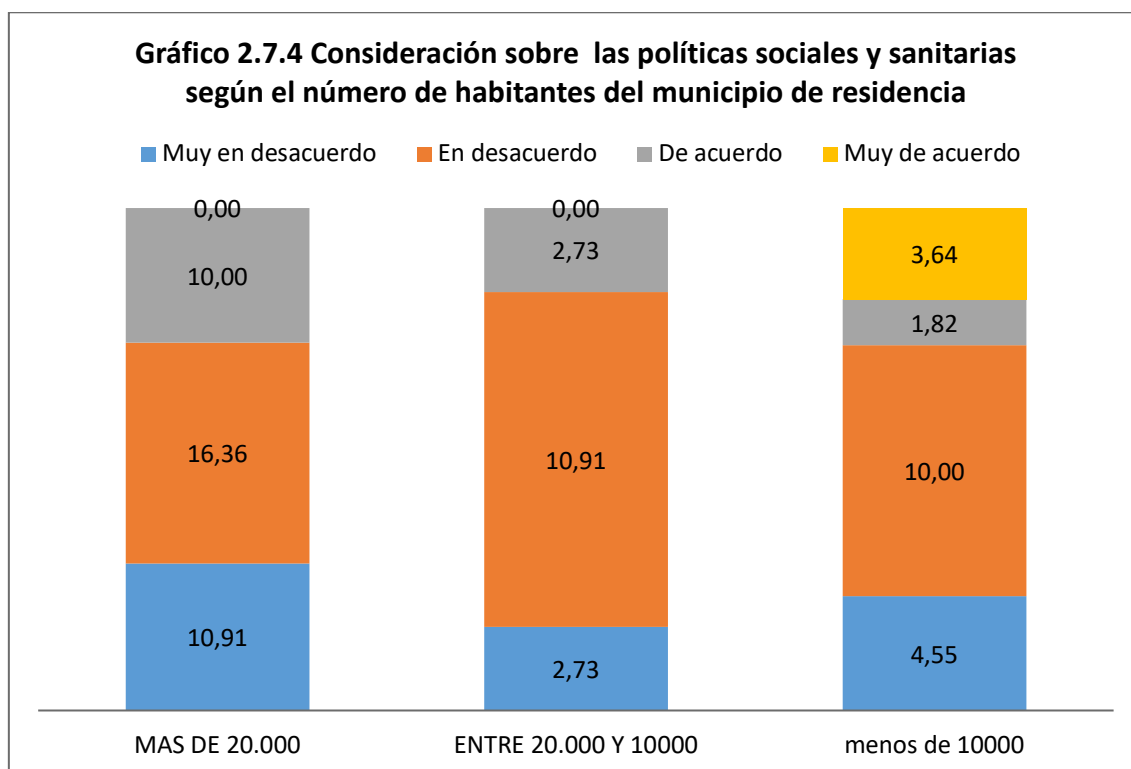
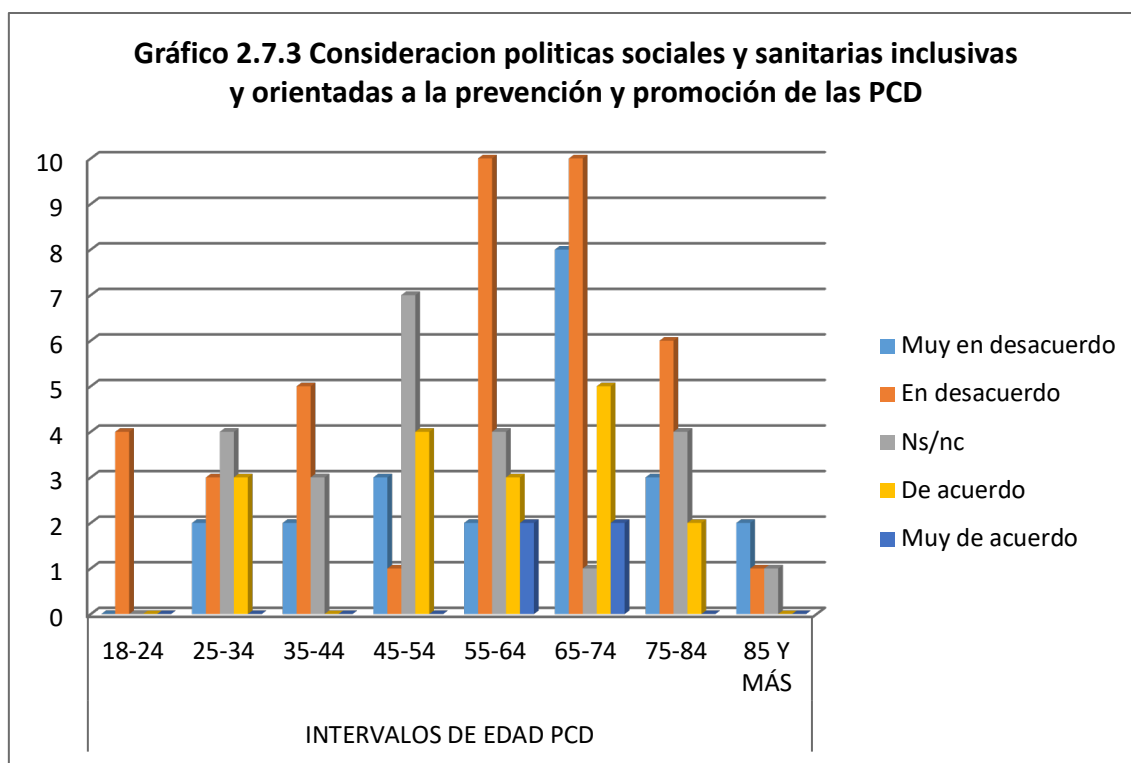
La mayor parte de las PCD no están de acuerdo con que las políticas sociales y sanitarias estén diseñadas para proporcionar mayor autonomía y bienestar a las PCD y a los cuidadores. (Tabla 2.7.5)

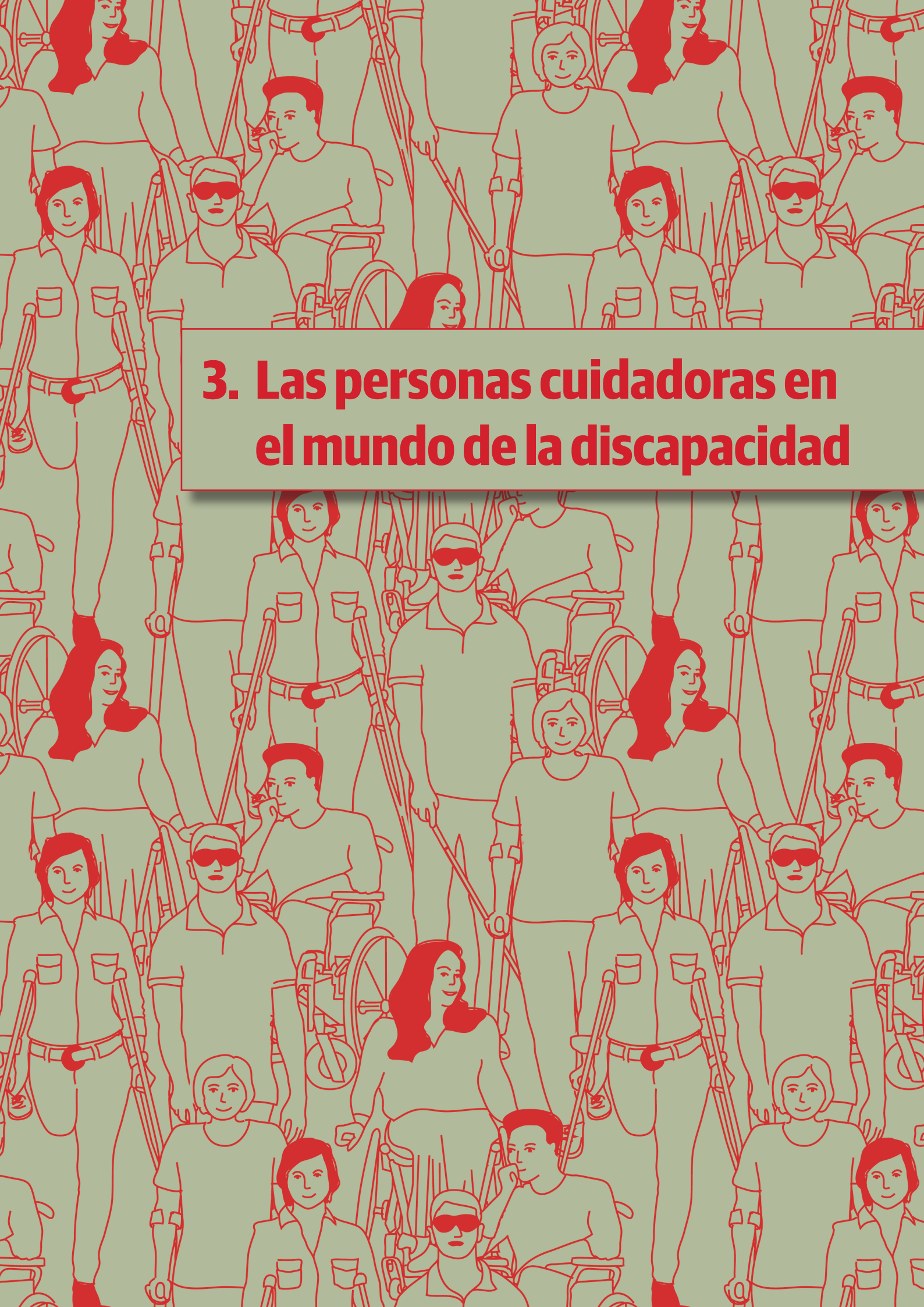
No hay diferencias apenas, en esta cuestión por razón de sexo como puede observarse en la Tabla 2.7.6.

El mayor porcentaje de PCD que muestran su desacuerdo, tienen edades comprendidas entre los 55 y los 74 años de edad.

Los participantes residentes de municipios entre los 10.000 habitantes y los 20.000 habitantes fueron los que en mayor proporción manifestaron su desacuerdo.

TABLA 2.7.6. ¿Considera que las actuales políticas sociales y sanitarias están diseñadas para proporcionar mayor autonomía y/o bienestar a las PCD y a los cuidadores que les atienden? Por género						
	GENERO				Total	
	MASCULINO		FEMENINO			
	FR	FR%	FR	FR%	FR	FR%
Muy en desacuerdo	11	22	12	20,00	23	20,91
En desacuerdo	22	44	20	33,33	42	38,18
Ns/nc	9	18	15	25,00	24	21,82
De acuerdo	6	12	11	18,33	17	15,45
Muy de acuerdo	2	4	2	3,33	4	3,64
TOTAL	50	100	60	100,00	110	100,00





3. Las personas cuidadoras en el mundo de la discapacidad



3. LAS PERSONAS CUIDADORAS EN EL SECTOR DE LA DISCAPACIDAD.

3.1. EL CONTEXTO DEL CUIDADOR/A

El estudio realizado sobre las personas con discapacidad en Castilla y León promovido por COCEMFE CyL no solo se centra en las propias personas con discapacidad (PCD), sino que a la vez se han recogido datos relativos a las personas cuidadoras. En este apartado nos centraremos en analizar aquellas respuestas y situaciones que nos han proporcionado las propias personas cuidadoras entrevistadas.

Como señala la Convención Internacional de las Personas con Discapacidad (CIPCD), para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de estas personas, se requiere que puedan recibir los diferentes apoyos personales, institucionales o instrumentales para que puedan tener una vida no solo digna, sino en igualdad de condiciones con el resto de la población.

En esta perspectiva legislativa y conceptual, cobra una especial relevancia la figura de los cuidadores, tanto los cuidadores formales, es decir, aquellos profesionales que en el marco de las diferentes instituciones y servicios realizan tareas de atención, cuidado, asistencia y apoyo a las PCD como los denominados cuidadores informales o “no profesionales”, como los define la Ley 39/2006 de Autonomía personal y atención a personas en situación de dependencia.

Antes de analizar los datos obtenidos nos referiremos brevemente a los aspectos teóricos sobre el cuidado y los diferentes tipos de cuidados, con el fin de precisar el término, las tareas y los compromisos que realizan estas personas que viven de cerca las dificultades y trabas que se les presentan a las PCD.

Al margen de la ya citada Convención, debemos recordar que la Recomendación nº (98) 9 del Comité de Ministros a los Estados Miembros relativa expresamente a la dependencia, recoge expresamente “...la necesidad de ayuda creciente a favor de las personas dependientes” estableciéndose una serie de recomendaciones a los estados miembros de donde se extraen una serie de principios generales donde cabe destacar que se debe proporcionar una protección suplementaria a las personas dependientes, sea por concesión de una prestación, sea por el acceso a los servicios existentes, a la creación de todos los servicios apropiados, tales como las ayudas familiares y el acceso a ayudas técnicas apropiadas.

Thomas (2011) en un análisis que realiza sobre los cuidadores, establece una serie de categorías o dimensiones que ponen de relieve los diferentes frentes y características que se ocultan bajo este término. Por su importancia clarificadora recogemos aquí su aportación, referida a los siguientes aspectos:

1. *Identidad social de la persona cuidadora*: características sociales de la persona cuidadora a través de los roles familiares como esposas, hijas, enfermeras, asistentes domésticas. En este aspecto destaca como elemento más destacado la feminización del cuidado.
2. *Identidad social de la persona receptora del cuidado*: situación de dependencia, personas mayores, personas con discapacidad, con enfermedad mental....
3. *Las relaciones interpersonales entre la persona cuidadora y la receptora*: se señalan tres tipos de relaciones:
 - Las basadas en los lazos familiares,
 - Las basadas en la amistad o vecindad y
 - las relaciones de cuidados contingentes (están preestablecidas unas condiciones y fines específicos entre personas que no se conocen).
4. *Naturaleza de los cuidados*: carácter festivo del cuidado o actividad o una combinación de ambos.
5. *Dominio social en el que se localiza la relación de cuidados*:
 - Cuidados recibidos en un centro público (cuidados formales), se obtiene una remuneración.
 - Cuidados recibidos en el domicilio privado (cuidados informales) sin remuneración.
6. *Carácter económico de la relación de cuidados*: Si se reciben en el domicilio privado no suelen ser remunerados.
7. *El marco institucional en el que se prestan los cuidados*: hogar, residencia, hospital,.....

3.1.1 Los cuidados y la dependencia: los cuidados en el entorno familiar

La ley 39/2006 previó, con carácter excepcional, contratar a personas del entorno familiar para asumir los cuidados de personas en situación de dependencia. La norma se suprimió en el 2012 y ha vuelto a ser reconocida en el 2019.

La atención a las situaciones de dependencia ha permitido *diversificar las figuras* de los cuidadores remunerados en centros, instituciones y servicios de proximidad: trabajador familiar, gerocultor, asistente personal, diferenciando así dos tipos de servicios:

- Servicios de proximidad (SAD, TA, CD, servicios de respiro...)
- Recursos institucionales

Así también la ley 39/2006 prevé el cuidado de profesionales tanto en el entorno de la familia como en el institucional.

- Diversidad en cuanto a cualificación y condiciones laborales y a la forma de ejercer el cuidado (en la familia o en instituciones)
- La oferta creciente de empleo se nutre de inmigrantes (Mujeres)

Todas estas características señaladas por Thomas ya dan una idea de lo complejo que resulta el mundo del cuidador, los entornos en los que se realiza, las condiciones e incluso las exigencias. Para mejor comprender esta situación también es conveniente recordar o clarificar algunas ideas que subyacen al tema de los cuidados. En este sentido, debemos decir que el cuidado es un concepto expansivo: se produce a lo largo de la vida para atender las necesidades básicas e incluye agentes institucionales y sociales (familia, estado, mercado).

Hablar de cuidados es hablar de dos agentes:

- el *cuidador* (persona que prestar cuidados) y
- la *persona cuidada* (es decir, aquella que recibe los cuidados).

Si nos centramos en la figura del cuidador éste puede ser *profesional* o *no profesional* (cuidador informal).

Si nos referimos a la persona cuidada, hay que señalar que existen diferencias por razón de edad, enfermedad o discapacidad.

Los cuidados presentan una vertiente relacional asimétrica basada en la reciprocidad, solidaridad, intercambio.

El cuidado informal es la atención prestada a una persona con limitaciones en su autonomía para realizar una o varias de sus actividades cotidianas, por parte de personas que no son profesionales sociosanitarios.

Estas personas proporcionan un apoyo social en la medida en que satisfacen las necesidades emocionales mediante la interacción con otras personas.

Estas redes cuando las integra la familia y las personas cercanas constituyen el *apoyo informal*. El afecto y el compromiso de cierta permanencia son algunos de sus rasgos. Otro tipo de apoyo es el *apoyo formal* cuando lo prestan los profesionales.

Llegados a este punto debemos preguntarnos qué es un cuidador y cuáles son los diferentes tipos de cuidadores que podemos encontrar, sobre todo en lo que denominamos cuidadores no profesionales o cuidadores informales.

El término se refiere a cualquiera que se dedica a cuidar a otros que están limitados por la enfermedad. Un cuidador es aquella persona que ve su vida restringida por la atención que presta a otras personas que por sus condicionantes físicos y/o psíquicos son incapaces de valerse por sí mismos. El cuidador familiar y profesional es la persona que asume la responsabilidad de cuidar y la supervisión de los cuidados.

Los cuidadores constituyen un recurso valioso, aunque invisibles, a la vez también son un recurso vulnerable, ya que el compromiso de cuidar tiene generalmente importantes costes materiales, y repercusiones emocionales y de salud para los cuidadores.

Cuidar a una persona en situación de dependencia significa ayudarle, respondiendo a sus necesidades básicas e intentando mantener su bienestar con la mayor calidad y calidez.

Respecto a los diferentes *tipos de cuidadores* no profesionales podemos enumerar los siguientes:

1. *Cuidador responsable*: Persona que toma las decisiones relacionadas con la persona cuidada, sin ser remunerado ni pertenecer a ninguna organización social. Está vinculado con la persona dependiente: cónyuge, familiares o persona de su entorno (vecino, amigo,...).
2. *Cuidador principal*: Persona que asume el mayor y principal peso de las *actividades de cuidado* de la persona dependiente. Pueden ser uno o varios no coincidentes en el tiempo.
3. *Cuidador asalariado*: Persona que no siendo familiar del dependiente, garantiza y presta la atención planificada por el cuidador responsable recibiendo como contraprestación un salario.
4. *Cuidador secundario/co-cuidador*: Comparten con el cuidador principal algunas o todas las actividades del cuidado circunscritas a un menor tiempo planificado, generalmente cuando necesita apoyos para garantizar ciertas tareas.
5. *Cuidador secundario/colaborador*: Persona del entorno que comparte sólo algunas actividades de cuidado con el cuidador principal, pero se circunscribe su colaboración a tiempos no planificados.

Cuidar implica, entre otras cosas:

- Responsabilizarse de todos los aspectos de la vida de la persona enferma o en situación de dependencia: alimentación, vestido, medicación, seguridad, etc.
- Decidir dónde y cuándo deben invertirse los esfuerzos y los recursos personales y económicos.
- Tener que afrontar la sobrecarga física y emocional que supone la dedicación continuada al cuidado.
- Esfuerzo, dedicación, renuncias a formas de vida, trabajo, desarrollo personal o al tiempo dedicado al resto de la familia, el cuidado personal o a los amigos.

3.1.2 El Perfil de los cuidadores

La familia, y sobre todo las mujeres, siguen siendo el principal sostén de las personas en situación de dependencia en España, como ocurre en Grecia o en Italia. Por factores culturales, ellas tienden a asumir el rol de cuidadoras principales tanto de menores como de personas mayores, personas con discapacidad y personas con enfermedades diversas.

El perfil del cuidador de persona dependiente en España corresponde a una mujer, en el 85 % de los casos, de 52 años de media (el 20 % tiene más de 65 años y casi un tercio ha cumplido los 60), casada, con estudios primarios y sin ocupación remunerada. Este perfil corresponde principalmente a la última generación de mujeres no activas en el mercado laboral.

De entre las mujeres cuidadoras, un 43 % son hijas, un 22 % son esposas y un 7,5 % son nueras de las personas dependientes, que residen en el mismo domicilio que la persona que recibe los cuidados.

Como hemos indicado más arriba el cuidador no profesional recae en el entorno de familiares, fundamentalmente mujeres. Según la Sociedad Española de Geriatría el 80% del total de cuidadores no profesionales son mujeres: casadas y con una media de edad de 52 años (Imsero). Madres, hijas y abuelas que renuncian a su vida laboral y social o se ven obligadas a compaginar su empleo para velar por sus familiares, y cuyos fundamentos están en pensar que es una obligación moral, o bien lo hacen por costumbre o por amor filial.

En el mundo, 607 millones de mujeres en edad laboral se ocupan de cuidar a sus familiares sin remuneración frente a 41 millones de hombres, menos de una décima parte (OIT). Esta abismal brecha de género tiene una raíz social profunda; se debe a una cosa sencilla: a la hora de dejar un trabajo mal pagado, quien abandona es la mujer.

El hecho de que la mayoría de cuidadores sean mujeres se explica por el rol que las mujeres han venido adoptando tradicionalmente en nuestra sociedad y en el seno de las familias.

La incorporación de la mujer al mercado de trabajo dibuja un presente en el que el número potencial de cuidadoras se encuentra en disminución.

El aumento en los últimos años del número de personas de 85 y más años por cada 100 de 45 a 65 años (lo que se conoce como ratio de apoyo familiar), hará que cada vez serán menores los recursos familiares disponibles para apoyar a una cifra tan alta de mayores.

En 2051, según la previsión de futuro, la ratio de apoyo familiar se habrá cuadruplicado (más de 40 por cada 100).

TABLA 3.1.2.1. CARACTERISTICAS DEL CUIDADOR/A

CUIDADOR	HOMBRE DEPENDIENTE	MUJER DEPENDIENTE
Conyuge/pareja	40.8	13.4
Hijo	0.9	17.8
Hija	26.6	42.7
Otro familiar	12.3	8.1
Cuidador formal	17.1	15.9
Vecinos/amigos	0.00	1.6
NS/NC	2.4	0.4

TABLA 3.1.2.2 MOTIVACIONES DEL CUIDADOR/A FAMILIAR

Cuidar es mi obligación moral	91%
Me produce satisfacción	79%
Me dignifica como persona	77%
La persona cuidada está agradecida y ello compensa	77%
El entorno social lo valora	58%
No me queda más remedio	52%
Económicamente no tengo otra solución	46%
Lo hago por convicción religiosa	44%
Me siento atrapada; cuidar es una carga excesiva...	22%

TABLA 3.1.2.3. PERSONAS BENEFICIARIAS Y PRESTACIONES
Situación a 30 de septiembre de 2019

PRESTACIONES	VALOR	%
--------------	-------	---

Prevención Dependencia y Promoción Autonomía Personal	54.391	3,94
Teleasistencia	238.303	17,25
Ayuda a Domicilio	246.102	17,82
Centros de Día/Noche	95.945	6,95
Atención Residencial	169.723	12,29
Prestación Económica Vinculada Servicio	148.383	10,74
Prestación Económica Cuidados Familiares	420.690	30,46
Prestación Económica Asistente Personal	7.657	0,55
TOTAL	1.381.194	100,00

Fuente: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imserso)

La jornada de los cuidadores suele ser larga y sin horario: mañana, tarde y noche, lo que significa una atención constante y estar pendiente de una persona las 24 horas del día, todos los días del año.

El principal tiempo de cuidado lo se presta en tareas de vestido, desvestido, aseo personal o ducha de la persona en situación de dependencia; le siguen otras tareas como hacer la comida, la compra y la limpieza del hogar.

En un 77,2 % de los casos se trata de un cuidador permanente.

Un 17 % de las personas cuidadoras tiene a más de una persona en situación de dependencia a su cargo, menores o mayores, ejerciendo el rol de multicuidador, bajo su propia responsabilidad.

3.1.3 EL ESTRÉS DEL CUIDADOR/A

Tras este recorrido breve sobre el mundo de los cuidados es preciso también hacer referencia a uno de los problemas fundamentales que suelen aparecer en las personas cuidadoras, ya sean profesionales o no profesionales: nos referimos al estrés sobrevenido, la sobrecarga y el síndrome de burnout.

Esta situación se caracteriza por una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son agotamiento físico y psicológico. Es originado por un estrés crónico y constante: jornadas de trabajo sin descanso, atenciones y cuidados casi en exclusiva, escasos apoyos o relevos en la tarea, así como aquellos momentos que requieren de una mayor intensidad en los cuidados, tales como los ingresos hospitalarios repetidos, la incertidumbre y el miedo asociado a complicaciones de salud de su familiar, la exacerbación o aparición de nuevos síntomas en el familiar, el insomnio

y la soledad nocturna de los cuidados continuados, contribuyendo a empeorar la salud física y emocional de las personas cuidadoras.

Vivir por y para la persona a la que se presta los cuidados se puede asumir durante un tiempo limitado, sin embargo, el cansancio, la nula respuesta a peticiones de ayuda y en otras muchas ocasiones la demostración a sí mismo y a los demás que se puede llevar y solventar por sí solo/a esta situación, pueden generar cansancio físico y emocional que provoca un importante descenso de la calidad de los cuidados prestados y de la propia salud del cuidador/a.

Para concluir esta presentación y antes de analizar los datos del estudio, debemos también referirnos a los aspectos que recoge la *ORDEN FAM/6/2018, de 11 de enero, por la que se regulan las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en Castilla y León, el cálculo de la capacidad económica y las medidas de apoyo a las personas cuidadoras no profesionales*. (Boletín Oficial de Castilla y León, nº 10 de 15 de enero de 2018).

3.2. ANALISIS DE RESULTADOS. LA OPINIÓN DE LOS CUIDADORES/AS

Durante los meses de noviembre y diciembre de 2019, se realizaron entrevistas a cuidadores de personas con discapacidad (PCD). Conocer la opinión sobre los problemas, necesidades y demandas de estas personas constituía uno de los objetivos

de la investigación planteada. Nadie mejor que las personas que están día a día al tanto y al cuidado de personas con dependencia y discapacidad para que nos den sus opiniones y vivencias, identifiquen las deficiencias y problemas a los que se ven sometidos y a la vez nos informen sobre los riesgos o consecuencias del cuidado.

Para detectar estas cuestiones se realizaron entrevistas estructuradas, mediante un cuestionario administrado por diferente personal de COCEMFE Castilla y León previamente instruido para recabar la información con la máxima objetividad y neutralidad. Esta herramienta se adjunta en el anexo de este estudio.

El cuestionario recoge distintos aspectos, tanto objetivos como de opinión y valoración. Se incluyen también, la escala de sobrecarga de Zarit, así como la herramienta validada Encuesta Modelo de Discapacidad Versión Corta (EMDc), elaborada por la OMS en 2018.

3.2.1. Características de la muestra de cuidadores/as

La información respecto a las cuestiones que se plantean a los cuidadores, proceden de una amplia muestra distribuida por las provincias de la Comunidad de Castilla y de León. La dificultad de recabar datos teniendo en cuenta la relación entre número de PCD y cuidadores en cada una de las provincias nos plantea una distribución desigual en cuanto al número de entrevistados. Esto explica que Palencia, represente casi el 50% de toda la muestra, que en algunas provincias no se hayan podido realizar entrevistas (Ávila y Zamora) y que el resto tenga una representación en la muestra muy desigual.

Este hecho de falta de representatividad y proporcionalidad entendemos que no invalida los datos, ni probablemente el sentir de los cuidadores de toda la comunidad respecto a las cuestiones planteadas en este estudio.

Aclaradas estas cuestiones de naturaleza metodológica, reflejamos en las siguientes tablas y gráficos, las características fundamentales de las personas que nos han facilitado su opinión y vivencias en cuanto a las tareas de atender a PCD.

Además de la distribución provincial de los entrevistados, es preciso también poder de manifiesto la importante representación de cuidadores que viven en municipios rurales, o menores de 10.000 habitantes (66%), lo que refleja el carácter rural de las personas con discapacidad, con lo que eso supone respecto a acceso a recursos y servicios de todo tipo, e incluso referido a las personas cuidadoras de posibilidades de formación, supervisión o apoyos (TABLA 3.2.1.3.)

En cuanto al sexo, como ya hemos reflejado en la primera parte de este capítulo, el carácter feminizado de los cuidados sigue siendo evidente en esta comunidad. Tres de cada cuatro cuidadores son mujeres, y además de una edad bastante avanzada como se recoge en los datos (TABLA 3.2.1.6).

El 59% de las personas cuidadoras están casadas o viven en pareja (TABLA 3.2.1.7) y el 87,4% son los cuidadores principales (TABLA 3.2.1.8).

TABLA 3.2.1.1: MAPA DE LA MUESTRA		
PROVINCIA	Frecuencia	Porcentaje
Burgos	32	11,2
León	51	17,9
Palencia	140	49,1
Salamanca	4	1,4
Segovia	40	14,0
Soria	3	1,1
Valladolid	15	5,3
Total	285	100,0

GRÁFICO 3.2.1.1: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR PROVINCIAS

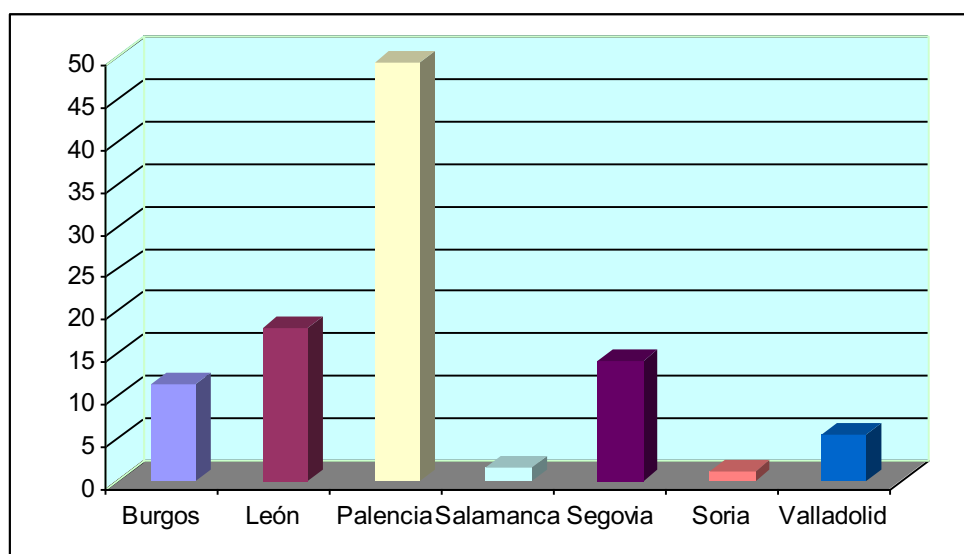


TABLA 3.2.1.2: NUMERO HABITANTES DE LA LOCALIDAD DONDE EJERCE EL CUIDADO		
	Frecuencia	Porcentaje
Más de 20.000	71	24,9
Entre 10.000 Y 20.000	14	4,9
Menos de 10000	189	66,3
NS/NC	11	3,9
Total	285	100,0

GRÁFICO 3.2.1.2: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR TAMAÑO MUNICIPIO

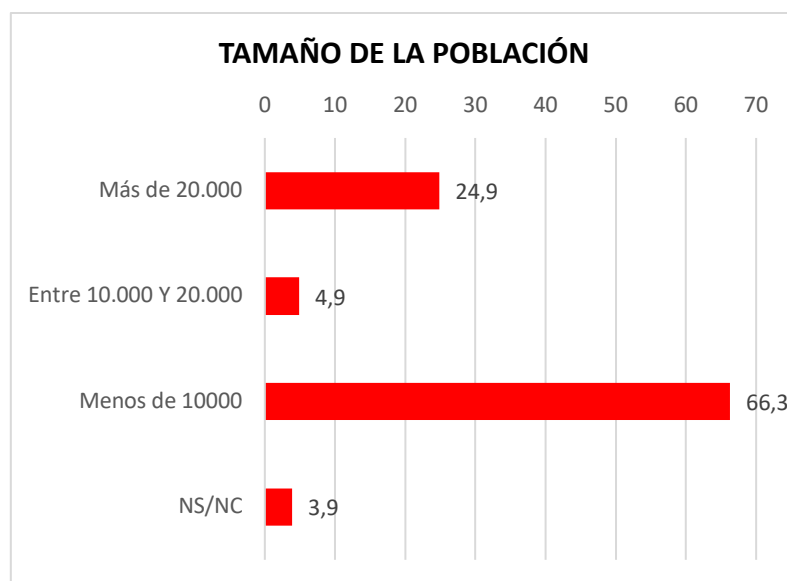


TABLA 3.2.1.3. DISTRIBUCION DE LA MUESTRA SEGÚN TAMAÑO DE LA POBLACIÓN Y PROVINCIA				
	MAS DE 20.000	ENTRE 20.000 Y 10000	menos de 10000	NS/NC
Burgos	28,1%	6,2%	59,4%	6,2%
León	2,0%	0,0%	98,0%	0,0%
Palencia	18,6%	7,1%	68,6%	5,7%
Salamanca	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Segovia	45,0%	0,0%	52,5%	2,5%
Soria	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%
Valladolid	86,7%	13,3%	0,0%	0,0%
TOTAL	71	14	189	11
Porcentaje	24,9%	4,9%	66,3%	3,9%

TABLA 3.2.1.4. SEXO/GENERO DE LOS CUIDADORES/as		
GENERO	Frecuencia	Porcentaje
Hombres	72	25,26
Mujeres	213	74,74
TOTAL	285	100

GRÁFICO 3.2.1.3: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR SEXO

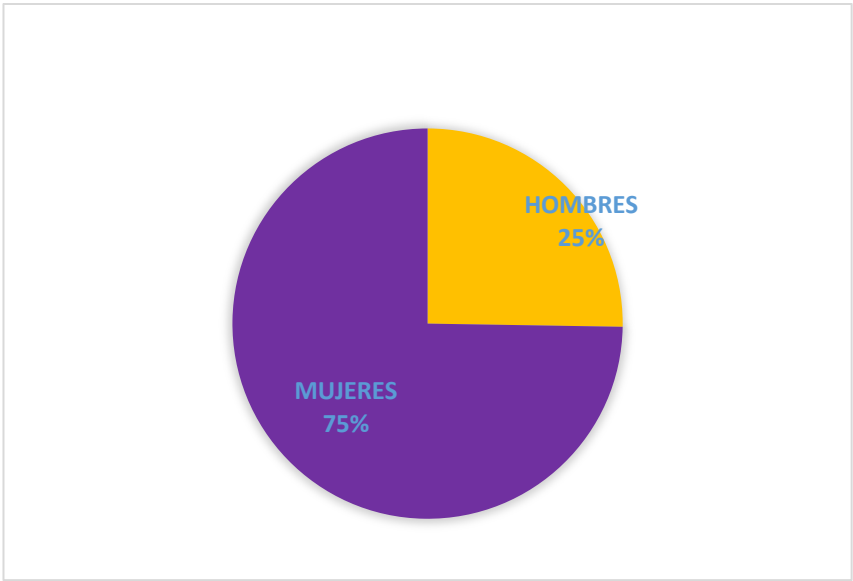


TABLA 3.2.1.5. EDAD DE LOS CUIDADORES/AS		
EDAD	Frecuencia	Porcentaje
19-25 años	7	2,63
26-35 años	22	8,27
36-45 años	28	10,53
46-50 años	18	6,77
51-60 años	83	31,20
61-70 años	71	26,7
+ 70 años	37	13,9
TOTAL	266	100

GRÁFICO 3.2.1.4: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR EDAD

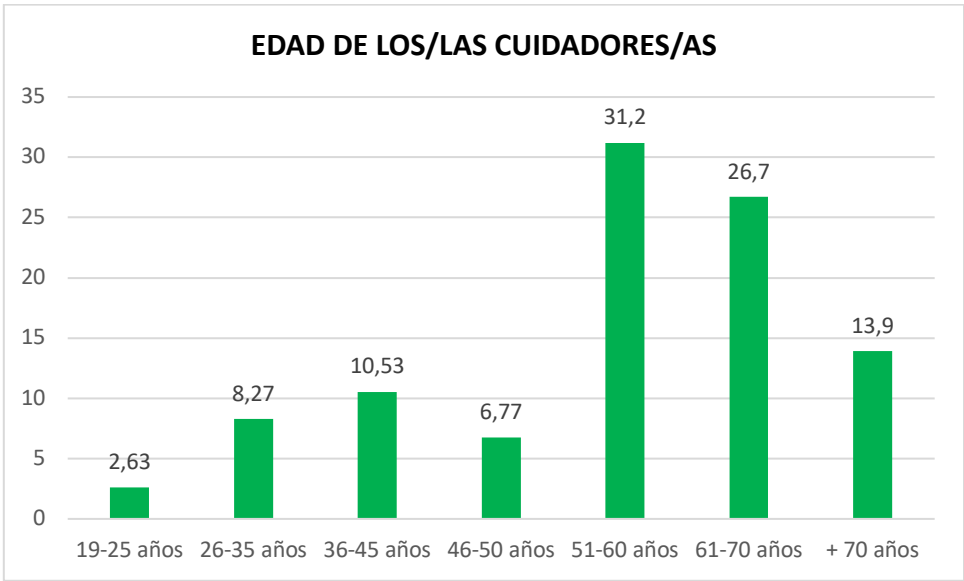


TABLA 3.2.1.6: SEXO Y EDAD DE LOS CUIDADORES/AS

	MASCULINO	FEMENINO
19 a 25 años	0,0%	100,0%
26 a 35 años	31,8%	68,2%
36 a 45 años	42,9%	57,1%
46 a 50 años	11,1%	88,9%
51 a 60 años	29,6%	70,4%
61 a 70 años	16,4%	83,6%
71 años y más	27,0%	73,0%
NC	26,3%	73,7%
TOTAL	72	213
Porcentaje	25,3%	74,7%

TABLA 3.2.1.7: ESTADO CIVIL		
ESTADO CIVIL	Frecuencia	Porcentaje
SOLTERO	79	27,7
CASADO/ VIVE EN PAREJA	169	59,3
VIUDO	20	7,0
DIVORCIADO	11	3,9
SEPARADO	5	1,8
NS/NC	1	,4
Total	285	100,0

GRÁFICO 3.2.1.5: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN EL ESTADO CIVIL

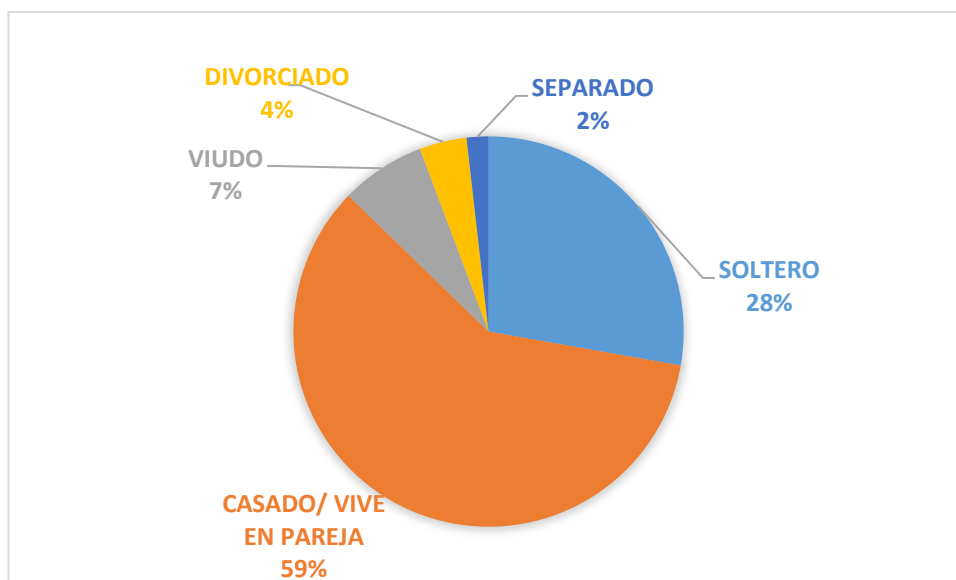
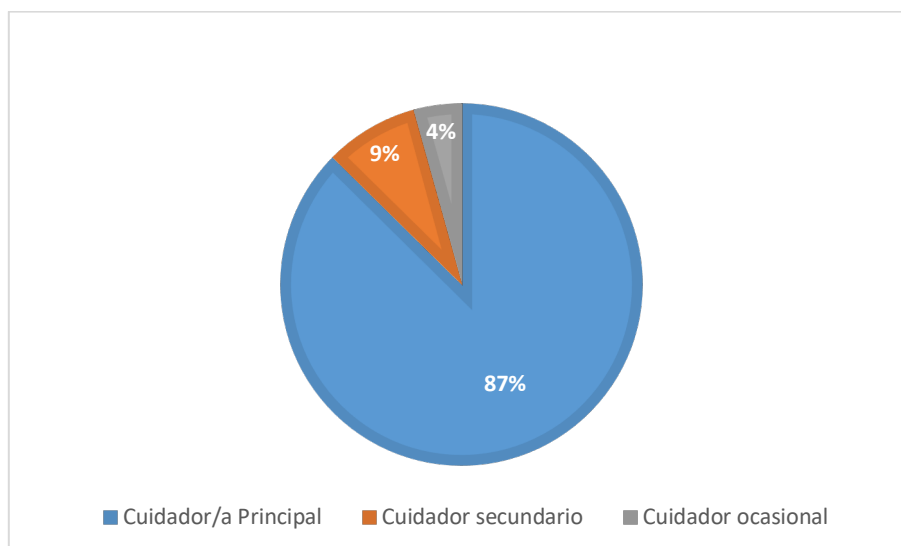


TABLA 3.2.1.8: TIPO DE CUIDADOR/A

	Frecuencia	Porcentaje
Cuidador/a Principal	249	87,4
Cuidador secundario	24	8,4
Cuidador ocasional	12	4,2
Total	285	100,0

GRÁFICO 3.2.1.6: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN TIPO DE CUIDADOR/A



3.2.2. Características relacionadas con la persona cuidada

En las siguientes tablas y gráficas seguimos conociendo más en detalle la relación entre los cuidadores y las personas atendidas. Respecto al parentesco, fundamentalmente las personas cuidadoras son familiares directos de la PCD: el 38% son el padre o madre, el 24% es el cónyuge y el 15% hijo/a (**TABLA 3.2.2.1**), conviviendo el 82% con la persona atendida o cuidada (**TABLA 3.2.2.2**). En cuanto al tiempo del cuidado, el 83% lleva asumiendo esta tarea más de 2 años (**TABLA 3.2.2.3**).

Al relacionar la figura del cuidador/a con la edad de los cuidadores y con el sexo (**TABLA 3.2.2.4 y TABLA 3.2.2.5**) se observa que siguen siendo las mujeres quienes se encargan fundamentalmente del cuidado y en todas las edades, excepto en el grupo de edad de 26 a 35 años, donde el porcentaje de cuidadores secundarios representa el 50%.

El 74% de las PCD que son atendidas tienen más de 60 años, lo cual da idea también de la importancia de personas mayores en el colectivo de la discapacidad, consecuencia lógica del envejecimiento, incremento de la esperanza de vida y de las mejores condiciones personales y sociales de este colectivo (**TABLA 3.2.2.6**). En cuanto al sexo de las personas cuidadas, los grupos están bastante nivelados con un ligero incremento de las mujeres (**TABLA 3.2.2.7**).

El colectivo de las PCD, dado el importante papel de las asociaciones que atienden a estas personas y al interés de las familias, suelen ser personas que no solo conocen sus derechos, sino que los demandan. En este sentido dos de los aspectos esenciales como

aspectos de garantía de prestaciones y servicios es tener reconocidos el grado de Discapacidad y de Dependencia. En cuanto a la valoración de Discapacidad un 24% de las personas cuidadas, según informan sus cuidadores, están en trámite de conseguir la valoración y un 41% tiene reconocida una discapacidad superior al 65% (**TABLA 3.2.2.16**) y un 80% tiene reconocido algún grado y valoración de su situación de Dependencia (**TABLA 3.2.2.17**); el 11% está en trámite de valoración.

TABLA 3.2.2.1: PARENTESCO DEL CUIDADOR/A CON LA PERSONA CUIDADA		
	Frecuencia	Porcentaje
Madre/Padre	108	37,9
Cónyuge	70	24,6
Hijo/a	42	14,7
Hermano	35	12,3
Sobrino/a	1	,4
Amistad	4	1,4
Otro	25	8,8
Total	285	100,0

GRÁFICO 3.2.2.1: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN PARENTESCO

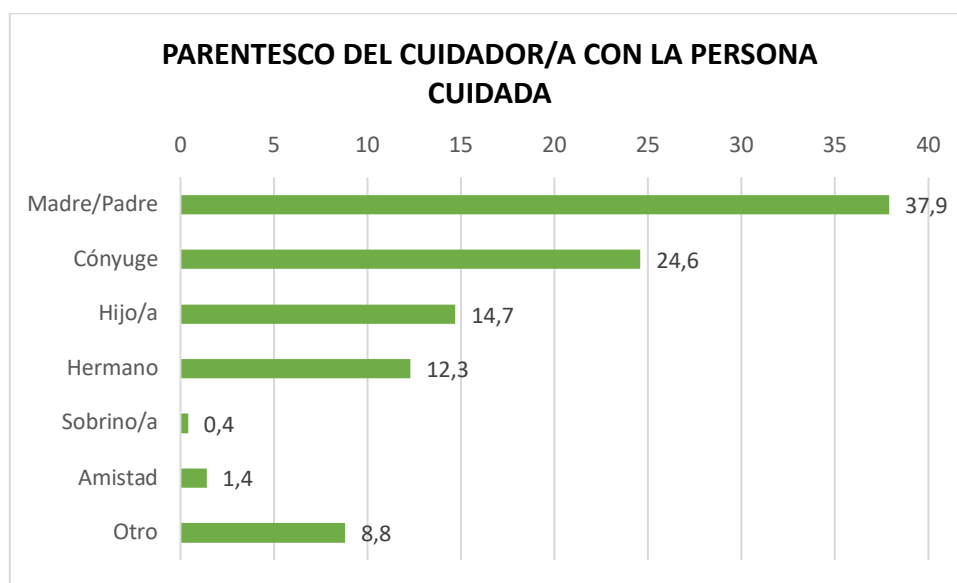


TABLA 3.2.2.2: CONVIVENCIA CON LA PERSONA CON DISCAPACIDAD		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	234	82,1

No	41	14,4
Solo por temporadas	10	3,5
Total	285	100,0

GRÁFICO 3.2.2.2: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA VINCULACIÓN POR FORMA DE RESIDENCIA



TABLA 3.2.2.3: TIEMPO HACE QUE ESTÁ PRESTANDO ATENCIÓN A UNA PERSONA CON DISCAPACIDAD		
	Frecuencia	Porcentaje
Varias semanas	2	,7
Menos de 6 semanas	3	1,1
Más de 6 meses	11	3,9
Entre 1 y 2 años	30	10,6
Más de 2 años	235	83,0
NS	2	,7
Total	283	100,0

GRÁFICO 3.2.2.3: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN EL TIEMPO QUE HACE QUE ES CUIDADOR/A

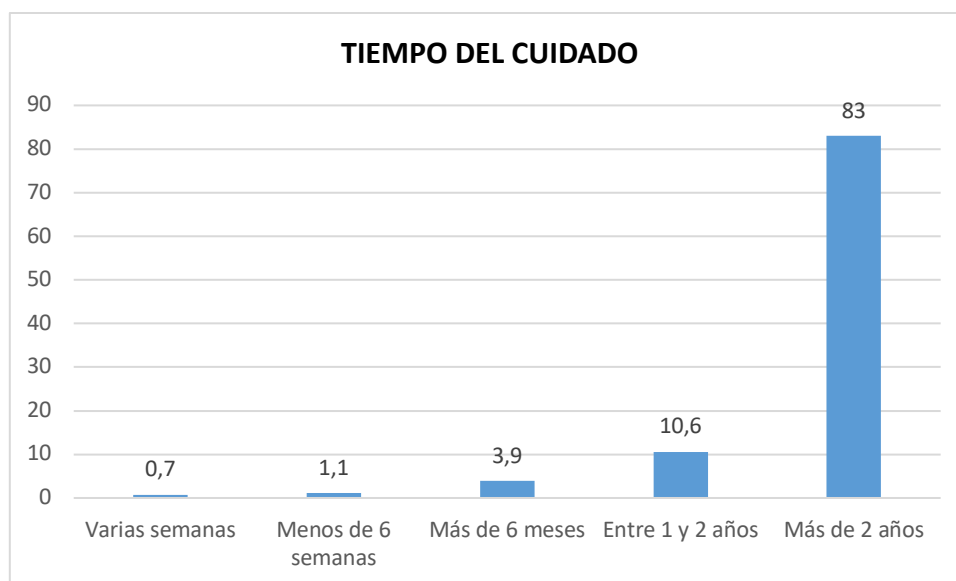


TABLA 3.2.2.4: EDAD DE LOS CUIDADORES/AS Y TIPO DE CUIDADOR/A (EN %)			
	CUIDADOR/A PRINCIPAL	CUIDADOR/A SECUNDARIO	CUIDADOR/A OCASIONAL
19 a 25 años	71,4%	14,3%	14,3%
26 a 35 años	31,8%	50,0%	18,2%
36 a 45 años	100,0%	0,0%	0,0%
46 a 50 años	95,1%	2,5%	2,5%
51 a 60 años	91,8%	4,1%	4,1%
61 a 70 años	91,8%	4,1%	4,1%
71 años y más	81,1%	18,9%	0,0%
NC	100,0%	0,0%	0,0%
TOTAL	249	24	12
Porcentaje	87,4%	8,4%	4,2%

TABLA 3.2.2.5: EDAD DE LOS CUIDADORES/AS Y TIPO DE CUIDADOR/A(EN %)			
	CUIDADOR/A PRINCIPAL	CUIDADOR/A SECUNDARIO	CUIDADOR/A OCASIONAL
HOMBRE	24,9%	20,8%	41,7%
MUJER	75,1%	79,2%	58,3%
TOTAL	249	24	12
Porcentaje	100,0%	100,0%	100,0%

TABLA 3.2.2.6: EDAD DE LA PERSONA A LA QUE SE ATIENDE		
	Frecuencia	Porcentaje

0 a 9 años	3	1,1
10 a 19 años	6	2,1
20 a 29 años	13	4,6
30 a 39 años	10	3,5
40 a 49 años	23	8,1
50 a 59 años	18	6,3
60 a 69 años	30	10,5
70 a 79 años	42	14,7
80 y más años	140	49,2
Total	285	100,0

GRÁFICO 3.2.2.4: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN EDAD DE LA PCD

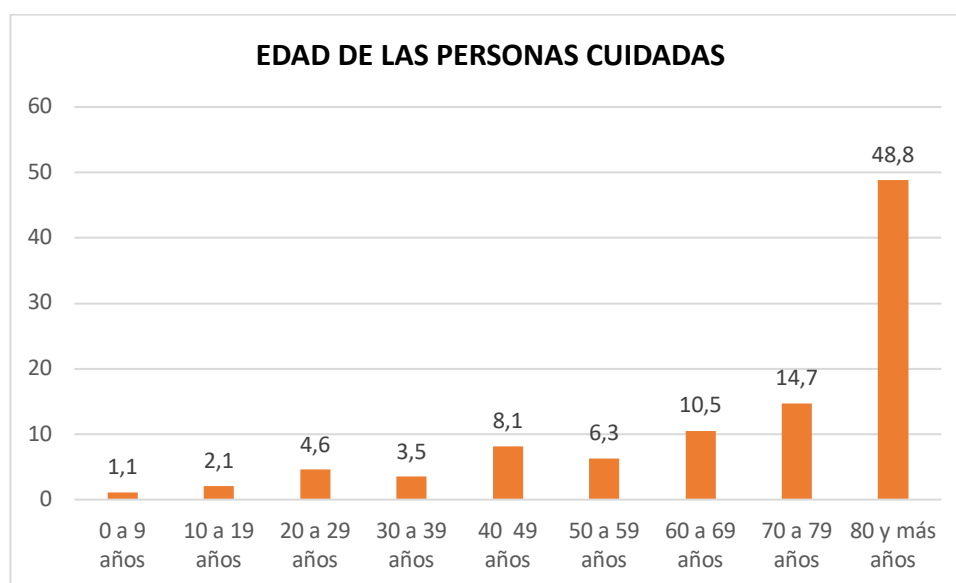


TABLA 3.2.2.7. GENERO DE LA PERSONA CUIDADA		
	Frecuencia	Porcentaje
MASCULINO	133	46,8
FEMENINO	149	52,5
NC	2	,8
TOTAL	284	100

GRÁFICO 3.2.2.5: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN EL SEXO DE LAS PCD

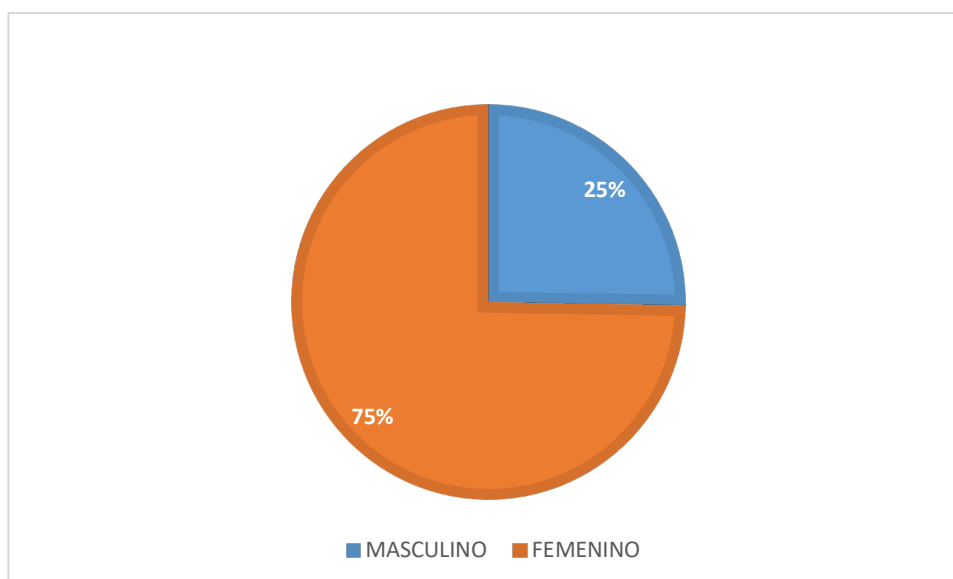


TABLA 3.2.2.8: PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD		
	Frecuencia	Porcentaje
En trámites de valoración	65	24,0
Un 33%	24	8,9
Entre 33 y 55%	34	12,5
Entre 55 y 65%	36	13,3
Entre 65 y 80%	70	25,8
Más de 80%	42	15,5
Total	271	100,0

GRÁFICO 3.2.2.6: VALORACIÓN DE DISCAPACIDAD

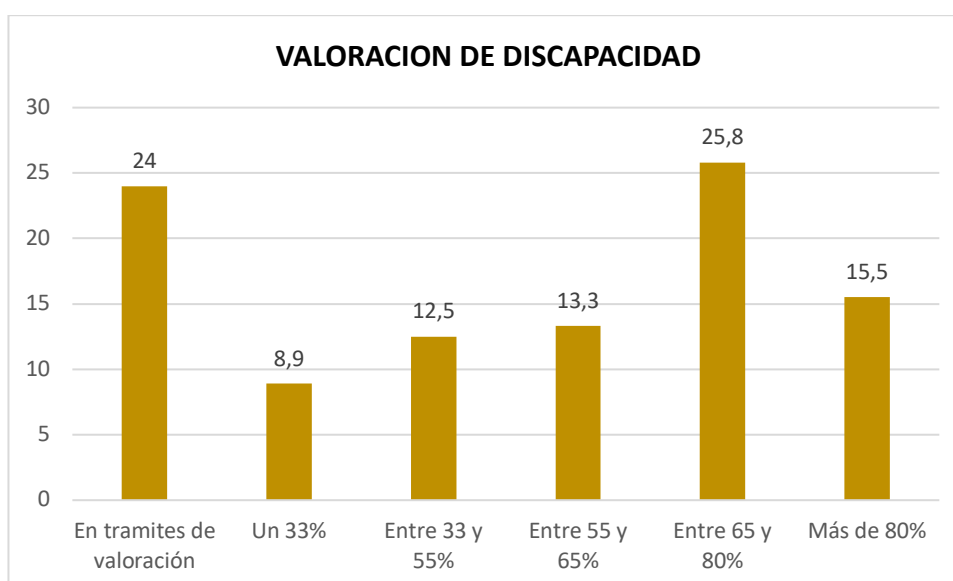
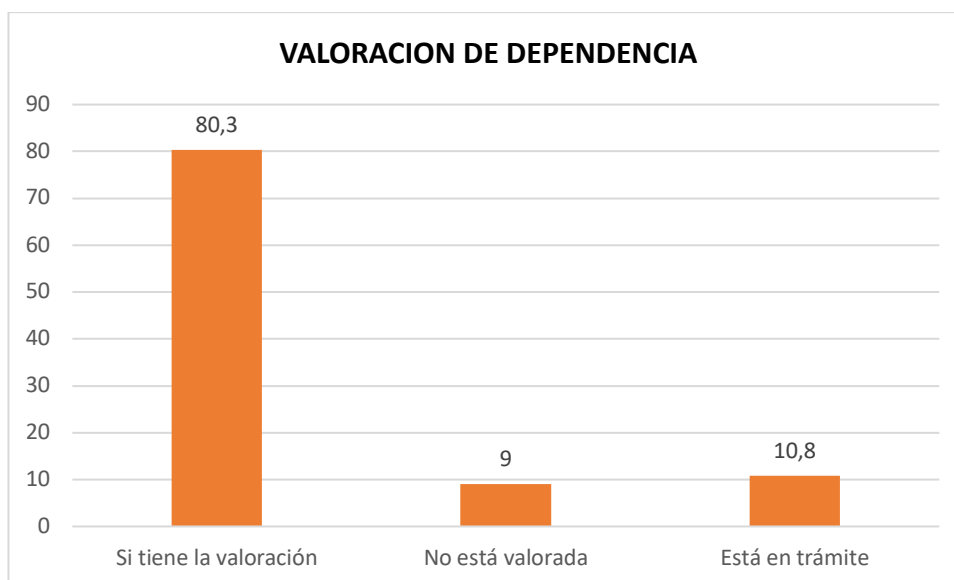


TABLA 3.2.2.9: RECONOCIMIENTO DE DEPENDENCIA		
	Frecuencia	Porcentaje

Si tiene la valoración	224	80,3
No está valorada	25	9,0
Está en trámite	30	10,8
Total	279	100,0

GRÁFICO 3.2.2.7: VALORACIÓN DEPENDENCIA



3.2.3. Características culturales y laborales de los cuidadores/as

Desempeñar las tareas del cuidado requiere tener un perfil determinado para desempeñar con eficiencia y calidad las diferentes tareas. En este sentido, hay estudios que ponen de relieve el hecho de que muchas personas cuidadoras tienen que prescindir de oportunidades laborales para poder atender a las personas dependientes, sea cual sea la razón de su dependencia: enfermedad, discapacidad, edad, etc. Aunque cada vez, el nivel cultural de la población es mayor, sí podemos destacar que casi la mitad de los/las cuidadores tienen estudios primarios o menos (**TABLA 3.2.3.1**). En las tablas **TABLA 3.2.3.2** y **TABLA 3.2.3.3**, se recoge la diferencia entre el tamaño del municipio y el sexo en relación con la cualificación. En cuanto al sexo no existen diferencias, aunque sí parece que hay algunos cambios en cuanto al tamaño de los municipios. Parece lógico que los grandes entornos o hábitats ofrecen mejores condiciones formativas.

Finalmente, en cuanto a la situación laboral como se puede observar en las tablas 3.2.2.5 y siguientes, el 21% están Ocupados con alta en Seguridad Social por cuenta ajena y el 30% prejubilados; el 13% señala estar en paro, afectando éste más a las mujeres que a los hombres (15,5% frente al 5,6%). El tamaño del municipio parece que también influye, ya que el 17,5% de las personas en paro están en municipios menores de 10.000 habitantes, frente al 54 y 7% del resto de municipios.

TABLA 3.2.3.1: NIVEL DE ESTUDIOS DE LA PERSONA CUIDADORA		
	Frecuencia	Porcentaje
Sin estudios	8	2,8

Estudios primarios incompletos	12	4,2
Estudios primarios	119	41,8
Estudios de bachiller elemental	39	13,7
Estudiosde bachiller superior	37	13,0
Estudios universitarios medios	32	11,2
Estudios universitarios superiores	28	9,8
NS/NC	10	3,5
Total	285	100,0

GRÁFICO 3.2.3.1: NIVEL ESTUDIOS CUIDADORES/AS

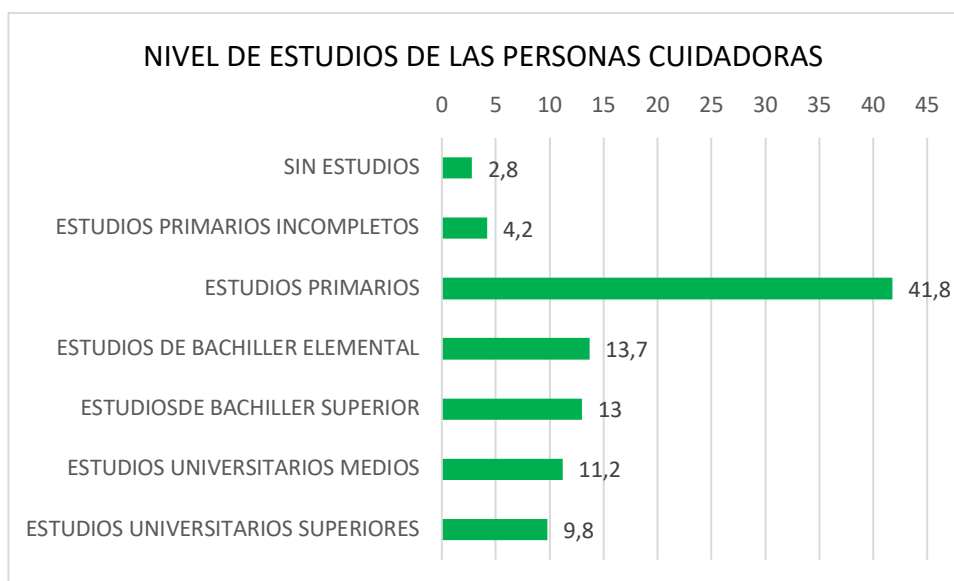


TABLA 3.2.3.2: TAMAÑO DEL MUNICIPIO Y SEXO (EN %)			
	MAS DE 20.000	ENTRE 20.000 Y 10000	MENOS DE 10000
HOMBRE	35,2%	35,7%	20,6%
MUJER	64,8%	64,3%	79,4%
TOTAL	71	14	189
Porcentaje	100,0%	100,0%	100,0%

TABLA 3.2.3.3: TAMAÑO DEL MUNICIPIO Y NIVEL DE ESTUDIOS (EN %)

	MAS DE 20.000	ENTRE 20.000 Y 10000	MENOS DE 10000
SIN ESTUDIOS	0,0%	21,4%	2,6%
ESTUDIOS PRIMARIOS INCOMPLETOS	0,0%	0,0%	5,8%
ESTUDIOS PRIMARIOS	31,0%	42,9%	46,0%
ESTUDIOS DE BACHILLER ELEMENTAL	21,1%	7,1%	11,6%
ESTUDIOS DE BACHILLER SUPERIOR	16,9%	0,0%	13,2%
ESTUDIOS UNIVERSITARIOS MEDIOS	11,3%	28,6%	10,1%
ESTUDIOS UNIVERSITARIOS SUPERIORES	19,7%	0,0%	5,8%
TOTAL	71	14	189
Porcentaje	100,0%	100,0%	100,0%

TABLA 3.2.3.4: SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA Y LABORAL ACTUAL DE LA PERSONA CUIDADORA		
	Frecuencia	Porcentaje
Ocupado con alta en Seguridad Social por cuenta ajena	63	22,1
Ocupado con alta Seguridad Social Autónomo	16	5,6
Ocupado sin alta en la seguridad social	1	,4
En paro	37	13,0
Prejubilado	86	30,2
Prestación por incapacidad permanente total	11	3,9
Prestación por desempleo, Renta activa de inserción (RAI), ayuda familiar	7	2,5
Prestación no contributiva	8	2,8
Prestación por hijo a cargo	2	,7
IMI/ Renta garantizada de ciudadanía	3	1,1
Realizo tareas domésticas	16	5,6
Otra situación	16	5,6
Ns/NC	19	6,7
Total	285	100,0

GRÁFICO 3.2.3.2: SITUACIÓN LABORAL CUIDADORES/AS

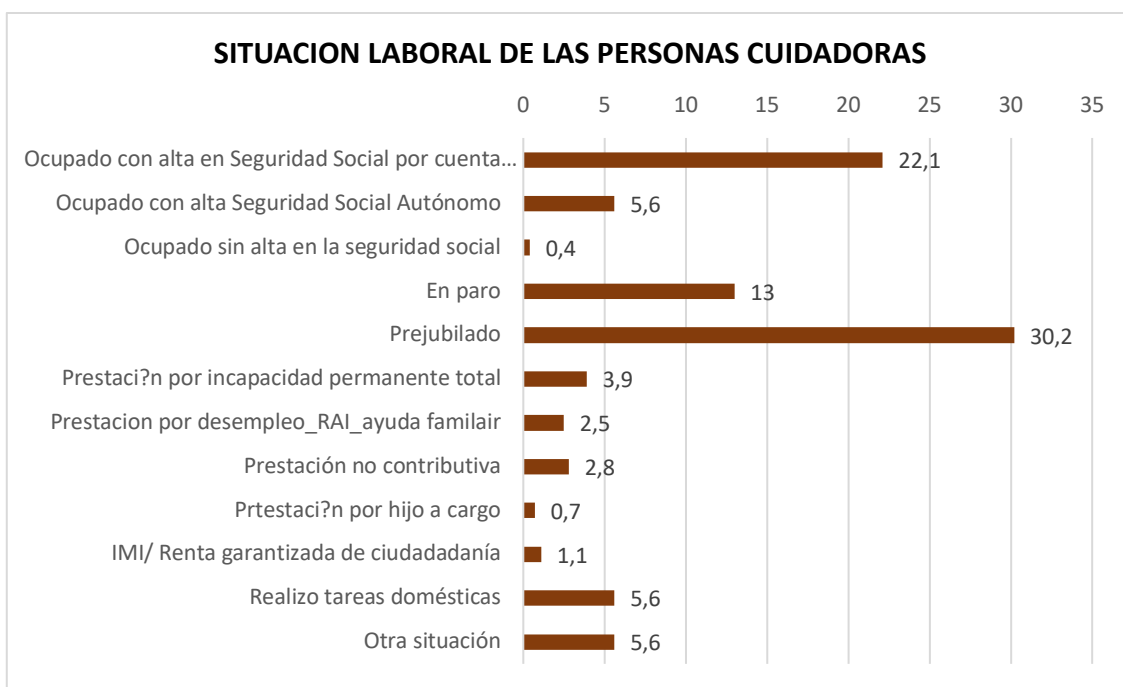


TABLA 3.2.3.5: SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA Y LABORAL ACTUAL DE LA PERSONA CUIDADORA Y SEXO (EN %)		
	HOMBRE	MUJER
Ocupado con alta en Seguridad Social por cuenta ajena	22,2%	22,1%
Ocupado con alta Seguridad Social Autónomo	4,2%	6,1%
Ocupado sin alta en la seguridad social	0,0%	0,5%
En paro	5,6%	15,5%
Prejubilado	38,9%	27,2%
Prestación por incapacidad permanente total	8,3%	2,3%
Prestación por desempleo, Renta activa de inserción (RAI), ayuda familiar	5,6%	1,4%
Prestación no contributiva	6,9%	1,4%
Prestación por hijo a cargo	0,0%	0,9%
IMI/ Renta garantizada de ciudadanía	0,0%	1,4%
Realizo tareas domésticas	0,0%	7,5%
Otra situación	0,0%	7,5%
Ns/NC	8,3%	5,2%
Total	72	213
Porcentaje	100,0%	100,0%

TABLA 3.2.3.6: SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA Y LABORAL ACTUAL DE LA PERSONA CUIDADORA Y TAMAÑO POBLACIÓN (EN %)
--

	MAS DE 20.000	ENTRE 20.000 Y 10000	MENOS DE 10000
Ocupado con alta en Seguridad Social por cuenta ajena	40,8%	21,4%	15,9%
Ocupado con alta Seguridad Social Autónomo	0,0%	0,0%	7,4%
Ocupado sin alta en la seguridad social	0,0%	0,0%	0,5%
En paro	4,2%	7,1%	17,5%
Prejubilado	26,8%	42,9%	30,2%
Prestación por incapacidad permanente total	8,5%	21,4%	1,1%
Prestación por desempleo, Renta activa de inserción (RAI), ayuda familiar	8,5%	21,4%	1,1%
Prestación no contributiva	1,4%	0,0%	3,2%
Prestación por hijo a cargo	0,0%	0,0%	1,1%
IMI/ Renta garantizada de ciudadanía	0,0%	0,0%	1,6%
Realizo tareas domésticas	4,2%	0,0%	6,9%
Otra situación	2,8%	0,0%	6,9%
Ns/NC	4,2%	7,1%	6,8%
Total	71	14	189
Porcentaje	100,0%	100,0%	100,0%

De todo este análisis realizado en cuanto a las características de las personas cuidadoras entrevistadas, se puede señalar que su perfil es básicamente el estándar y coincidente con la mayoría de estudios que se vienen realizando sobre este tema: mujer, cuidadora principal, con edad bastante avanzada, familiar directo de la PCD, que convive con la persona atendida, con formación básica y en situación laboral sin grandes recursos económicos.

Teniendo en cuenta que, según la normativa vigente en la comunidad de Castilla y León, los cuidadores no profesionales no son los sujetos directos de los derechos y por lo tanto de las prestaciones que pudieran corresponder a la PCD, hemos de concluir que su situación está basada más en lazos personales y en valores morales que en cuestiones de naturaleza económica. La solidaridad familiar, el apoyo y la dedicación que dentro del entorno familiar se hace frente a las personas que se encuentran en condiciones de dificultad, siguen siendo fundamentalmente atendidas y cuidadas debido al esfuerzo del entorno familiar más próximo.

Como se recoge en el Artículo 17. De la *ORDEN FAM/6/2018, de 11 de enero, por la que se regulan las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en Castilla y León, el cálculo de la capacidad económica y las medidas de apoyo a las personas cuidadoras no profesionales* BOCYL nº 10 de 15 de enero de 2018, persona cuidadora principal y otras personas cuidadoras.

La concesión de la prestación de cuidados en el entorno familiar debe conllevar la designación de una persona cuidadora principal, que deberá asumir la responsabilidad

del cuidado, aunque en el ejercicio de las funciones de cuidado pueda estar apoyada por otras personas.

La persona cuidadora ha de tener disponibilidad para prestar el cuidado y atención de forma adecuada y continuada durante un período mínimo de un año, excepto que por circunstancias sobrevenidas e imprevisibles no pueda completar este período.

Excepcionalmente, se podrá admitir la rotación de cuidadores, con cambio o no de domicilio, con períodos continuados de cuidados inferiores a un año cuando los cuidados proporcionados por cada cuidador sean de al menos tres meses continuados y en el informe social se valore técnicamente su pertinencia en beneficio de la persona dependiente y atendiendo a su voluntad. En estos casos, el beneficiario está obligado a comunicar el cambio de cuidador en los diez días siguientes a que se produzca, a fin de poder valorar si tras el cambio de cuidador se mantienen las condiciones de acceso a la prestación.

Durante la tramitación del procedimiento de cambio de cuidador se mantendrá el pago de la prestación económica que el interesado viniera recibiendo, pero si la nueva valoración no es favorable al mantenimiento de la prestación, los efectos de la extinción se producirán desde la fecha del cambio.

Cuando en la rotación de cuidadores, la persona dependiente se traslade fuera del territorio de la Comunidad de Castilla y León, sólo se abonará la prestación correspondiente al período de residencia en esta comunidad, sin perjuicio de lo establecido por la normativa estatal en materia de traslados.

El incumplimiento de la obligación de comunicar el cambio de cuidador dentro del plazo indicado en este artículo podrá ser causa de revisión y extinción de la prestación reconocida.

A los efectos indicados en este artículo, el cuidador/a deberá suscribir un compromiso de permanencia.

Asimismo, el *Artículo 16. De la misma orden donde se recogen las condiciones de idoneidad de la persona cuidadora, se señala que la persona cuidadora debe reunir los siguientes requisitos:*

1. Tener cumplidos los 18 años en el momento de la solicitud.
2. Tener residencia legal en España.
3. Ser cónyuge de la persona dependiente o tener relación de parentesco hasta el tercer grado por consanguinidad, afinidad o adopción. Se entienden como relaciones asimiladas la de las parejas de hecho, tutores y personas designadas, administrativa o judicialmente, con funciones de acogimiento. No será necesario reunir este requisito en los casos previstos en el apartado 2 del artículo 19.
4. Contar con tiempo de dedicación suficiente para garantizar diariamente que la persona beneficiaria está atendida en aquellas situaciones en las que necesita ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria.

5. No tener reconocida la situación de dependencia.

6. Contar con la capacidad física y psíquica suficiente para desarrollar adecuadamente por sí misma las funciones del cuidado y apoyo en los términos del artículo 2 de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, para determinar la concurrencia de este requisito, se tendrán en cuenta, entre otros, los siguientes criterios:

a) Que la persona cuidadora dispone, en caso necesario, de apoyos complementarios para prestar la atención de forma adecuada.

b) Que tanto la persona en situación de dependencia, como la persona cuidadora, tienen una actitud favorable hacia los cuidados en el entorno familiar y las condiciones de convivencia entre ambas son adecuadas.

c) Que no existen otras cargas, obligaciones, situaciones de estrés u otras dificultades emocionales que interfieran con la adecuada atención que la persona cuidadora debe prestar a la persona en situación de dependencia.

d) Que la persona cuidadora no presenta actitudes negativas hacia la persona en situación de dependencia y hacia las tareas de atención.

e) Que la persona cuidadora tiene conocimientos suficientes acerca de los cuidados que requiere la persona en situación de dependencia y tiene una disposición positiva a recibir y seguir orientaciones de los profesionales.

Asimismo, debe asumir por escrito los compromisos necesarios para la atención y cuidado de la persona en situación de dependencia.

f) Que la persona cuidadora tiene hábitos adecuados de autocuidado.

g) Que la persona cuidadora facilite el acceso de los profesionales de los servicios sociales a la vivienda de la persona en situación de dependencia, previo consentimiento de ésta, con el fin de comprobar el cumplimiento de los requisitos o variación de las circunstancias.

La consideración de cada uno de los criterios y circunstancias contemplados en este apartado habrá de referirse a las características y necesidades de la persona en situación de dependencia que ha de ser atendida, y se llevará a cabo de manera ponderada en función del resto de criterios, salvo que en la valoración se detectase algún factor que pudiera ser por sí mismo suficiente para determinar la no adecuación de la prestación.

7. No podrá ser cuidador/a, a efectos de la prestación económica de cuidados en el entorno familiar, de más de dos personas dependientes.

3.2.4. Opiniones y percepción de las personas cuidadoras sobre su tareas y responsabilidades

Analizamos, a continuación, diferentes aspectos referidos a las condiciones en las que desempeñan sus tareas las personas cuidadoras. Hemos visto en los epígrafes anteriores, algunos de los rasgos objetivos de este recurso esencial para prestar los apoyos y garantizar las mejores condiciones de vida de las PCD.

Como señala la Convención internacional de las personas con Discapacidad, para que estas personas puedan disfrutar de los mismos derechos y en las mismas condiciones que el resto de personas, es preciso que se les faciliten todo tipo de apoyos para eliminar o aminorar las dificultades y evitar la discriminación. Es aquí, donde la figura del cuidador recobra un papel esencial, ya que su razón de ser es precisamente la de contribuir a mejorar los derechos y la calidad de vida a través de los apoyos que prestan a las PCD.

Pero en una sociedad de derecho, la carga del cuidado no puede ser una tarea que dependa y se agote en el trabajo de los cuidadores. También, esta figura esencial, requiere disponer de apoyos y ayudas, de acceder a servicios y recursos para que su trabajo se pueda realizar en condiciones adecuadas para ellos y para las personas que atienden.

Se pueden emitir muchas opiniones y hacer muchas observaciones desde los laboratorios, pero la mejor medida para conocer en qué condiciones realizan estas personas esenciales su trabajo, cómo perciben los apoyos que reciben o que les faltan, cómo se sienten y valoran frente a estas tareas, solo se puede saber preguntándoles y recabando su opinión y valoración.

Es muy probable que sus argumentos no sean, ni ofrezcan explicaciones de tipo científico ni erudito. No se trata de eso, sino de saber cómo viven y cómo se sienten, qué echan en falta y qué demandan a las administraciones para mejorar esas dos realidades. La de las personas con discapacidad a las que atienden y a las suyas propias. Somos conscientes que muchas personas tienen tan asumidas las tareas como si fueran las obligaciones propias, que en ocasiones pierden la perspectiva de la reivindicación y de expresar sus necesidades y demandas, máxime si su trabajo está, además, avalado en valores de tipo ético y moral, desde una ética del cuidado que entienden como un deber, olvidándose de los derechos. Es por ello, por lo que en las entrevistas, se ha querido ir sacando a la luz las angustias, las expectativas, las opiniones y vivencias que a veces no se comparten porque se asume de entrada la ineficacia de sus planteamientos frente a las dificultades de introducir cambios en las leyes, en las administraciones, en las organizaciones, etc. Esta y no otra, ha sido la intención de las preguntas y de las respuestas que, a continuación, analizamos y recogemos como un sentir y experiencia de las personas que tienen a su cargo el cuidado y apoyo de familiares o ciudadanos que se encuentran en situación de desventaja y dificultad.

Somos conscientes de que los datos que aquí analizamos reflejan una tendencia, ya que la muestra sobre la que se elaboran los resultados no tiene la suficiente fiabilidad

estadística, por las razones comentadas anteriormente. No obstante, los datos son absolutamente concordantes con otros estudios realizados sobre el particular, por lo que nos atrevemos a extrapolar los resultados y hacerlos extensivos a este colectivo.

Dividiremos estas cuestiones en distintos apartados para organizar mejor la información.

3.2.4.1. Las ayudas

La elocuencia de las respuestas no deja lugar a muchas interpretaciones. El 55,4% no reciben apoyos y ayudas en sus tareas de cuidadores. Y cuando reciben alguna es mayor la que procede de entidades que de la familia (27% frente al 13% (tabla 3.2.4.1), por ello no es de extrañar que señalen que las ayudas que reciben son insuficientes, no solo por parte de la familia (60%, Tabla 3.2.4.2) sino también de las entidades (78%, tabla 3.2.4.4).

No es preciso incidir en elementos ya conocidos: el mayor peso de los cuidados en el entorno familiar recae en los cuidadores principales que, como hemos visto, son personas de mayor grado de familiaridad (padres/madres, cónyuges e hijos), que realizan estas tareas sin mayor implicación ni ayuda de otros familiares. En el caso de las entidades, la escasez de recursos, los recortes presupuestarios y desatención a determinados colectivos y, sobre todo, si se encuentran en zonas rurales, añaden elementos de mayor vulnerabilidad y desatención. Dicho en otros términos, el Estado de Bienestar y la garantía de derechos sigue siendo un objetivo y, hoy por hoy, una utopía, a pesar de los discursos y de la publicidad.

Las razones que se recogen en la tabla 3.2.4.3 son bastante elocuentes, y reflejan la soledad de muchas personas cuidadoras, así como las formas de asumir esa falta, e incluso la justificación de la misma: viven lejos (23%), no tienen tiempo (18%). La autosuficiencia o la dedicación personal es también otra razón importante (14%).

TABLA 3.2.4.1 RECIBE Y DE QUIEN ALGUNA AYUDA O APOYO EN SUS TAREAS COMO CUIDADOR/A		
	Frecuencia	Porcentaje
No	158	55,4
Sí de entidades públicas o privadas	76	26,7
Sí de otros familiares o amigos	38	13,3
De ambos	13	4,6
Total	285	100,0

GRÁFICO 3.2.4.1: AYUDAS RECIBIDAS

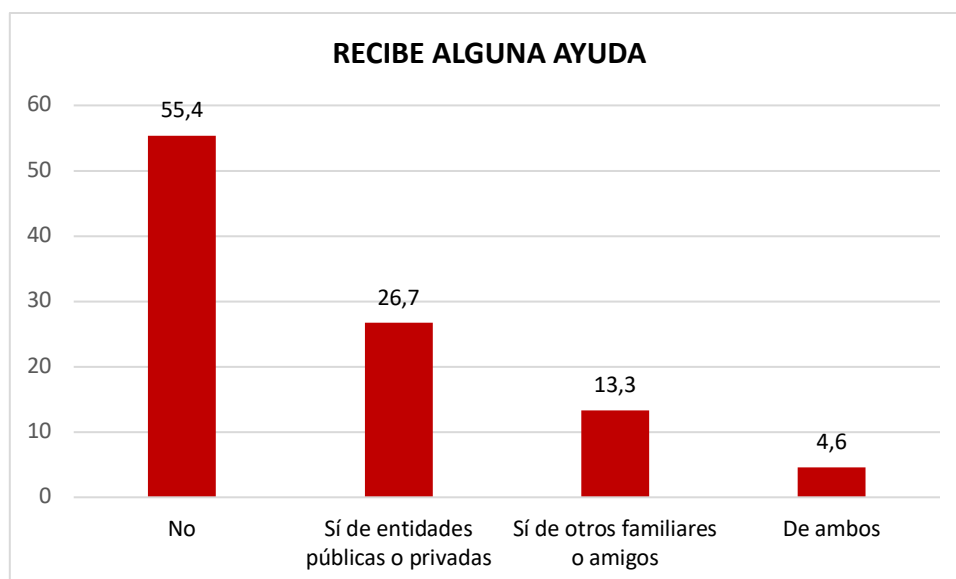


TABLA 3.2.4.2: SUFICIENCIA DE LA AYUDA QUE USTED RECIBE DE SUS FAMILIARES PARA ATENDER A LA PCD		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	112	40,4
No	165	59,6
Total	277	100,0

GRÁFICO 3.2.4.2: AYUDA FAMILIAR

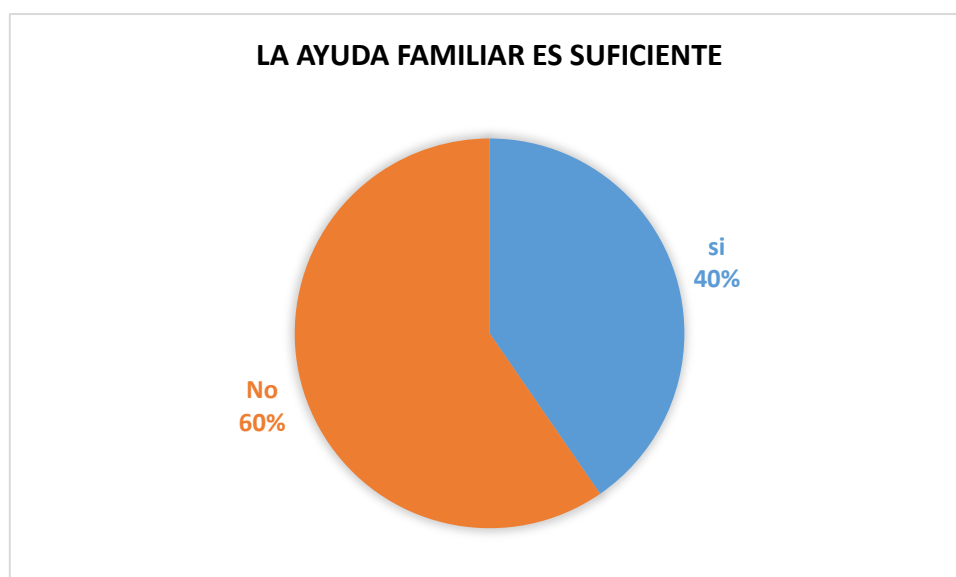


TABLA 3.2.4.3: RAZONES POR LAS QUE NO RECIBE USTED AYUDA SUFICIENTE DE SUS FAMILIARES PARA EL CUIDADO DE LA PERSONA A LA QUE ATIENDE. (SEÑALE LA MÁS IMPORTANTE)		
	Frecuencia	Porcentaje
Yo solo/a me valgo.	25	14,2
No necesito de otros/as	4	2,3
No pueden hacerlo porque no tienen tiempo	32	18,2
No pueden hacerlo porque viven lejos, aunque en la misma localidad	7	4,0
No pueden hacerlo porque viven en otra localidad	40	22,7
No lo hacen porque no quieren	22	12,5
Tienen malas relaciones con (o mal concepto de) la persona cuidada	3	1,7
No lo hacen porque piensan que esa tarea les corresponde a ellos	17	9,7
Otras	26	14,8
Total	176	100,0

GRÁFICO 3.2.4.3: RAZONES AYUDA RECIBIDA INSUFICIENTE

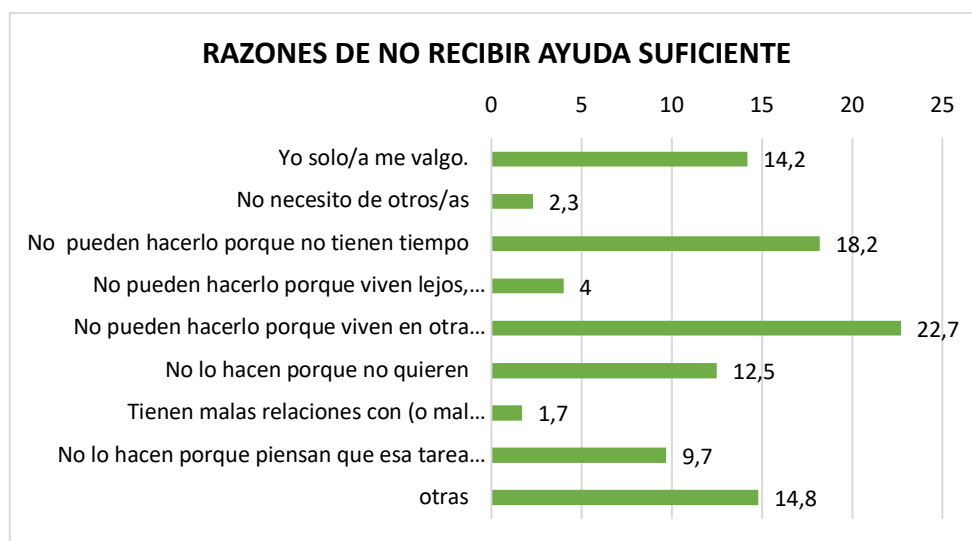
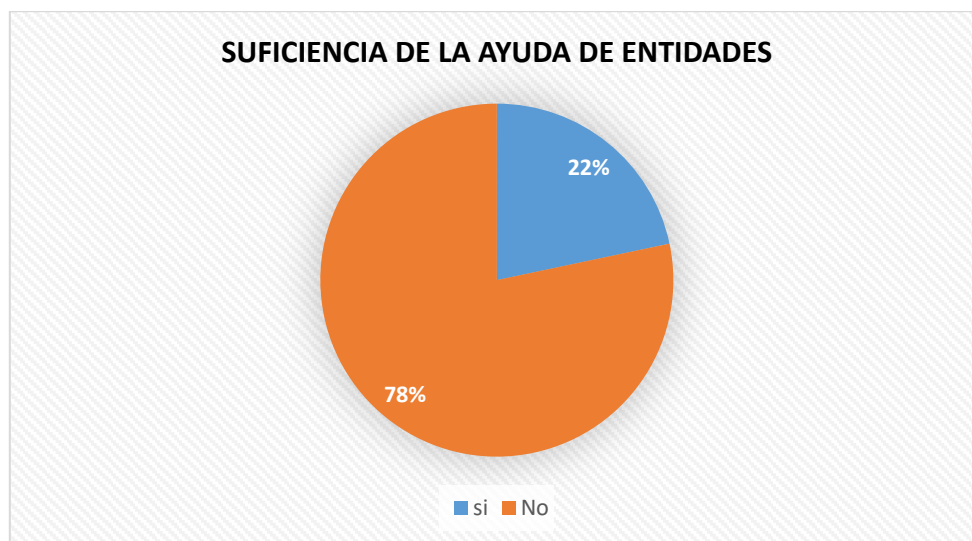


TABLA 3.2.4.4: CONSIDERA QUE LA AYUDA QUE RECIBE DE LAS ENTIDADES PÚBLICAS Y/O PRIVADAS PARA ATENDER A LA PERSONA CON DISCAPACIDAD ES SUFICIENTE O INSUFICIENTE		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	59	21,6
No	213	78,0
NS	1	,4
Total	273	100,0

GRÁFICO 3.2.4.4: AYUDA ENTIDADES



3.2.4.2. PERCEPCION SOBRE DIFERENTES PROBLEMAS CENTRADOS EN LA AUTONOMÍA

El estudio se planteaba hacer un sondeo a las personas cuidadoras para que expusieran sus ideas, diagnósticos y valoración sobre los problemas que detectan día a día en el ejercicio de sus funciones. Las siguientes tablas dan cuenta de las respuestas y opiniones que nos han facilitado, sin que hayan tenido tiempo para preparar sus discursos. Es la voz de la conciencia y el sentir a flor de piel lo que nos han expresado.

Estamos acostumbrados a lanzar determinados estereotipos y a repetir como soluciones un conjunto de medidas. Si algo llama la atención de las respuestas que nos han facilitado, es que esas respuestas habituales, parece que no son suficientes o que no sirven tanto como los profesionales y los políticos piensan. Ello hace, que las respuestas de rechazo a las cuestiones planteadas sean o tengan un peso importante, lo cual requiere seguir trabando con estas personas, a nivel más profundo y con técnicas más cualitativas, como los grupos de discusión, para diseñar y valorar el por qué algunas medidas no están dando los resultados esperados o frente a las que hay que idear otras respuestas que se ajusten más a sus necesidades y realidades. Esto es lo que podemos ver en las respuestas que se recogen en las tablas 3.2.4.5 a 3.2.4.7.

No quiere decir que no se consideren importantes las cuestiones propuestas, sino que no se ajustan a la realidad, lo cual parece que emiten el mensaje de que para la inmensa mayoría de los ciudadanos, el mundo de la discapacidad y de los cuidadores son mundos ignorados y desconocidos.

TABLA 3.2.4.5: EN SU OPINIÓN, ¿CÓMO SE PUEDE AYUDAR A LA PERSONA CON DISCAPACIDAD PARA QUE SEA CAPAZ DE TOMAR SUS PROPIAS DECISIONES?					
	SI		NO		TOTAL
	Abs	%	Abs	%	
Facilitando medidas de atención a la diversidad	89	31,2	181	67,04	270
Formando a las personas en derechos	51	17,9	219	81,11	270
Formación a profesionales	89	31,2	181	67,04	270
Creando cauces de participación	68	23,9	202	74,81	270
Dando información comprensible en formatos adecuados	83	29,1	187	69,26	270
Implicando al entorno (familia, sociedad)	115	40,4	155	57,41	270

GRÁFICO 3.2.4.5: TIPO DE AYUDAS A PCD PARA LA TOMA DE DECISIONES

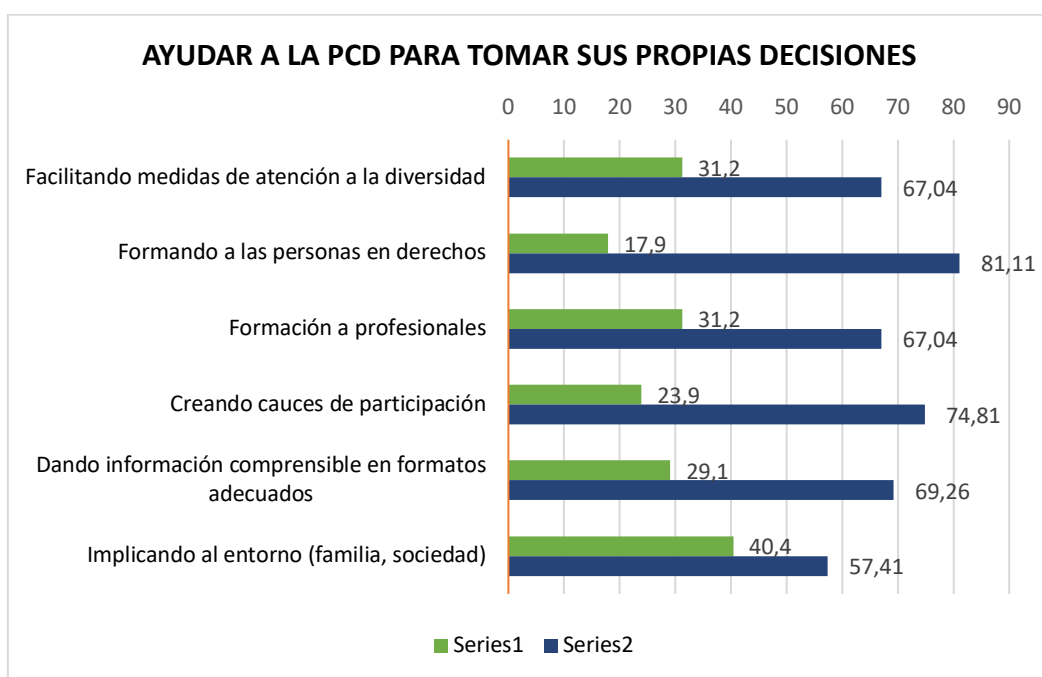


TABLA 3.2.4.6: DADA SU EXPERIENCIA COMO CUIDADOR/A QUE MEDIDAS CONSIDERA MÁS IMPORTANTES PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LA PERSONA QUE ATIENDE:					
	SI		NO		TOTAL
	Abs	%	Abs	%	
Designación de profesionales de referencia	63	22,1	209	76,84	272
Adaptación de protocolos	62	21,8	210	77,21	272
Adaptando tiempos de consulta a las necesidades de la persona	74	26,0	198	72,79	272
Adaptando horarios a las necesidades de las personas	80	28,1	192	70,59	272
Elección de profesionales en función de las necesidades de las personas	116	40,7	156	57,35	272
Empoderamiento de los pacientes	39	13,7	233	85,66	272
Mejorar y actualizar la Historia Social y sanitaria digital y compartida	60	21,1	212	77,94	272
Atención multidisciplinar y coordinada desde una perspectiva biopsicosocial por un profesional de referencia	92	32,3	180	66,18	272
Incorporación de medidas de prevención y promoción de la salud	89	31,2	183	67,28	272

GRÁFICO 3.2.4.6: MEDIDAS DE MEJORA DE CALIDAD DE VIDA

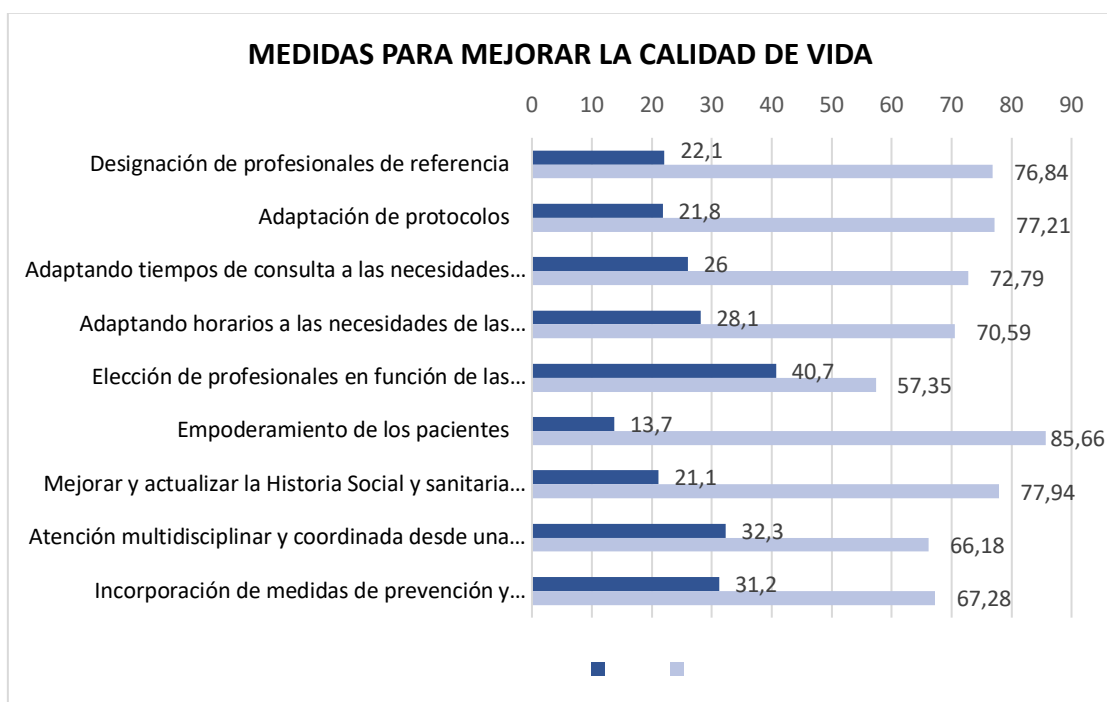


TABLA 3.2.4.7: MEDIDAS A TOMAR PARA MEJORAR LA ACCESIBILIDAD DE LAS PCD A LOS DIFERENTES SERVICIOS					
	SI		NO		TOTAL
	Abs	%	Abs	%	
Acceso a consultas no accesibles	73	25,6	185	71,71	258
Ubicación poco accesible	60	21,1	198	76,74	258
Materiales específicos no accesibles	50	17,5	208	80,62	258
Señalización inadecuada	43	15,1	215	83,33	258
Diseño de webs e información no accesibles	54	18,9	204	79,07	258
Complejos itinerarios hasta los recursos	60	21,1	198	76,74	258
Itinerario de derivación a un recurso poco claro	65	22,8	193	74,81	258
Ausencia de historia unificada completa de acceso electrónico	47	16,5	211	81,78	258
Información compleja y en formatos poco accesibles	65	22,8	193	74,81	258
Barreras físicos (entrada, habitaciones, baños...)	84	29,5	174	67,44	258
Carencia de transporte accesible	62	21,8	196	75,97	258
Carencia de zonas de aparcamiento gratuitas para personas con discapacidad	62	21,8	196	75,97	258
Revisión de ubicación de instalaciones	50	17,5	208	80,62	258
Escasa o nula implicación de teleconsultas	49	17,2	209	81,01	258
Revisión de accesibilidad de edificios y plan de actuación para eliminación de barreras	82	28,8	176	68,22	258
Implantación de nueva señalización	50	17,5	208	80,62	258
Estudio sobre necesidades y propuestas accesibilidad de pacientes y profesionales	95	33,3	163	63,18	258

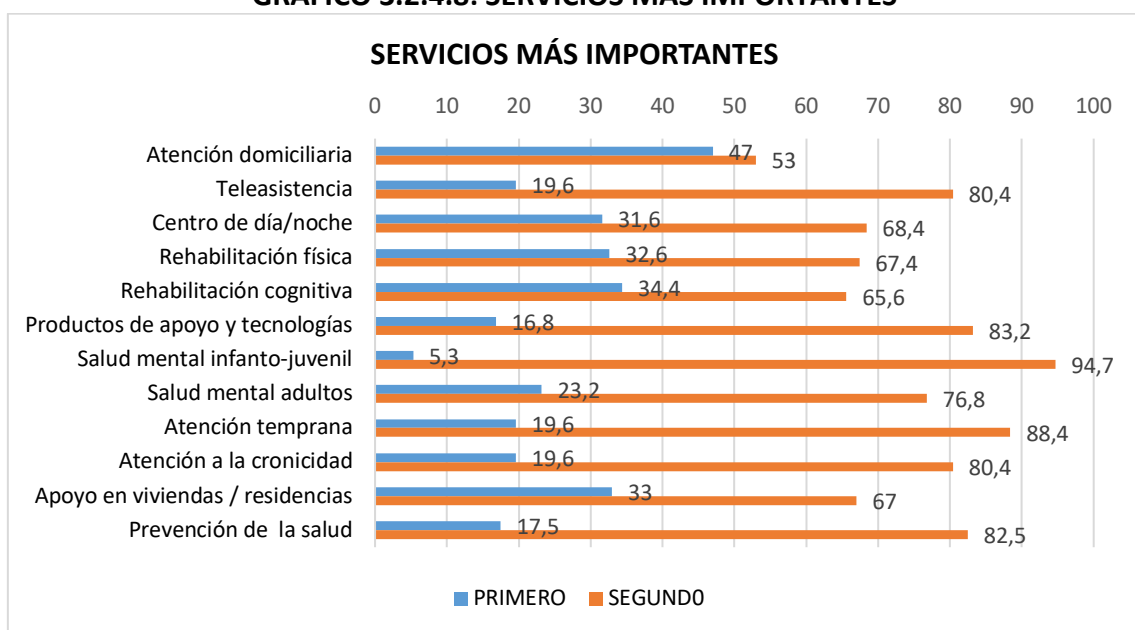
GRÁFICO 3.2.4.7: MEDIDAS MEJORA ACCESIBILIDAD



En opinión de las personas cuidadoras, la atención domiciliaria tanto como primera opción del listado de servicios, como en segunda opción, es el servicio que mayor puntuación obtiene en torno al 50%. El apoyo en la vivienda o residencia, la rehabilitación cognitiva y física, son los siguientes servicios mencionados en primer lugar por los encuestados. Llama la atención, en segunda opción, la puntuación que obtienen todos los servicios del catálogo presentados obtienen una alta puntuación (Tabla 3.2.4.8).

TABLA 3.2.4.8: PROGRAMAS O SERVICIOS MÁS RELEVANTES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD					
	PRIMERO		SEGUNDO		TOTAL
	Abs	%	Abs	%	
Atención domiciliaria	134	47,0	151	53,0	285
Teleasistencia	56	19,6	229	80,4	285
Centro de día/noche	90	31,6	195	68,4	285
Rehabilitación física	93	32,6	192	67,4	285
Rehabilitación cognitiva	98	34,4	187	65,6	285
Productos de apoyo y tecnologías	48	16,8	237	83,2	285
Salud mental infanto-juvenil	15	5,3	270	94,7	285
Salud mental adultos	66	23,2	219	76,8	285
Atención temprana	33	19,6	252	88,4	285
Atención a la cronicidad	56	19,6	228	80,4	285
Apoyo en viviendas / residencias	94	33,0	191	67,0	285
Prevención de la salud	50	17,5	235	82,5	285

GRÁFICO 3.2.4.8: SERVICIOS MÁS IMPORTANTES



3.2.4.3. Aspectos relacionados con la salud y vida personal

Los aspectos referidos a la salud constituyen también un capítulo importante del análisis de este estudio.

Cuidar, sobre todo si hablamos de cuidadores no profesionales, trae como consecuencia lo que se denomina “costes de oportunidad”, es decir, pérdidas de oportunidades diversas.

Todas las actividades suponen unos beneficios y unos costes. Los beneficios del cuidado son fundamentalmente para la persona cuidada, para la familia y para la sociedad.

Los cuidados generan Bienestar social (beneficios) que ahorran dinero (costes) en política de protección social. Sobre los costes, se calcula que cuidar a una persona en situación de dependencia cuesta una media de 40.000 € al año.

Otros costes que acarrea el cuidador vienen expresados por lo que se denomina *costes de oportunidad*: lo que se deja de hacer y las consecuencias en la salud del cuidador.

Entre las consecuencias negativas del cuidado se mencionan problemas relativos a:

1. Conflictos de pareja
2. Menor tiempo a las amistades y cuidar de uno mismo
3. Problemas de salud y profesionales
4. Problemas de conciliación
5. Sobrecarga
6. Sentimientos de culpa cuando se delega el cuidado en otras personas
7. Chantajes emocionales
8. Temor a ser enjuiciada como “mala hija”, madre o cuidadora
9. Conflictos intrageneracionales (hermanos) e intergeneracionales (pareja)

En otro extremo están:

1. Los referidos a los aspectos económicos y laborales (dejar de trabajar, reducir la jornada, rechazar un trabajo...)
2. Los referidos al tiempo de ocio y vida afectiva y relacional del cuidador (disminuye como consecuencia del cuidado)
3. Las repercusiones en la salud tanto física (enfermedades osteoarticulares) como de tipo emocional (melancolía, depresión).

Esto es lo que se denomina la *carga de los cuidados*.

Entre los costes indirectos de las tareas del cuidado también pueden identificarse los

1. Coste del tiempo de los cuidados informales
2. Costes derivados del cuidado (adaptación vivienda, adquisición materiales...).

Para calcular estos costes es fácil obtener una estimación mediante el Método del *coste sustitución o reemplazo* (cuánto costaría este servicio si hubiera que contratar a una persona para que haga esas tareas).

Las respuestas a estas cuestiones podemos verlas reflejadas en la tabla 3.2.4.9 cuando se les pregunta en qué se han visto perjudicados por asumir las tareas del cuidado. La intensidad es muy variable y subjetiva, pero el listado es importante como reflejo de sus expectativas o de sus pérdidas de oportunidad, de relaciones, de trabajo, de vida social, de calidad de vida en una palabra.

Como se refleja en la tabla 3.4.2.10, el 53,5% expresa sentirse afectado por las tareas del cuidado, pero estos problemas no han supuesto tener que acudir a servicios de terapia o tratamiento psicológico y/o de fisioterapia (TABLA 3.4.2.11). Por otra parte, aunque hemos visto que el apoyo familiar no es muy fuerte, en este tipo de dolencias un 47% manifiesta que recibe apoyo familiar suficiente para sobrellevar estas situaciones (TABLA 3.2.4.12). Finalmente, el 49,5% señala que la principal dificultad y/o

necesidad a la que se enfrenta en su día a día, es la de tener que dedicarse por completo a la PCD. (TABLA 3.2.4.13).

TABLA 3.2.4.9: LA DISCAPACIDAD DE LA PERSONA QUE CUIDA EN QUÉ MEDIDA LE HA PERJUDICADO A USTED EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CUESTIONES								
	Mucho perjuicio		Algo de perjuicio		Nada de perjuicio		NS/NC	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Trabajar fuera de casa	80	28,1	85	29,8	67	23,5	53	18,6
Salir con amigos	80	28,1	133	46,7	43	15,1	29	10,2
Ir de vacaciones	82	32,3	112	39,3	49	17,2	32	11,2
Tener tiempo libre para uno mismo	93	32,6	105	36,8	53	18,6	34	11,9
Lectura / asistir cursos de formación	49	17,2	107	37,5	72	25,3	57	20,0
Relación de pareja	46	16,1	104	36,5	66	23,2	69	24,2
Relación con otros familiares	49	17,2	103	36,1	76	26,7	57	20,0
Estado de salud	60	21,1	100	35,1	65	22,8	80	21,1
Poder adquisitivo	67	23,5	102	35,8	47	16,5	69	24,2
Realización AVD (higiene, alimentación, vestido, locomoción,)	47	16,5	75	26,3	93	32,6	70	24,6

GRÁFICO 3.2.4.9: PERJUICIOS DEL CUIDADO

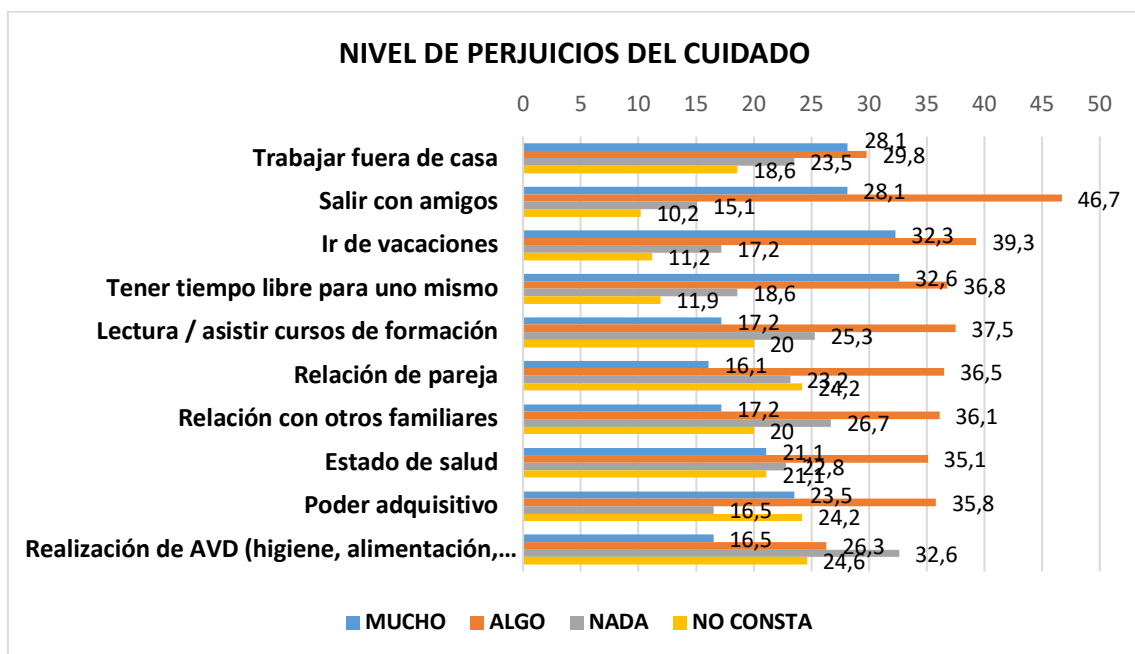


TABLA 3.2.4.10: LAS TAREAS QUE DESEMPEÑA COMO CUIDADOR/A LE ESTÁN AFECTANDO A SU SALUD O VIDA PERSONAL		
	Frecuencia	Porcentaje
SI	152	53,5
NO	132	46,5
Total	284	100,0

GRÁFICO 3.2.4.10: REPERCUSIÓN A NIVEL DE SALUD

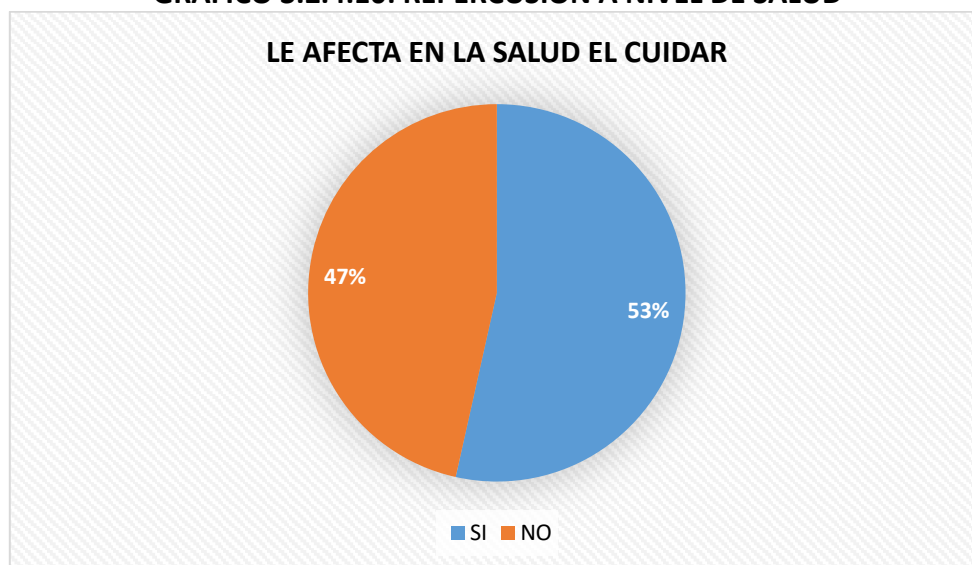


TABLA 3.2.4.11: EN CASO DE QUE LE HAYA AFECTADO, HA ACUDIDO A ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SERVICIOS					
	SI		NO		TOTAL
	Abs	%	Abs	%	
Tratamiento Psicológico	55	21,1	206	78,9	261
Tratamiento Fisioterapia	65	24,9	196	75,1	261

GRÁFICO 3.2.4.11: SERVICIOS A LOS QUE HA ACUDIDO

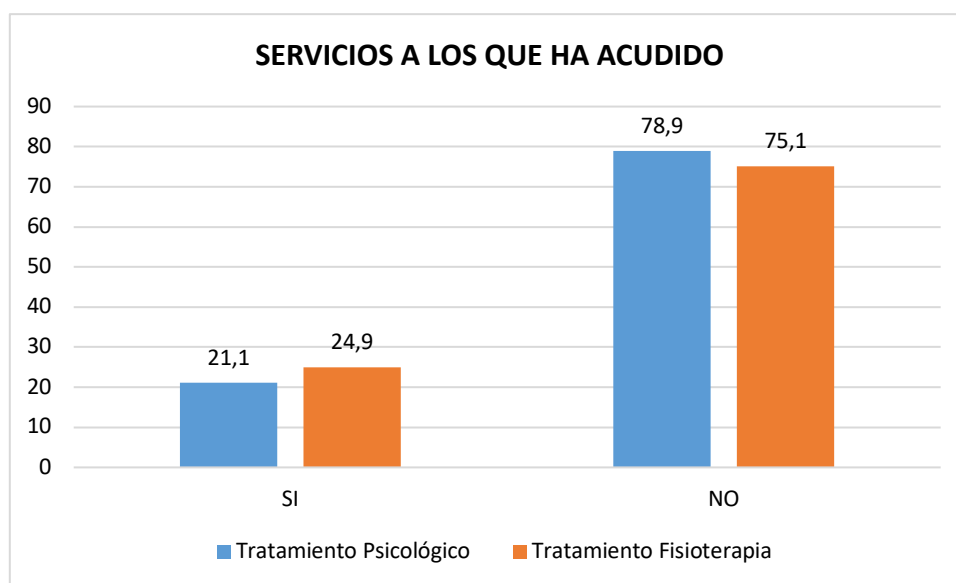


TABLA 3.2.4.12: CONSIDERA QUE TIENE APOYOS FAMILIARES SUFICIENTE PARA SOBRELLEVAR ESTAS SITUACIONES		
	Frecuencia	Porcentaje
SI	135	47,4
NO	120	42,1
Ns/Nc	30	10,5
Total	285	100,0

GRÁFICO 3.2.4.12: APOYOS FAMILIARES

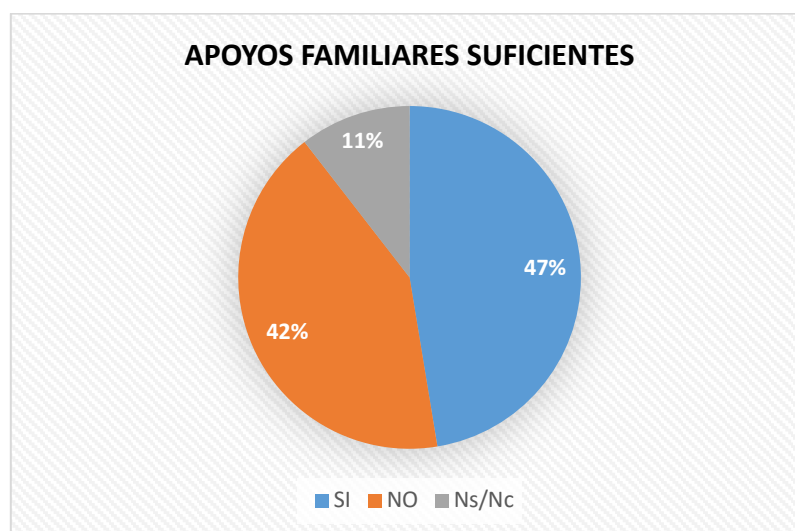
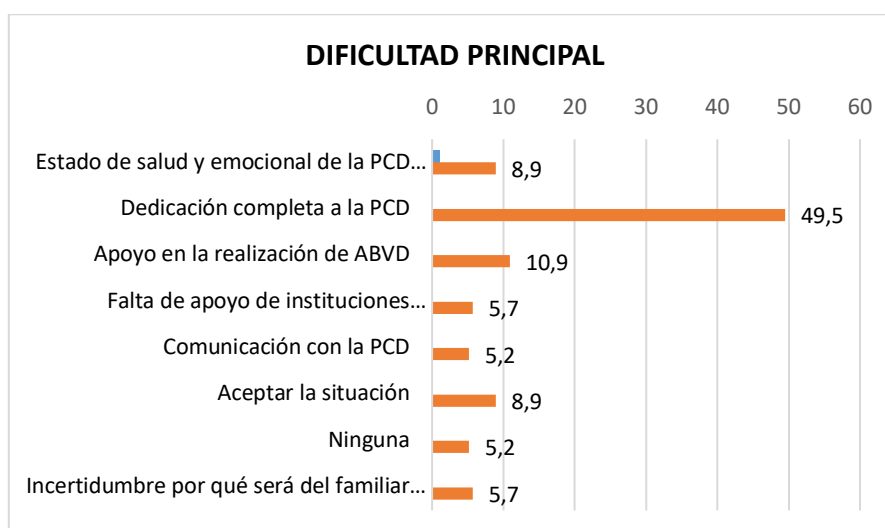


TABLA 3.2.4.13: DIFICULTAD PRINCIPAL		
	Frecuencia	Porcentaje
Estado de salud y emocional de la PCD derivado de su situación	17	8,9
Dedicación completa a la PCD	95	49,5
Apoyo en la realización de ABVD	21	10,9
Falta de apoyo de instituciones sanitarias y sociales	11	5,7
Comunicación con la PCD	10	5,2
Aceptar la situación	17	8,9
Ninguna	10	5,2
Incertidumbre por qué será del familiar cuando no esté el cuidador	11	5,7
Total	192	100,0

GRÁFICO 3.2.4.13: PRINCIPALES DIFICULTADES



3.2.4.4. Aspectos relacionados con la información en materia de servicios y recursos sociosanitarios

Las últimas cuestiones de la entrevista, van referidas al nivel de satisfacción con los servicios que recibe y el nivel de información que tienen. El nivel de satisfacción con los servicios recibidos es normal (53%) y bueno o muy bueno el 32,5% (TABLA 3.2.4.14), considerando además que el nivel de información es bastante aceptable: 52% (TABLA 3.2.4.15).

Son los servicios sociales y las asociaciones quienes les facilitan la información: 65% y 20% respectivamente (TABLA 3.2.4.16).

Como factores o elementos explicativos de la falta de acceso a la información sanitaria destacan tres razones básicas: las explicaciones poco adaptadas en tiempo y en forma

(31%), las explicaciones complejas (23,6%) y el desconocimiento de estrategias de comunicación con personas con discapacidad (20%) (TABLA 3.2.4.17)

Como medidas que deberían tomarse para mejorar la información en materia de servicios e información sanitaria destaca, por encima de todo, la Formación y sensibilización de los profesionales en pautas de interacción y comunicación, con un 44,5%, seguida de lejos de disponer de profesionales de referencia que faciliten la comunicación (24,5%) (TABLA 3.2.4.18).

Finalmente, respecto a la percepción subjetiva que tienen tanto de su propia salud como de la salud de la persona atendida (TABLA 3.2.4.19 Y TABLA 3.2.4.20), los porcentajes más altos se encuentra en los puntos intermedios: 43,5% y 44,2% salud regular tanto la persona que cuida como la PCD y 42% y 34% buena salud para los dos grupos.

Como propuestas de servicios o prestaciones necesarias, para proporcionar mayor autonomía y/o bienestar a las personas con discapacidad, y para los cuidadores que le atienden, las personas entrevistadas señalan como aspecto más importante ayudas económicas y de atención a la dependencia (59%) (TABLA 3.2.4.21)

TABLA 3.2.4.14: NIVEL DE SATISFACCIÓN CON SERVICIOS		
	Frecuencia	Porcentaje
Muy satisfecho	26	11,0
Bastante Satisfecho	51	21,5
Nivel de satisfacción normal	125	52,7
Nada satisfecho	35	14,8
Total	237	100,0

GRÁFICO 3.2.4.14: SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS RECIBIDOS

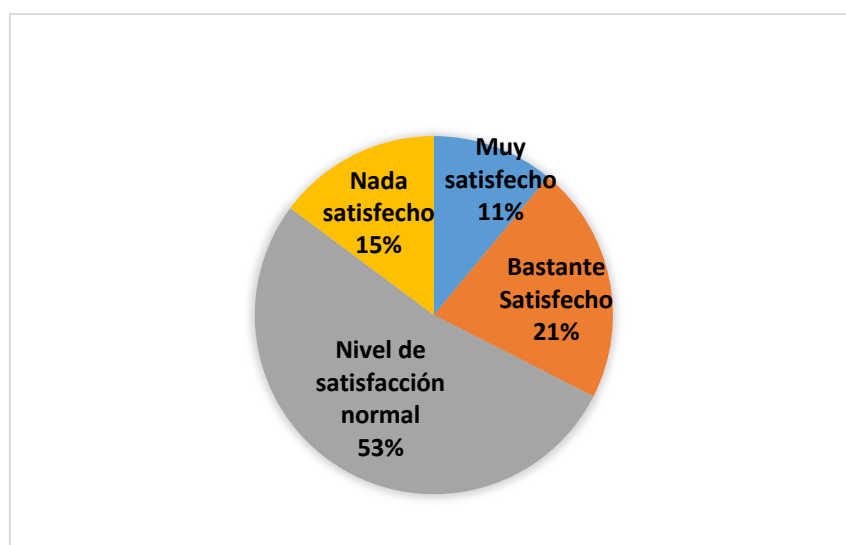


TABLA 3.2.4.15: HA TENIDO INFORMACIÓN SUFICIENTE Y COMPRENSIBLE		
	Frecuencia	Porcentaje
SI	147	51,6
NO	111	38,9
Ns/Nc	27	9,5
Total	285	100,0

GRÁFICO 3.2.4.15: CARACTERÍSTICAS DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA

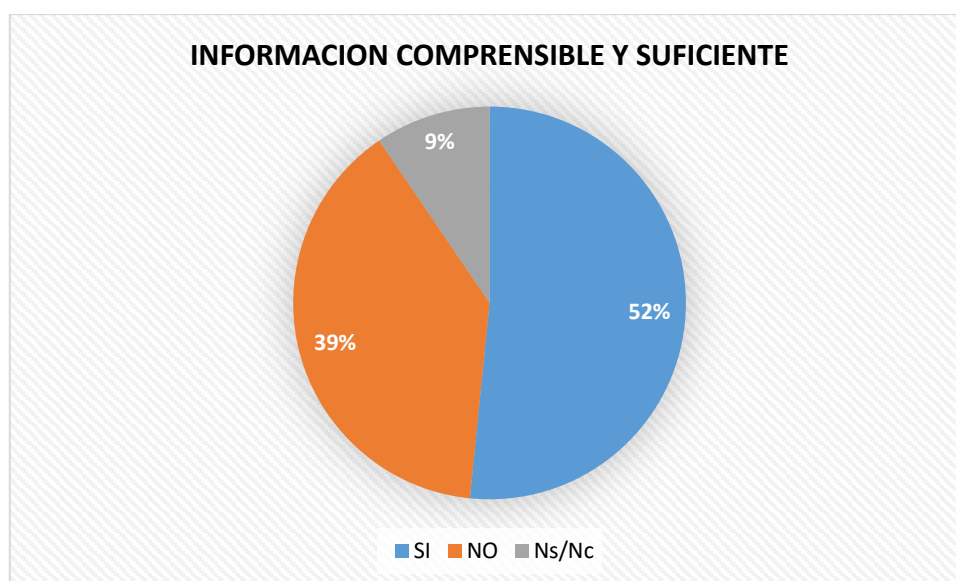


TABLA 3.2.4.16: QUIEN LE HA DADO LA INFORMACIÓN		
	Frecuencia	Porcentaje
Asociación	54	20,1
Servicios sociales	175	65,1
Centro de salud	17	6,3
Amistades y vecinos	14	5,2
Otros	9	3,3
Total	269	100,0

GRÁFICO 3.2.4.16: PROCEDENCIA DE LA INFORMACIÓN

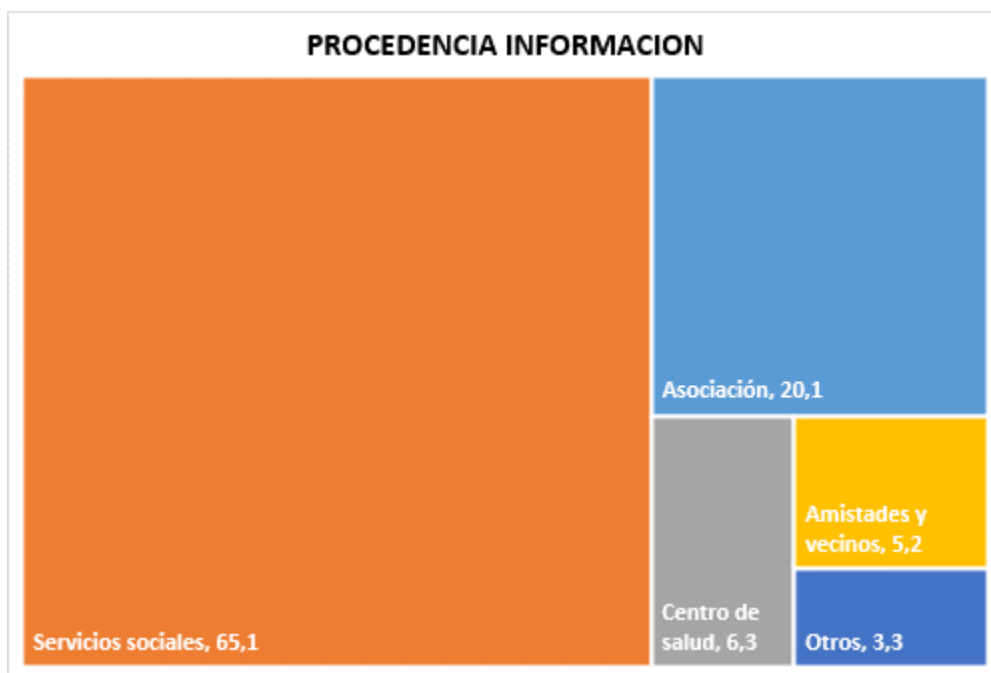


TABLA 3.2.4.17: CAUSAS DEL ESCASO ACCESO A LA INFORMACIÓN SANITARIA		
	Frecuencia	Porcentaje
Explicaciones complejas	29	23,6
Tendencia a hablar con el acompañante	4	3,3
Enfoque biomédico de los profesionales	13	10,6
Escasa práctica de escucha activa	8	6,5
Explicación poco adaptada en tiempo y en forma	38	30,9
Toma de decisiones son tener en cuenta a la persona con problemas de comunicación	6	4,9
Desconocimiento de estrategias de comunicación con personas con discapacidad	25	20,3
Total	123	100,0

GRÁFICO 3.2.4.17: RAZONES ESCASA INFORMACIÓN

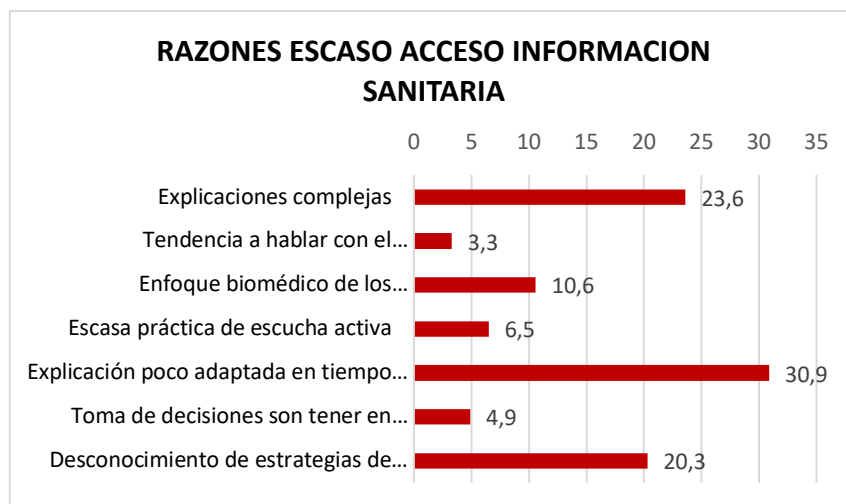


TABLA 3.2.4.18: MEDIDAS QUE DEBERÍAN TOMARSE PARA MEJORAR LA INFORMACIÓN SANITARIA		
	Frecuencia	Porcentaje
Formación y sensibilización de los profesionales en pautas de interacción y comunicación	49	44,5
Protocolizar modelos y pautas de comunicación	8	7,3
Establecer profesionales de referencia que faciliten la comunicación	27	24,5
Implicación de los profesionales en un modelo de atención biopsicosocial	9	8,2
Maximizar el enfoque multidisciplinar de la atención	9	8,2
Flexibilización de tiempos de atención a pacientes	8	7,3
Total	110	100,0

GRÁFICO 3.2.4.18: CÓMO MEJORAR LA INFORMACIÓN

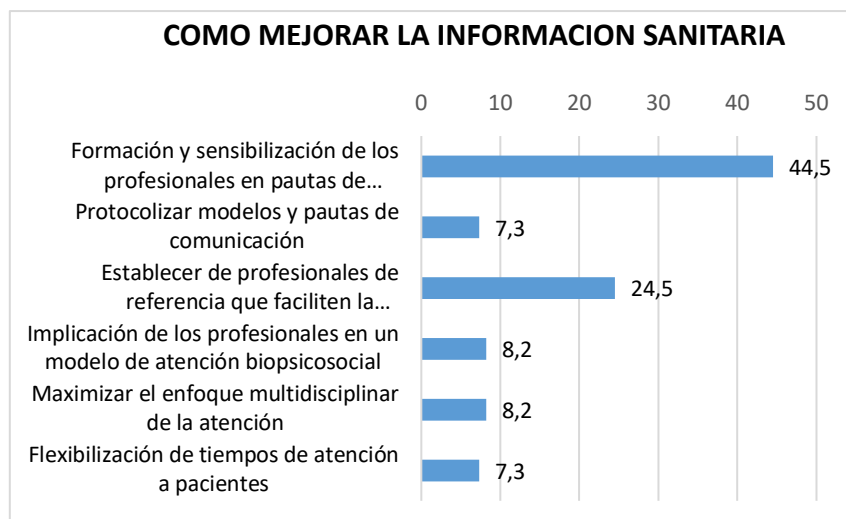


TABLA 3.2.4.19: PERCEPCIÓN SOBRE SALUD DE LA PERSONA CUIDADA				
	CUIDADOR/A		PERSONA CUIDADA	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Muy buena	17	6,2	16	5,8
Buena	117	42,4	116	41,9
Regular	120	43,5	94	33,9
Mala	22	8,0	11	18,4
Total	276	100,0	277	100,0

GRÁFICO 3.2.4.19: PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD

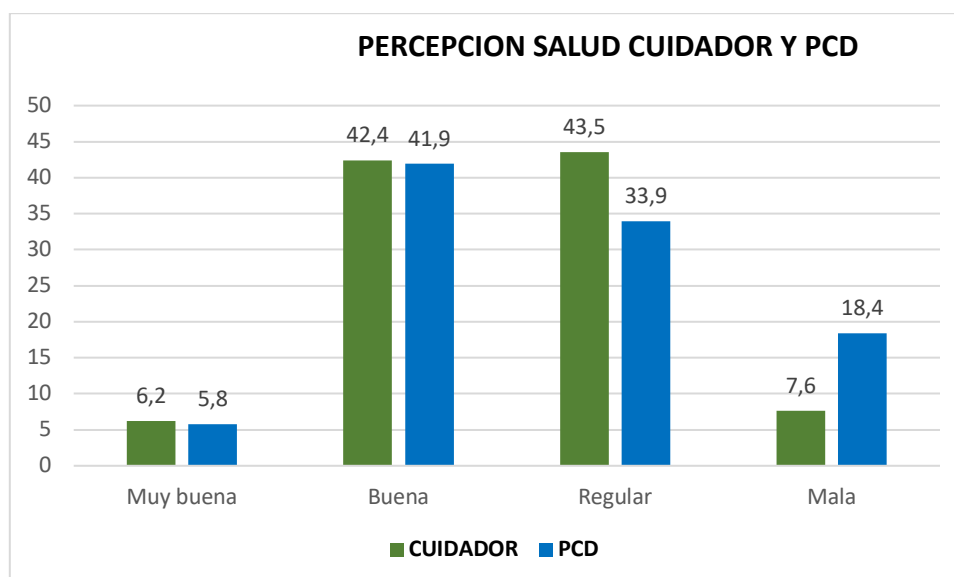
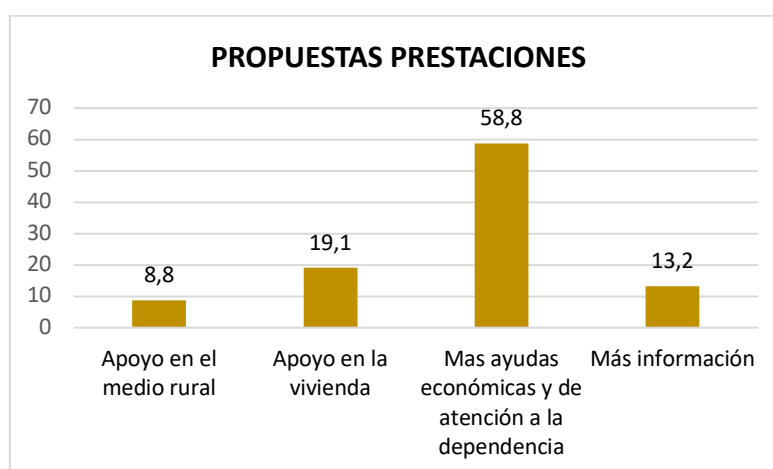


TABLA 3.2.4.20: PROPUESTA DE SERVICIOS O PRESTACIONES NECESARIAS PARA PROPORCIONAR MAYOR AUTONOMÍA Y/O BIENESTAR A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y PARA LOS CUIDADORES QUE LE ATIENDEN		
	Frecuencia	Porcentaje
Apoyo en el medio rural	12	8,8
Apoyo en la vivienda	26	19,1
Más ayudas económicas y de atención a la dependencia	80	58,8
Más información	18	13,2
Total	136	100,0

GRÁFICO 3.2.4.20: PROPUESTAS DE PRESTACIONES



3.2.4.5. Los estados de ánimo y la carga de los cuidados

Los últimos aspectos recogidos en este estudio referido al mundo de las personas cuidadoras se centra en dos áreas esenciales. En primer lugar, se les ha hecho una serie de preguntas para que expresen sus estados emocionales en las últimas semanas, sirviéndonos de una serie de variables que revisan determinados aspectos emocionales y conductuales; en segundo lugar, se les ha aplicado al Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, para conocer la presión y estado general de los/la cuidadores. Los resultados de estos elementos se explican a continuación.

En la tabla 3.2.4.21, y el gráfico correspondiente se aprecia que la salud de los cuidadores es bastante buena. Los problemas de sueño y las preocupaciones son las situaciones más frecuentes y con mayor incidencia de los ítems planteados. En el resto, podemos decir que el nivel de afectación en las personas cuidadoras no es importante o al menos, son situaciones menos frecuentes y con menos incidencia comparativa. No obstante, si como se señala en muchos programas específicos, es preciso cuidar a los cuidadores, el conjunto de factores que se recogen en esta tabla, señalan también las carencias y debilidades que puede afectarles y sobre los que debería diseñarse algún tipo de ayudas o apoyos.

Un contraste más detallado, nos puede ofrecer las diferencias y tendencia a que se produzcan estas conductas en relación con la edad, el sexo, la zona de residencia y el tipo de cuidador.

La otra cuestión analizada es la relativa a la sobrecarga de los cuidados (tablas 3.2.4.22 y siguientes).

Una de las frecuentes quejas que se predicen respecto de las personas cuidadoras es el estrés y sobrecarga que conlleva realizar estas tareas. En el estudio, hemos querido medir esta circunstancia aplicándoles a cada cuidador la conocida y estandarizada escala elaborada por Zarit, elaborada en 1982 y que consta de 22 ítems o preguntas. Las respuestas a cada ítem admiten cinco valores: nunca, casi nunca, a veces, bastantes veces y casi siempre. La puntuación máxima que se puede obtener es de 120 puntos y la mínima 22. Con el conjunto de todos los ítems y sumando las puntuaciones se establecen tres grupos o intensidades de sobrecarga: Sin sobrecarga cuando la puntuación es igual o menor a 46, sobrecarga ligera cuando la puntuación oscila entre 47 a 55 puntos y sobrecarga intensa cuando es superior a esta puntuación.

Solo el 21% de los cuidadores entrevistados y que han aceptado realizar este test manifiestan tener algún tipo de estrés y sobrecarga tanto leve como intensa.

Como acabamos de señalar, conocer esta realidad es importante de cara a prestar atención a las necesidades y situaciones, no siempre expresadas y demandadas, pero que no solo inciden en la calidad de vida de los cuidadores, sino también en las personas atendidas. Nadie puede prestar un buen servicio, si no se encuentra en buenas condiciones. Por ello, hemos profundizado en el perfil de estas personas, relacionando sus valores e intensidad de la sobrecarga con el sexo, la edad, el estado civil, el tiempo que llevan asumiendo las tareas del cuidado y la intensidad del mismo.

Este análisis permite detectar que las personas que manifiestan tener algún tipo de estrés y sobrecarga se encuentran en situaciones bastante similares. El perfil es de mujer, casada, conviviendo con la persona atendida y mayor de 60 años.

Este síndrome del cuidador/a, recuerda también otras problemáticas que suelen afectar a las mujeres mayores como el denominado síndrome de la “abuela esclava”, para referirse a esas mujeres ya mayores que siguen estando al tanto de menores o de personas en situación de dependencia.

TABLA 3.2.4.21: SITUACIONES QUE SE HAN TENDIO EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS				
	SI		NO	
	Abs	%	Abs	%
Tristeza / Depresión	102	35,8	145	58,70
Pérdida de peso	48	18,8	199	80,57
Problemas de sueño	142	49,8	105	42,51
Aislamiento / Soledad	82	28,8	165	66,80
Preocupaciones / Ansiedad	132	46,3	115	46,56
Aumento Consumo de Alcohol	54	18,9	193	78,14
Aumento Consumo de Café	64	22,5	183	74,09
Aumento Consumo de Tabaco	61	21,4	186	75,30
Problemas para realizar actividades cotidianas	81	28,4	166	67,21
Dolor o malestar frecuente	94	33,0	153	61,94
Pérdida de energía	111	38,9	136	55,06
Apatía / Desinterés de las aficiones habituales	75	26,3	172	69,64
Cambios en la Movilidad física (caminar fuera de casa, estar de pie, subir escaleras,..)	70	24,6	177	71,66
Uso de medicación para conciliar el sueño	88	30,9	159	64,37
Llantos / Gritos frecuentes con los demás / Irritabilidad	80	28,1	167	67,61
Pérdida de paciencia o de control de uno mismo con el enfermo	100	35,1	147	59,51
Frustración / Sentimiento de Impotencia	105	36,8	142	57,49
Ideas de suicidio	2	,7	245	99,19
Pérdida / Aumento de apetito	72	29,3	145	66,82
Pérdida de memoria / Atención – concentración	95	33,3	199	67,69

GRÁFICO 3.2.4.21: ESTADOS DE ÁNIMO FRECUENTES



TABLA 3.2.4.22: SOBRECARGA ZARIT		
NIVEL DE SOBRECARGA	Frecuencia	Porcentaje
Sin sobrecarga	217	78,3
Sobrecarga leve	25	9,0
Sobrecarga intensa	35	12,6
Total	277	100,0

GRÁFICO 3.2.4.22: SOBRECARGA ZARIT

SOBRECARGA CUIDADORES/AS ZARIT



TABLA 3.2.4.23: SOBRECARGA DEL CUIDADOR/A Y SEXO					
	HOMBRE		MUJER		TOTAL
	ABS.	%	ABS.	%	
SIN SOBRECARGA	59	83,1	158	76,7	217
SOBRECARGA LEVE	8	11,3	17	8,3	25
SOBRECARGA INTENSA	4	5,6	31	15,0	35
TOTAL	71	100	206	100	277

GRÁFICO 3.2.4.23: SOBRECARGA Y GÉNERO

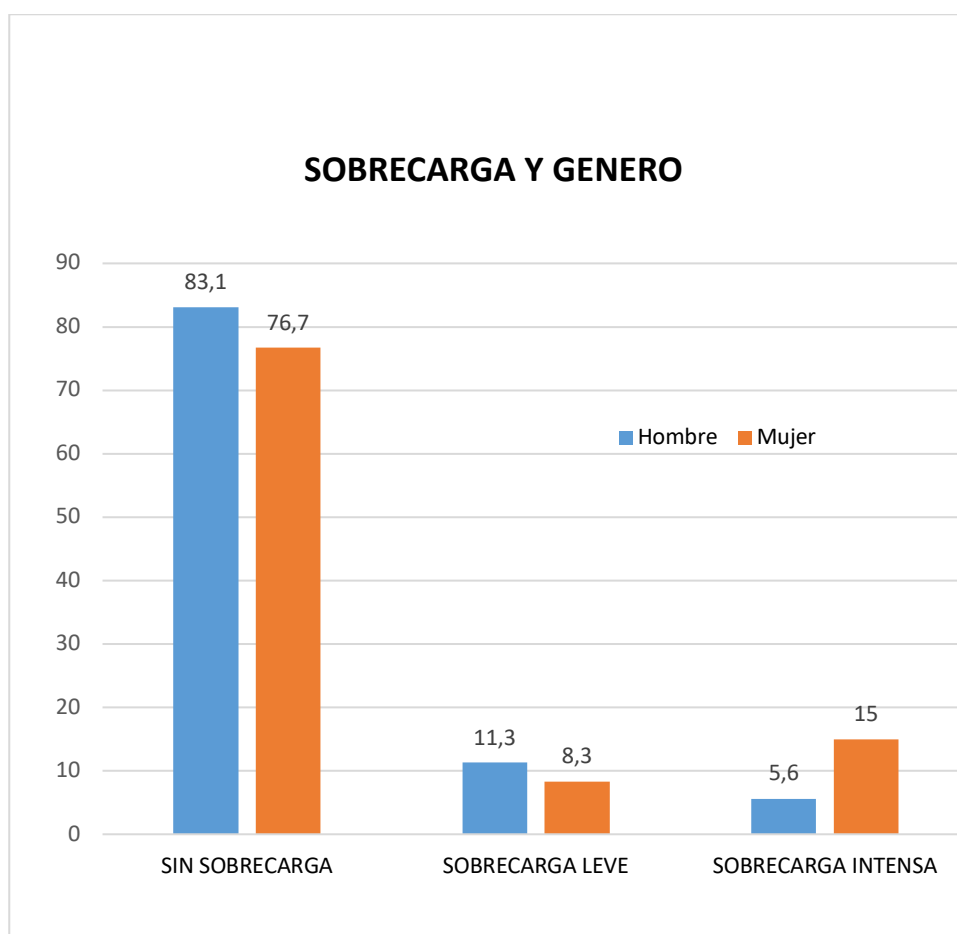


TABLA 3.2.4.24: SOBRECARGA DEL CUIDADOR/A Y ESTADO CIVIL									
	SOLTERO		CASADO/E N PAREJA		VIUDO/A		DIVORCIA DO/SEPAR ADO		TOTAL
	ABS.	%	ABS.	%	ABS.	%	ABS.	%	
SIN SOBRECARGA	63	79,7	124	77,0	14	70,0	15	93,7	216
SOBRECARGA LEVE	7	8,9	18	11,2	--	---	---	---	25
SOBRECARGA INTENSA	9	11,4	19	11,8	6	30,0	1	6,3	35
TOTAL	79	100	161	100	20	100	16	100	276

TABLA 3.2.4.25: SOBRECARGA DEL CUIDADOR/A Y CONVIVIR CON LA PCD							
	SI		NO		SOLO TEMPORALMENTE		TOTAL
	ABS.	%	ABS.	%	ABS.	%	
SIN SOBRECARGA	184	80,3	27	71,1	6	60,0	217
SOBRECARGA LEVE	19	8,3	2	5,3	4	40,0	25
SOBRECARGA INTENSA	26	11,4	9	23,7	---	---	35
TOTAL	229	100	38	100	10	100	277

GRÁFICO 3.2.4.24: SOBRECARGA Y CONVIVENCIA

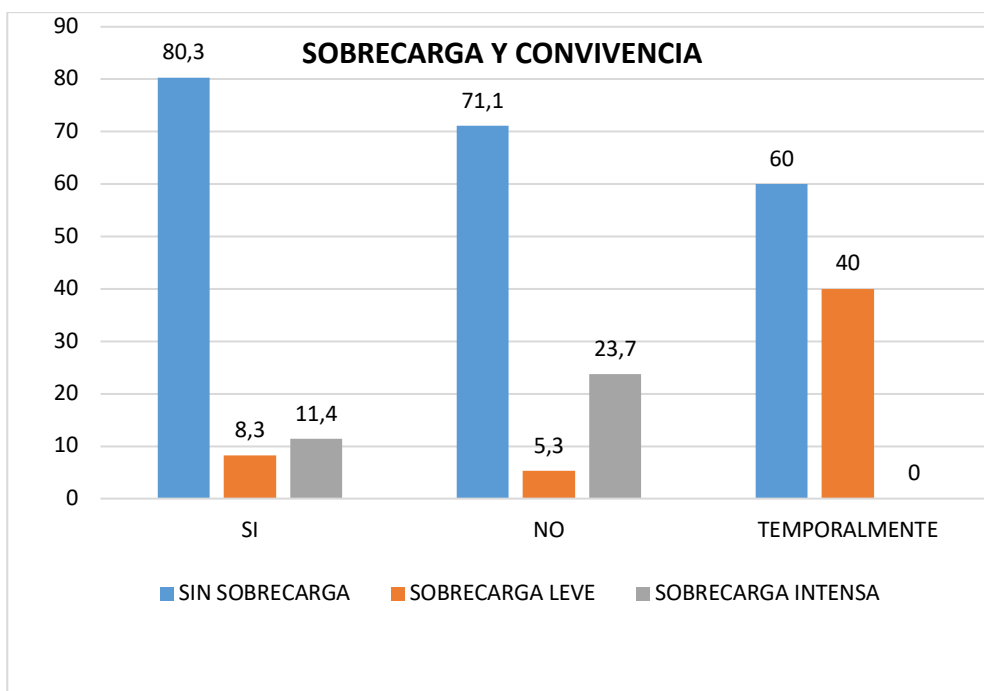
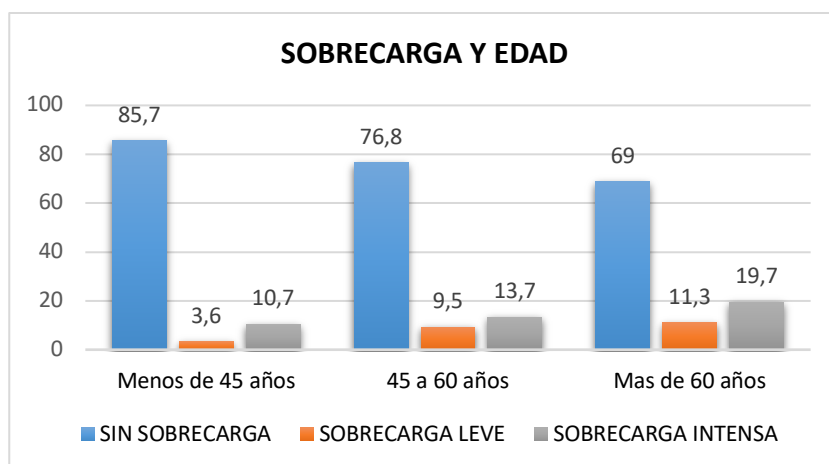


TABLA 3.2.4.26: SOBRECARGA DEL CUIDADOR/A Y TIEMPO QUE DEDICA AL CUIDADO									
	VARIAS SEMANAS		MENOS DE 1 AÑO		DE 1 A 2 AÑOS		MAS DE 2 AÑOS		TOTAL
	ABS.	%	ABS.	%	ABS.	%	ABS.	%	
SIN SOBRECARGA	2	100	11	91,7	20	69,0	180	78,3	213
SOBRECARGA LEVE	--	--	---	--	6	20,7	19	8,3	25
SOBRECARGA INTENSA	--	--	1	2,8	3	10,3	31	13,5	35
TOTAL	2	100	12	100	29	100	230	100	273

TABLA 3.2.4.27: SOBRECARGA DEL CUIDADOR/A Y EDAD							
	MENORES DE 45 AÑOS		DE 46 A 60 AÑOS		MAS DE 60 AÑOS		TOTAL
	ABS.	%	ABS.	%	ABS.	%	
SIN SOBRECARGA	48	85,7	73	76,8	49	69,0	200
SOBRECARGA LEVE	2	3,6	9	9,5	8	11,3	19
SOBRECARGA INTENSA	6	10,7	13	13,7	14	19,7	33
TOTAL	56	100	95	100	71	100	252

GRÁFICO 3.2.4.25: SOBRECARGA Y EDAD



2.2.4.6. Consideración final

Los datos que aquí hemos analizado, referidos a las personas cuidadoras de personas con discapacidad, dibujan una realidad que no por conocida deja de ser importante. El papel de apoyo y el tiempo dedicado por los/las cuidadores es, como señala la catedrática de Sociología M^a Ángeles Durán, tareas insuficientemente reconocidas por la sociedad. Los cuidados, no parece que hayan entrado en el catálogo de las ocupaciones laborales, por lo que es muy difícil medir el valor económico que supone el trabajo realizado, medido en tiempos de dedicación. Como indica esta autora, esta realidad, fundamentalmente femenina, está dando origen a una nueva clase social precaria, lo que ella denomina el “cuidatoriado”.

Tomar conciencia de la importancia y valor desempeñado por los y las cuidadoras, debe ser el primer paso para poner en valor y cultivar o atender las necesidades de estas personas que no solo dedican tiempo; realizan tareas que las personas dependientes y con discapacidad no pueden realizar, y a la vez proyectan una relación personal, afectiva y emocional de suma importancia para las personas que dependen de sus cuidados.

Cuidar no es una tarea femenina, sino una tarea humana y de solidaridad. La familia y los cuidadores no profesionales constituyen un pilar importante para el sostenimiento del bienestar de las personas y para el bienestar de la sociedad. El trabajo realizado, son servicios de proximidad en los que se incluyen tareas, sentimientos, salud, valores y principios. No reconocer estas tareas, es vivir de espaldas a principios de solidaridad y de sostenibilidad de la convivencia social. Hoy se habla de la ética de los cuidados para referirse a los principios del don, del saber compartir y del apoyo. Pero esta ética, no puede ser una dejación de la responsabilidad de las administraciones públicas para trabajar por el bienestar de las personas dependientes y también de las personas, físicas o jurídicas, que se encargan de las ayudas y apoyos a estas personas.

Hemos analizado el estrés y sobrecarga, y todo nos lleva a pensar que tenemos una sociedad y un conjunto de cuidadores con buen talante y buenas condiciones, pero eso no significa que tanto el estrés individual como el profesional no estén presentes. El *moobing* en el trabajo al que muchos cuidadores profesionales se ven sometidos por las precarias condiciones en las que realizan sus tareas, es preciso tenerlo en cuenta.

En definitiva, ya se sea cuidador/a profesional o cuidador/a no profesional, conocer sus realidades, sus demandas, sus análisis de la realidad y sus propuestas, tiene que ser el punto de arranque de nuevas iniciativas y mejoras.



4. Conclusiones y propuestas



4. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

Si hay un colectivo que ha reivindicado desde hace tiempo, y luchado por la defensa de sus derechos, es el de las PCD. El importante movimiento asociativo en el ámbito de la discapacidad, es el más importante referente como defensores y portavoces de las demandas y necesidades en el mundo de la discapacidad.

Desde finales del siglo XX, la legislación española ha ido avanzando en sucesivas normas, leyes y decretos referidos al mundo de la discapacidad con el fin de garantizar los derechos de este colectivo. La constitución española de 1978 no pasa por alto la existencia ni la problemática del mundo de la discapacidad. Bien al contrario, el artículo 49 está destinado precisamente a este colectivo.

A partir de este respaldo constitucional, son diversas las leyes que en España han abordado aspectos diversos. Pionera, es la conocida Ley de Integración Social de los Minusválidos (LISMI) de 7 de abril de 1982, que da carta de naturaleza a través de una ley orgánica al mundo de la discapacidad poniendo de relieve servicios, programas y derechos de este colectivo.

La Ley de reforma del código civil en materia de incapacitación (1983), también aborda esta misma realidad cuando señala la necesidad de garantizar la protección jurídica de personas que se encuentran en situación de riesgo debido a las consecuencias de determinadas enfermedades o situaciones que impiden el ejercicio de algunos derechos en plenitud de garantías. Bien sea por edad o por discapacidad, cuando las personas no pueden por sí mismas defender sus derechos, estas leyes tratan de protegerles frente a posibles abusos.

Mención especial, hay que hacer de la Ley General de los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Inclusión Social también conocida como Ley General de Discapacidad o LGD de 2014, ley que armoniza tres normas: la LISMI, la LIONDAU (2003) y la Ley de Infracciones y Sanciones (2007).

Hito importante dentro de la legislación española, lo constituye la ley de Patrimonio protegido de las personas con discapacidad (Ley 41/2003, de 18 de noviembre, de protección patrimonial de las personas con discapacidad y de modificación del Código Civil, de la Ley de Enjuiciamiento Civil y de la Normativa Tributaria con esta finalidad), atendiendo a una demanda de los familiares de PCD, cuando entienden que los hijos con alguna disfunción o diversidad funcional, pueden sobrevivirles y quieren garantizar su protección más allá de tensiones y rivalidades en el seno de la familia.

Hay que mencionar, en este sucinto repaso, la Ley 39/2006 de autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, que ha supuesto un avance cualitativo para la defensa y protección de derechos en personas en situación de dependencia, ya sea por edad o discapacidad. El impulso de figuras orientadas al

cuidado para garantizar la autonomía, autodeterminación y calidad de vida de las PCD es el eje central de esta importante ley. El sistema para la autonomía y atención a la dependencia (SAAD) ha ido configurando y dando realidad a muchos de los problemas que plantean las personas con diversidad funcional.

En este repaso, es preciso recordar, el salto cualitativo tanto desde la perspectiva conceptual, filosófica y normativa de la Convención Internacional de los derechos de las PCD de 2006, ratificada por el reino de España en el 2008.

A nivel internacional, no podemos olvidarnos de las directrices que emanan de la UE, dirigidas al mundo de la discapacidad y a las personas con diversidad funcional

No es cuestión de hacer un recuento de las normas jurídicas destinadas al mundo de la discapacidad, baste recordar que en Castilla y León los planes regionales han dirigido de modo exclusivo todo un planteamiento de intervenciones hacia este colectivo, así como la LEY 2/2013, de 15 de mayo, de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad.

Este conjunto de medidas, no solo intentan poner en el panorama social la existencia de un importante colectivo, sino que aportan medidas, servicios y recursos para garantizar los derechos y la mejora de la convivencia y calidad de vida de la PCD.

Figuras como el asistente personal, indiscutible figura que promueve la vida independiente de las personas con discapacidad, así como los cuidadores, ya sean profesionales o no profesionales, como los clasifica la mencionada Ley 39/2006, no dejan de ser apoyos, que intentan dar una respuesta a lo que plantea la Convención internacional sobre la exigencia de prestar apoyos a las personas que se encuentran en situación de desventaja, por padecer algún tipo de discapacidad, sea física, psíquica o social.

El principio de igual y de subsidiariedad son dos pilares básicos en la protección de este mundo tan heterogéneo y diverso.

Como señala Dubet (2010), la igualdad de oportunidades, principio fundamental para garantizar una sociedad más justa, integrada e inclusiva, no es posible cuando las diferencias de partida son considerables. En palabras de Dubet, la igualdad de posiciones es un requisito esencial para alcanzar la igualdad de oportunidades; y este principio de igualdad de oportunidades solamente se puede alcanzar a través de políticas, programas y actuaciones que compensen y que eliminen las barreras, dificultades y distancias que existen entre las personas, en base a padecer o no una discapacidad o diversidad funcional.

Dentro del ámbito de la discapacidad hay diferencias laborales, económicas, de residencia, sociales, de clase, etc. Pero, independientemente de estas diferencias, para las que hay que desarrollar políticas y servicios que las eliminen, es necesario que, como conjunto, las PCD dispongan de dispositivos, programas y actuaciones que acorten las

diferencias con respecto al resto de la sociedad. Mejorar la igualdad de posiciones es el camino hacia la igualdad de oportunidades y de derechos.

Las medidas que las diferentes normas jurídicas imponen, en el ámbito laboral, para garantizar y hacer menos difícil el acceso a un trabajo, intentan situar a las PCD en una posición que les permita competir en igualdad de condiciones por un puesto de trabajo y acceder al mismo en condiciones de igualdad.

El panorama que hemos señalado, es el objeto del estudio realizado en el último trimestre del año 2019, desde la propuesta de COCEMFE Castilla y León.

El estudio, dividido en dos grandes capítulos, el de las PCD y el de los cuidadores, ha tenido por objetivo, conocer desde dentro, mediante entrevistas estructuradas y semiestructuradas, cuáles son las realidades, coincidencias, divergencias, demandas y necesidades de los protagonistas de este ámbito de la discapacidad, teniendo en cuenta la perspectiva de los propios afectados y de las personas que se encargan de prestarles los apoyos para compensar su desigualdad o su discapacidad.

En el capítulo centrado en el análisis de las entrevistas realizadas a las PCD, se detectan las grandes desigualdades, no solo entre ellos, sino también las dificultades que tienen para alcanzar una vida plena en igualdad de condiciones con el resto de la población. Conocer de primera mano sus necesidades, diagnósticos, valoraciones y análisis ha permitido poner de relieve que aún quedan muchos frentes abiertos en este caminar hacia la igualdad de oportunidades.

Determinar las necesidades socio-sanitarias, contando con la opinión de los protagonistas y considerando la capacidad, el funcionamiento, los factores externos y los apoyos requeridos como elementos clave para determinar el grado de discapacidad de las personas entrevistadas; nos ha permitido recoger adecuadamente información básica y necesaria sobre su realidad personal y social, evitando lo que hasta el momento han hecho muchas investigaciones y políticas sociales, al tratar la discapacidad como un todo homogéneo, invisibilizando a los diferentes colectivos y sesgando la realidad de las PCD, tal como señala Toboso-Martín & Rogero-García, (2012).

Partiendo del estudio realizado, podríamos concluir que avanzar en los derechos en el ámbito sociosanitario de las PCD, implica la creación de modelos integrados de atención sanitaria y social centrados en atender sus necesidades, donde las especialidades sanitarias de carácter ambulatorio, hospitalario y de media estancia o sociosanitario, estén bien coordinados con la Atención Primaria de salud, y con los servicios sociales, dando a la PCD un soporte estructurado y garantizando que se le atiende en el ámbito más adecuado (Contel, 2018).

Además, implica reducir, aún más, las barreras físicas estructurales que impiden su participación social, las barreras en el acceso a los servicios sociosanitarios a pesar de que estas personas los utilizan con mayor frecuencia que la población general y barreras en la comunicación y acceso a la información que dificultan la relación con los mismos. Y todo ello, a pesar del esfuerzo que se ha hecho en los últimos años por mejorar, mediante las políticas públicas dirigidas al colectivo.

Por otro lado, introducir en nuestro estudio las variables residencia en municipios de mayor o menor tamaño, ha permitido ahondar con mayor precisión en la diferente percepción de las PCD, sobre la realidad en las zonas rurales y urbanas de Castilla y León.

Consideramos la necesidad de seguir profundizando en esta cuestión en el futuro, de modo que se pueda comparar la percepción de los actores, con la respuesta real y efectiva proporcionada por los proveedores de servicios de bienestar con el fin de eliminar las inequidades que pudieran existir bien por la insuficiencia de recursos o por la inadecuación de los mismos a las necesidades de las PCD y sus familias.

En el bloque centrado en el papel de los cuidadores, hemos podido detectar que la presencia de los cuidadores ha cobrado mucha importancia en la legislación actual. Muchos de los servicios y prestaciones que reconoce la Ley 39/2006 se centran en esta figura. Los nuevos apoyos orientados a la promoción de la autonomía personal y la vida independiente, sean en personas mayores, menores, personas con diversas enfermedades o PCD, a través de figuras como el asistente personal, el cuidador profesional o los cuidadores informales o no profesionales, empiecen a ser identificados y reconocidos. No obstante, la calidad y valoración de su trabajo sigue siendo una tarea pendiente de valoración y reconocimiento, no solo social, sino en derechos y económica.

Las personas cuidadoras realizan un papel y función necesaria, pero casi siempre oculta y poco reconocida socialmente. Las dificultades con las que se encuentran los cuidadores y que afectan a la organización de su vida, oportunidades vitales, sean de realización personal, cuidados personales, relacionales, laborales o de ocio y participación social, no se ha puesto aun de relieve por parte de las administraciones.

Organizaciones como COCEMFE Castilla y León, que atienden a PCD, no siempre están lo suficientemente reconocidos y valorados, ni por las administraciones ni por la sociedad.

En Castilla y León, no solo la Ley de Servicios sociales, sino la de no discriminación e igualdad de las PCD, han apostado por el colectivo, pero siguen siendo escasos los cambios que se están produciendo.

El estudio realizado y el análisis de las respuestas que los cuidadores nos han dado a los temas planteados, ponen de relieve la alta calidad humana de estas personas, pero a la vez la soledad en la que se encuentran en el ejercicio de sus tareas, y el escaso reconocimiento familiar, social y administrativo que siguen teniendo.

Como señalan los propios cuidadores, respuestas clásicas y tradicionales, no son suficientes para mejorar ni sus cualificaciones, atenciones y servicios, ni para alcanzar derechos y reivindicaciones que pongan en valor el trabajo que realizan.

Las normas que en Castilla y León se han desarrollado para establecer los requisitos y condiciones para el acceso algunos de los servicios y prestaciones que reconoce la Ley 39/2006 de Dependencia siguen estando centradas en los derechos de las personas, valorados dentro de la dependencia, pero no están suficientemente abordados los

derechos, principios y compensaciones de las condiciones y aspectos que conlleva el cuidado a personas en situación de dependencia.

Se ha retomado una situación suspendida en el año 2012 como consecuencia de la de crisis económicas, para que personas que prestan sus servicios a personas dependientes en el entorno familiar puedan darse de alta en la seguridad social y así garantizar sus derechos de pensión y jubilación. Es una necesidad y un derecho esencial pero insuficiente, ya que las ayudas que reciben las personas con discapacidad, son de estas personas, pero no de sus cuidadores.

El estudio ha detectado que muchas de las personas que son atendidas por cuidadores viven en núcleos menores de 10.000 habitantes, es decir, entidades rurales en las que se carece de recursos y servicios adecuados, que permitan a las personas con discapacidad o a las personas dependientes tener acceso a algunos de los recursos adecuados y reconocidos como idóneos en las valoraciones de dependencia. El único recurso que queda es el recurso humano, el de los propios cuidadores, pero no forma parte de la oferta de servicios y recursos, por lo que no se le puede comprar. Así lo establece la Orden FAM/6/2018, de 11 de enero.

La adquisición, compra o acceso a recursos y servicios públicos para garantizar el reconocimiento y derechos reconocidos en la declaración de dependencia, entran en contradicción en el mundo rural con el principio de acceso a recursos, ya que éstos se concentran en el medio urbano. Ello quiere decir, que la ayuda que reciben las personas dependientes y valoradas con algún grado de discapacidad, no puede destinarse a la compra o pago de servicios idóneos o adecuados porque no existen en el entorno rural. Deberían, por lo tanto, ser destinados a compensar el trabajo, las horas y la atención que los cuidadores realizan en la prestación de apoyos a estas personas dependientes de su propio trabajo y dedicación.

Avanzar en una línea que garantice y reconozca el valor económico de las tareas que realizan las personas que se encargan del cuidado y atención de las PCD, o en situación de dependencia, es un objetivo que no puede posponerse, sino que ha de ser reconocido en el ámbito de la legislación nacional o autonómica. En este sentido es como se puede avanzar en derechos y dejar políticas basadas en principios de solidaridad, humanitarios, asistencialistas o benéficos.

Los modelos de intervención han de seguir avanzando hacia un modelo basado en derechos y no tanto en planteamientos asistencialistas o benéficos.

No es cuestión de negar que la familia y los allegados más próximos a las personas dependientes y a las PCD, aporten un plus a su trabajo en la línea de los afectos, emociones y comunicación afectiva y personal. Es preciso, avanzar también en el reconocimiento de derechos que tengan un reflejo económico, una protección social reconocida a dichas personas cuidadoras o equivalente económico para evitar colocarlas en situación de desventaja, exclusión social o en riesgo de pobreza.

La perspectiva de género que del análisis del mundo de los cuidadores se ha visto en el estudio, es otra tarea en la que las administraciones y organizaciones han de seguir reivindicando, para que el cuidado y la figura de la persona cuidadora no sea cuestión de género.

Continuar apostando por el cuidado como una tarea femenina es una forma de perpetuar la discriminación por razón de género.

La educación en valores de igualdad es el horizonte al que debe ponerse la mirada para superar esta brecha de género que aún está presente en la sociedad.

El modelo familiar de cuidados más propios de las sociedades europeas mediterráneas, ha de ponerse en valor, pero no puede ser el único modelo para garantizar la igualdad de derechos de las PCD.

Las administraciones, no solo a través de su normativa, sino a través de servicios, han de asumir, no solo con carácter subsidiario, el papel que les corresponde en iniciativas para garantizar los derechos de la PCD.

Un apartado especial que el estudio ha abordado, es el de la sobrecarga y estrés de los cuidadores, analizando las condiciones de trabajo y sobrecarga en la que realizan sus tareas.

Los resultados obtenidos a través del análisis de las respuestas al test y escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, dan una visión bastante optimista sobre las condiciones de trabajo. Aspectos culturales, éticos y morales están detrás de muchas de estas respuestas. No obstante, es necesario diseñar políticas y servicios centrados en los propios cuidadores, para evitar situaciones de estrés, sobrecarga o *moobing* laboral, ya sean estos cuidadores profesionales o no profesionales.

El estudio que presentamos, pone de manifiesto no solo la importancia de la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad, sino la importancia y papel esencial de la figura de los cuidadores. Como desarrollan algunos programas, cuidar al cuidador es una exigencia porque de no hacerlo, no solo no se avanza en bienestar y calidad de vida personal, sino que se destruye la red de apoyos que necesitan las PCD.

Por último, queremos detallar algunas de las **propuestas más específicas recogidas** en algunas de las entrevistas realizadas a las personas con discapacidad y sus familias participantes en este estudio:

-Diseñar recursos y/o servicios centrados en la persona que faciliten realmente la vida independiente de las personas con discapacidad y el descanso de las familias y la persona en situación de dependencia.

-Promover la plena efectividad del Catálogo de servicios mediante la constitución de una red suficiente y adecuada de organizaciones especializadas para satisfacer las

necesidades específicas de atención a la autonomía personal y a la dependencia, reduciendo los tiempos de espera.

-Adecuar cada servicio del catálogo propuesto a las necesidades y características de cada persona, contando con profesionales preparados para la atención de situaciones de dependencia específicas, adoptando horarios y aumentado grado de cobertura.

-Reducir las diferencias en recursos y/o servicios entre el medio rural y urbano, favoreciendo una prestación de servicios universal.

-Mejora de la prestación de la ayuda a domicilio: las mejoras que se plantean respecto a este servicio es el aumento del número de horas, la profesionalización del personal que lo presta, la agilidad en su tramitación y la posibilidad de adaptar el horario a las necesidades de la familia y de la persona dependiente, y no de la empresa prestadora del servicio. Así mismo, proponemos que se adapte el coste del servicio a las necesidades económicas reales de la persona, de manera que el copago de la prestación, no suponga un exceso de gasto para el/la dependiente.

-Mayor nivel de cobertura y especialización de los centros de día y servicios de promoción de autonomía personal contemplados en la Ley 39/2006 con mayor dotación de personal especializado, equipos multidisciplinares coordinados entre sí en la red sanitaria y de servicios sociales, que amplíen su presencia en la zona rural y que mejoren los servicios de transporte adaptado para poder acceder a ellos. Fomentar, por tanto, los tratamientos de rehabilitación y estimulación, como son los de logopedia, fisioterapia, terapia ocupacional y rehabilitación neurológica entre otros. Así mismo, se propone un aumento de dichos servicios, de manera que cada persona pueda disfrutar de lo que necesite.

-Residencias especializadas para personas con discapacidad que sean mayores de 65 años. Se enfatiza la necesidad de mayor número de plazas, dotación de una atención integral y profesionalizada, aumento de los centros para estancias temporales y que aumenten su presencia en la zona rural.

-Mayor cobertura de los servicios de asistencia personal en el medio rural y aumento de la cuantía de la prestación económica. De manera que se promueva la autonomía personal en el propio medio, y se favorezca así, la permanencia de la persona en su entorno de residencia.

-Aumento de la cobertura de los servicios de apoyo al cuidador/a en el medio rural. Para ello, se propone aproximar los servicios necesarios, para que estas personas se sientan acompañadas durante todo el proceso de cuidado. Realizar acciones formativas que les permitan adquirir conocimientos que poder volcar en sus tareas, y acercar los servicios de apoyo psicológico, así como los de asesoramiento, para que el/la cuidador/a pueda disponer de ello siempre que lo necesite, serían medidas a tener en cuenta para una mejora de las condiciones de la persona cuidadora.

-Otros servicios demandados: servicios de ocio y tiempo libre, viviendas adaptadas, aumento de la cobertura de los productos de apoyo en el catálogo de material ortoprotésico, y otros recursos especializados sin especificar.

-Aproximar a las personas en situación de dependencia a los recursos más próximos a su residencia habitual, facilitando la permanencia de las personas en situación de dependencia en su entorno durante el máximo tiempo posible y en las mejores condiciones de atención y cuidados. Como ya se ha mencionado, esto es algo primordial y que debe fomentarse desde los diferentes servicios.

-Diseñar e implementar programas individuales de atención de carácter integral y flexible que se adapte a las circunstancias sociofamiliares de la persona en situación de dependencia.

-Promover un servicio técnico para el hogar, dirigido a personas dependientes que viven solas. Dedicado a realizar aquellas actividades de mantenimiento técnico en el domicilio, las cuales exceden de las competencias de los servicios de ayuda doméstica dedicados a la limpieza de la vivienda y/o aseo de la persona en situación de dependencia.

-Reducir los plazos en el reconocimiento de la situación de dependencia y el acceso a los servicios para conseguir que todas las solicitudes sean resueltas realmente dentro del plazo de seis meses desde su presentación. De esta forma, la persona tendría derecho a adquirir el servicio que necesita en tiempo, previniendo un agravamiento de su situación. Como ya se ha mencionado, para ello también sería necesaria una coordinación sociosanitaria de calidad.

-En la misma línea, agilizar y mejorar la coordinación entre los organismos implicados (Sanitarios y Sociales) para simplificar el proceso de reconocimiento y facilitar protocolos de coordinación y gestión que puedan optimizar dicha coordinación.

-Flexibilizar la prescripción de servicios y prestaciones económicas de forma que se establezcan programas individuales de atención integrales.

-Habilitar herramientas web por las que las personas solicitantes puedan consultar el estado de su solicitud y obtener información en tiempo real sobre la misma y las prestaciones y servicios recogidos en la cartera de la Ley 39/2006 en un lenguaje sencillo y adaptado a los beneficiarios.

-Mejorar la calidad de la información a las familias solicitantes durante todo el proceso. Para fomentar esto, se debería favorecer una formación completa y específica para profesionales tanto de servicios sociales y sanitarios como del tercer sector, favoreciendo así la coordinación y el correcto asesoramiento en estos procesos.

-Promover los mecanismos necesarios para un seguimiento y supervisión adecuada de cada caso.

-Incorporar eficaces **mecanismos de coordinación sociosanitaria** que favorezcan una gestión de casos que permita optimizar servicios y recursos sociosanitarios y eviten burocracias innecesarias para las familias.

-Establecer **eficaces indicadores de seguimiento** que permitan, en caso necesario, proporcionar cuidados domiciliarios de calidad, que sirvan como apoyo al cuidador/a, y que eviten posibles sobrecargas o situaciones de negligencia y/o descuido en la prestación de servicios a las personas en situación de dependencia.

-**Favorecer la calidad de vida del cuidador/a.** Para ello, se deberán tener en cuenta las propuestas anteriormente citadas, las cuales tienen este como uno de sus objetivos principales.

-**Promover apoyo psicológico suficiente:** apoyo psicosocial ajustado a las necesidades de los cuidadores principales. Diseñar programas de intervención dirigidos a las necesidades psicológicas específicas que tienen, como la sobrecarga y el estrés emocional.

-Ampliar la cobertura en el medio rural de las **redes de ayuda mutua** y los grupos de aprendizaje de habilidades como cuidadores. Debido a que las redes de ayuda mutua siempre han sido un recurso de apoyo en las zonas rurales, promover la participación de las personas en grupos reforzará esas redes, y prevendrá el sentimiento de soledad tanto de cuidadores como de personas dependientes que se ha reflejado también en los cuestionarios.

-Facilitar una **formación socio-sanitaria multidisciplinar especializada a las familias cuidadoras.** En la línea de lo propuesto anteriormente en el medio rural, promover que dicha formación sea de calidad, y para todas las personas cuidadoras, independientemente de su lugar de residencia.



5. Bibliografía



BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Agulló Tomás, M.S. (2001). *Mujeres, cuidados y bienestar social: el apoyo informal a la infancia y a la vejez*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la mujer. Madrid.
- Agulló Tomás, S., Gómez, M.V., Martín Palomo, M.T. (2010). *El cuidado a las personas. Un reto para el siglo XXI*. Obra social Fundación la Caixa. Colección Estudios Sociales, 21. Barcelona
- Alvarez, M. (2005). *Cuidados a personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar*. IMSERSO. Madrid.
- Del Pozo, R., Escribano, F. y Moya, P. (2011). El papel del apoyo informal en las prestaciones del Plan individualizado de atención: una elección condicionada para las personas dependientes. *Gaceta sanitaria*, 2011 (25(S): 93-99
- Díaz Veiga, P. (1987): "Evaluación del apoyo social", en Fernández-Ballesteros (ed): *El ambiente. Análisis psicológico*, Pirámide. Madrid.
- Dubelt, F. (2010). *Repensar la justicia social. Contra el mito de la igualdad de oportunidades*. Siglo XXI. Madrid
- Durán Heras, M^a A. (1999): *Los costes invisibles de la enfermedad*. Fundación BBV. Madrid.
- Durán, M.A. (2018) *La riqueza invisible del cuidado*. Universidad de Valencia. Valencia
- Giraldo Molina, C.I., Franco Agudelo, G.M. (2019). Calidad de vida de los cuidadores familiares. *Aquichán*. Universidad de la Sabana. Colombia
- Hernández Quevedo, C., & Jiménez Rubio, D. (2011). Inequidad en la utilización de servicios sociosanitarios en España para las personas discapacitadas. *Gaceta Sanitaria*, 25(SUPPL. 2), 85–92. <http://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.09.021>
- Hernando Avila-Toscano, J. Vergara-Mercado, M. (2014). Calidad de vida en cuidadores informales de personas con enfermedades crónicas. *Aquichan*. Vol 14(3): 417-429. Chía. Colombia
- Izal, M., Montorio, I. y Díaz Vega, P. (1997): *Guía de cuidadores de personas mayores dependientes*. IMSERSO. Madrid.
- Jiménez Lara, A. (2010). *Salud pública y discapacidad*. CERMI.
- Lehr, U. (1995): "Solidaridad entre generaciones. Ayuda no estatal para los mayores", en Baura et al.: *Las personas mayores dependientes y el apoyo informal*, Universidad Internacional de Andalucía. Baeza.
- Martínez Riera, J.R. (2003). Cuidados informales en España. Problema de desigualdad. *Revista Administración Sanitaria* 2001; I (2): 275-288
- Muyor Rodríguez, J. y Minguela, M.A. (2019). Cuidados, vida independiente y diversidad funcional. Análisis teórico y vinculaciones prácticas. *RTS* (2019(216): 27-45. Barcelona

Oliva, J., Vilaplana, C. y Osuna, R. (2011). El valor social de los cuidados informales provistos a personas mayores en situación de dependencia en España. *Gaceta sanitaria*, 2011 (25(S): 108-114

OMS. (2011). *Informe Mundial sobre la discapacidad*. Ginebra. Retrieved from http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/

Ortiz-Quiroga DM, Ariza, Y., & Pachajoa, H. (2017). Evaluación de discapacidad en los defectos congénitos: una mirada desde la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF). *Revista Ciencias de La Salud.*, 15(1), 23–35. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.5372>.

Rodríguez Rodríguez, P. (1995): "El apoyo informal a las personas mayores", en Baura, J.C. et al: *Las personas mayores dependientes y el apoyo informal*. Universidad Internacional de Andalucía "Antonio Machado", Baeza.

Rodríguez, P., Díaz-Veiga, P., Martínez, T. García, A. (2014). *Cuidar, cuidarse y sentirse bien. Guía para personas cuidadoras según el modelo de atención integral y centrada en la persona*. Fundación Pílares. Madrid

Thomas, C. (2011). Deconstruyendo los conceptos de cuidados. En C. Carrasco, C. Borderías y T. Tornos (ed.) *El trabajo de cuidados: historia, teoría y práctica* (p. 145-176). Ed. Catarata. Madrid

Tomioka, K., Kurumatani, N., & Hosoi, H. (2017). Association between the frequency and autonomy of social participation and self-rated health. *Geriatrics and Gerontology International*, 17(12), 2537–2544. <http://doi.org/10.1111/ggi.13074>

Vilaplana, C. (2010). Conciliación entre vida laboral y cuidados informales a personas mayores dependientes en España. *Revista de economía laboral*, 7 (2010) 84-124

Vogelsang, E. M. (2016). Older adult social participation and its relationship with health: Rural-urban differences. *Health and Place*, 42(May), 111–119. <http://doi.org/10.1016/j.healthplace.2016.09.010>



6. Anexos



ANEXO 1. CUESTIONARIO CUIDADORES

ESTUDIO SOCIOSANITARIO SOBRE LAS NECESIDADES PERCIBIDAS POR CUIDADORES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN MATERIA SANITARIA Y SOCIAL

Nº: _____

La presente encuesta pretende detectar y analizar las necesidades sentidas en los núcleos familiares de personas con discapacidad así como disponer de información sobre su nivel de calidad de vida. Por ello, nos gustaría pedir su colaboración, como **perceptor/a de un recurso y/o prestación sanitaria y social en Castilla y León**, para que dedicara los próximos 15 minutos a contestar las siguientes preguntas. Las respuestas que nos facilite nos ayudarán a conocer mejor los problemas y las necesidades que tienen ustedes en estos momentos en relación a la aplicación de la ley de dependencia, así como a plantear posibles propuestas de mejora.

El estudio es estrictamente científico y sus respuestas serán tratadas de forma estadística y totalmente anónima, ya que quedan protegidas por el secreto estadístico regulado en la Ley 7/2000 de 11 de Julio de Castilla y León.

A) DATOS GENERALES

(0) PROVINCIA: _____

1.1.1

1.1.2 (1) PERSONA ENCUESTADA

1. Cuidador/a Principal
2. Cuidador secundario
3. Cuidador ocasional

1.1.3 (2) GENERO

1. Masculino
2. Femenino

1.1.4

1.1.5 (3) EDAD

_____ (en años cumplidos)

(4) ESTADO CIVIL

1. Soltero/a
2. Casado/a / Vive en pareja
3. Viudo/a
4. Divorciado/a
5. Separado/a
6. Ns/Nc

(5) Nº DE HABITANTES DE SU NÚCLEO DE POBLACIÓN.

1. Más 20.000 habitantes.
2. Entre 20.000 y 10.000 habitantes.
3. Menos de 10.000 habitantes.
4. Ns/Nc

(6) ¿CUAL DE LOS SIGUIENTES ESTUDIOS HA COMPLETADO?

1. No sabe leer o escribir
2. Sin estudios
3. Estudios Primarios Incompletos
4. Estudios Primarios
5. Estudios de Bachiller Elemental (2º Grd. 1º Ciclo)
6. Estudios de Bachiller Superior (2º Grado. 2º ciclo)
7. Estudios Universitarios Medios (3º Grd. 1º Ciclo)
8. Estudios Universitarios Superiores (3º Grd. 2º ciclo)
9. Ns / Nc

1.2

1.3 (7) ¿CUÁL ES SU SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA Y LABORAL ACTUAL?

1. Ocupado con alta en Seguridad Social por cuenta ajena.
2. Ocupado Alta Seguridad Social Autónomo.
3. Ocupado sin alta en Seguridad Social
4. En paro.
5. Prejubilado / jubilado
6. Prestación por incapacidad permanente
7. Prestación por desempleo-RAI-ayuda familiar
8. Prestación no contributiva
9. Prestación por hijo a cargo
10. IMI/Renta garantizada de ciudadanía
11. Realizo tareas domésticas
12. Otra situación actualmente ¿Cuál? _____
13. Ns/Nc

(8) ¿CONVIVE CON LA PERSONA CON DISCAPACIDAD?

1. Si
2. No
3. Solo por temporadas

(9) ¿QUÉ EDAD TIENE LA PERSONA A LA QUE ATIENDE?

_____ (en años cumplidos)

(10) ¿CUÁL ES EL GÉNERO DE LA PERSONA A LA QUE CUIDA?

1. Masculino
2. Femenino

(11) QUÉ PARENTESCO TIENE CON LA PERSONA QUE A LA QUE ATIENDE?

1. Madre/Padre
2. Cónyuge
3. Hijo/a
4. Hermano/a
5. Sobrino/a
6. Amistad
7. Otro ¿Cuál? _____

(12) RECIBE ALGUNA AYUDA O APOYO EN SUS TAREAS COMO CUIDADOR, DE ALGUNA OTRA PERSONA O ENTIDAD?

1. No
2. Sí de entidades públicas o privadas
3. Sí de otros familiares o amigos
4. De ambos

(13) ¿CONSIDERA QUE LA AYUDA QUE USTED RECIBE DE SUS FAMILIARES PARA ATENDER A LA PERSONA CON DISCAPACIDAD ES SUFICIENTE?

1. SI /
2. NO

(14) SI HA CONTESTADO NO A LA PREGUNTA ANTERIOR ¿POR QUÉ RAZON CREE QUE NO RECIBE USTED AYUDA SUFICIENTE DE SUS FAMILIARES PARA EL CUIDADO DE LA PERSONA A LA QUE ATIENDE?. (SEÑALE LA MÁS IMPORTANTE)

- 1 Yo solo/a me valgo.
- 2 No necesito de otros/as
- 3 No pueden hacerlo porque no tienen tiempo
- 4 No pueden hacerlo porque viven lejos, aunque en la misma localidad
- 5 No pueden hacerlo porque viven en otra localidad
- 6 No lo hacen porque no quieren
- 7 Tienen malas relaciones con (o mal concepto de) la persona cuidada
- 8 No lo hacen porque piensan que esa tarea me corresponde a mí
- 9 Otra(especificar)

(15) ¿CONSIDERA QUE LA AYUDA QUE USTED RECIBE DE LAS ENTIDADES PÚBLICAS Y/O PRIVADAS PARA ATENDER A LA PERSONA CON DISCAPACIDAD ES SUFICIENTE?

1. SI /
2. NO

(16) ¿CUANTO TIEMPO HACE QUE ESTÁ PRESTANDO ATENCIÓN A UNA PERSONA CON DISCAPACIDAD?

1. Varias semanas
2. Menos de 6 meses
3. Más de 6 meses
4. Entre 1 y 2 años

5. Más de 2 años

(17) EN SU OPINIÓN, ¿CÓMO SE PUEDE AYUDAR A LA PERSONA CON DISCAPACIDAD PARA QUE SEA CAPAZ DE TOMAR SUS PROPIAS DECISIONES?

1. Facilitando medidas de atención a la diversidad
2. Formando a las personas en derechos
3. Formación a profesionales
4. Creando cauces de participación
5. Dando información comprensible en formatos adecuados
6. Implicando al entorno (familia, sociedad)

(18) DADA SU EXPERIENCIA COMO CUIDADOR/A, DE LAS SIGUIENTES MEDIDAS, SEÑALES LAS DOS QUE CONSIDERE MÁS IMPORTANTES PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LA PERSONA QUE ATIENDE:

1. Designación de profesionales de referencia
2. Adaptación de protocolos.
3. Adaptando tiempos de consulta a las necesidades de la persona
4. Adaptando horarios a las necesidades de las personas
5. Elección de profesionales en función de las necesidades de la persona.
6. Empoderamiento de los pacientes.
7. Mejorar y actualizar la Historia social y sanitaria digital y compartida.
8. Atención multidisciplinar y coordinada desde una perspectiva biopsicosocial por un profesional de referencia.
9. Incorporación de medidas de prevención y promoción de la salud.

(19) EN SU OPINIÓN, ¿QUÉ PROGRAMAS O SERVICIOS SON MÁS RELEVANTES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD?

1. Atención domiciliaria
2. Teleasistencia
3. Centro de Día/noche
4. Rehabilitación física
5. Rehabilitación cognitiva
6. Productos de apoyo y tecnologías
7. Salud mental infanto-juvenil
8. Salud mental adultos
9. Atención temprana
10. Atención a la cronicidad
11. Apoyo en viviendas/residencias
12. Prevención de salud
13. Otros: _____

(20) EN SU OPINIÓN, ¿QUÉ MEDIDAS HABRÍA QUE TOMAR PARA MEJORAR LA ACCESIBILIDAD DE LAS PCD A LOS DIFERENTES SERVICIOS?

1. Acceso a consultas no accesibles
2. Ubicación poco accesible

3. Materiales específicos no accesibles
4. Señalización inadecuada.
5. Diseño webs e información no accesible
6. Complejos itinerarios hasta los recursos
7. Itinerario de derivación a un recurso poco claro.
8. Ausencia de historia unificada completa de acceso electrónico.
9. Información compleja y en formatos poco accesibles.
10. Barreras físicas (entrada, habitaciones, baños,...).
11. Carencia de transporte accesible
12. Carencia de zonas de aparcamiento gratuitas para personas con discapacidad
13. Revisión de ubicación de instalaciones
14. Escasa o nula implantación de teleconsultas
15. Revisión de accesibilidad de edificios y plan de actuación para eliminación de barreras.
16. Implantación de nueva señalización.
17. Estudio sobre necesidades y propuestas accesibilidad de pacientes y profesionales.
18. Otras: _____

(21) LA DISCAPACIDAD DE LA PERSONA QUE CUIDA EN QUÉ MEDIDA LE HA PERJUDICADO A USTED EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CUESTIONES?

1. Mucho / 2. Algo / 3. Nada / 4. Ns/Nc

	1	2	3	4
Trabajar fuera de casa				
Salir con amigos				
Ir de vacaciones				
Tener tiempo libre para uno mismo				
Lectura / asistir cursos de formación				
Relación de pareja.				
Relación con otros familiares.				
Estado de salud				
Poder adquisitivo				
Realización de actividades de la vida diaria (higiene, alimentación, vestido, locomoción,...)				
Otra ¿cuál?				

(22) LAS TAREAS QUE DESEMPEÑA COMO CUIDADOR/A LE ESTÁN AFECTANDO A SU SALUD O VIDA PERSONAL?

1. SI /
2. NO

(23) EN CASO DE QUE LE HAYA AFECTADO, HA ACUDIDO A ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SERVICIOS?

1. Tratamiento Psicológico / Psiquiátrico.
2. Tratamiento fisioterapia / logopedia/ entrenamiento en ABVD

(24) ¿CONSIDERA QUE TIENE APOYOS FAMILIARES Y/O SOCIALES SUFICIENTES PARA SOBRELLEVAR SU SITUACIÓN?

1. Si /
2. No /
3. Ns/Nc

(25) ¿CUÁL ES LA PRINCIPAL DIFICULTAD Y/O NECESIDAD A LA QUE SE ENFRENTA EN SU DÍA A DÍA?

_____ (Especificar)

(26) QUE % DE DISCAPACIDAD LE HAN RECONOCIDO LEGALMENTE A LA PERSONA A LA QUE ATIENDE? Señale con un número.

1. En trámites de valoración
2. 33%
3. Entre 33% y 55%
4. Entre 55% y 65%
5. Entre 65% y 80%
6. Más de 80

(27) LA PERSONA QUE CUIDA TIENE RECONOCIDO Y VALORADO ALGÚN GRADO DE DEPENDENCIA?

1. Sí tiene la valoración
2. No está valorado/a
3. Está en trámite

B) SATISFACCIÓN E INFORMACIÓN DE LOS SERVICIOS RECIBIDOS

(28) EN EL CASO DE QUE USTEDES HAYAN RECIBIDO PRESTACIONES O SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES ¿QUÉ NIVEL DE SATISFACCIÓN TIENEN EN RELACIÓN A ELLAS?:

1. Muy satisfecho
2. Bastante satisfecho
3. Nivel de satisfacción normal
4. Nada satisfecho _____

(29) HAN TENIDO INFORMACIÓN SUFICIENTE Y COMPENSIBLE SOBRE LOS RECURSOS SOCIALES Y SANITARIOS EN CASTILLA Y LEÓN

1. 1.Si /
2. 2.No /
3. 3.Ns/Nc

(30) QUIEN LE HA DADO LA INFORMACIÓN

1. Asociación,

2. Servicios Sociales,
3. Centro de Salud,
4. Amistades/Vecinos,
5. Otros

(31) EN CASO NEGATIVO, ¿CUÁLES SON LAS POSIBLES CAUSAS DEL ESCASO ACCESO A LA INFORMACIÓN SANITARIA?:

1. Explicaciones complejas
2. Tendencia a hablar con el acompañante
3. Enfoque biomédico de los profesionales
4. Escasa práctica de la escucha activa
5. Explicación poco adaptada en tiempo y forma
6. Toma de decisiones son tener en cuenta a la persona con problemas de comunicación
7. Desconocimiento de estrategias de comunicación con personas con discapacidad

(32) EN CASO NEGATIVO, ¿QUÉ MEDIDAS SE DEBERÍAN TOMAR PARA MEJORARLO?:

1. Formación y sensibilización de los profesionales en pautas de interacción y comunicación
2. Protocolizar modelos y pautas de comunicación
3. Establecer profesionales de referencia que faciliten la comunicación
4. Implicación de los profesionales en un modelo de atención biopsicosocial.
6. Maximizar el enfoque multidisciplinar de la atención
7. Flexibilización de tiempos de atención a los pacientes

C) SITUACIÓN DE SALUD

(33) ¿CÓMO CONSIDERA SU SITUACIÓN DE SALUD GENERAL?

1. Muy buena
2. Buena
3. Regular
4. Mala

(34) SEÑALE SI EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS HA EXPERIMENTADO

Tristeza / Depresión	
Pérdida de peso	
Problemas de sueño	
Aislamiento / Soledad	
Preocupaciones / Ansiedad	
Aumento Consumo de Alcohol	
Aumento Consumo de Café	
Aumento Consumo de Tabaco	
Problemas para realizar actividades cotidianas	
Dolor o malestar frecuente	
Pérdida de energía	
Apatía / Desinterés de las aficiones habituales	
Cambios en la Movilidad física (caminar fuera de casa, estar de pie, subir escaleras,..)	
Uso de medicación para conciliar el sueño	
Llantos / Gritos frecuentes con los demás / Irritabilidad	
Pérdida de paciencia o de control de uno mismo con el enfermo	
Frustración / Sentimiento de Impotencia	
Ideas de suicidio	
Pérdida / Aumento de apetito	
Pérdida de memoria / Atención –concentración	

(35) ¿CÓMO CALIFICARÍA LA SITUACIÓN DE SALUD DE SU CUIDADOR FAMILIAR/PERSONA A LA QUE ATIENDE?

- 1.Muy buena
- 2.Buena
- 3.Regular
- 4.Mala

(36) SEÑALE ALGUNA PROPUESTA DE SERVICIOS O PRESTACIONES NECESARIAS PARA PROPORCIONAR MAYOR AUTONOMÍA Y/O BIENESTAR A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y PARA LOS CUIDADORES QUE LE ATIENDEN.

Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit.

0: Nunca; 1: Casi nunca; 2: A veces; 3: Frecuentemente, 4: Casi siempre

	0	1	2	3	4
1. ¿Siente usted que su familiar/paciente solicita más ayuda de la que realmente necesita?					
2. ¿Siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar/paciente, ya no tiene tiempo suficiente para usted mismo/a?					
3. ¿Se siente estresado/a al tener que cuidar a su familiar/paciente y tener además que atender otras responsabilidades?(p.ej., con su familia o en el trabajo)					
4. ¿Se siente avergonzado/a por el comportamiento de su familiar/paciente?					
5. ¿Se siente irritado/a cuando está cerca de familiar/paciente?					
6. ¿Cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una forma negativa?					
7. ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar/paciente?					
8. ¿Siente que su familiar/paciente depende de usted?					
9. ¿Se siente agotada/o cuando tiene que estar junto a su familiar/paciente?					
10. ¿Siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar/paciente?					
11. ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar/paciente?					
12. ¿Cree que sus relaciones sociales se han visto afectadas por tener que cuidar a su familiar/paciente?					
13. Solamente si el entrevistado vive con el paciente ¿Se siente incómoda/o para invitar amigos a casa, a causa de su familiar/paciente?					
14. ¿Cree que su familiar/paciente espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera contar?					
15. ¿Cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar de su familiar/paciente además de otros gastos?					
16. ¿Siente que no va a ser capaz de cuidar de su familiar/paciente durante mucho tiempo más?					
17. ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar/paciente se manifestó?					
18. ¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar/paciente a otra persona?					
19. ¿Se siente inseguro/a acerca de lo que debe hacer con su familiar/paciente?					
20. ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar/paciente?					
21. ¿Cree que podría cuidar a su familiar/paciente mejor de lo que hace?					

22. En general, ¿se siente muy sobrecargada/o al tener que cuidar de su familiar/paciente?					
--	--	--	--	--	--

PUNTUACIÓN TOTAL: _____

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Entrevistador: _____

Fecha y Hora: _____

OBSERVACIONES: _____

ANEXO 2. CUESTIONARIO PERSONAS CON DISCAPACIDAD

ESTUDIO SOCIOSANITARIO SOBRE LAS NECESIDADES PERCIBIDAS EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN MATERIA SANITARIA Y SOCIAL

Nº: _____

La presente encuesta pretende detectar y analizar las necesidades sentidas en los núcleos familiares de personas con discapacidad así como disponer de información sobre su nivel de calidad de vida. Por ello, nos gustaría pedir su colaboración, como **perceptor/a de un recurso y/o prestación sanitaria y social en Castilla y León**, para que dedicara los próximos 15 minutos a contestar las siguientes preguntas. Las respuestas que nos facilite nos ayudarán a conocer mejor los problemas y las necesidades que tienen ustedes en estos momentos en relación a la aplicación de la ley de dependencia, así como a plantear posibles propuestas de mejora.

El estudio es estrictamente científico y sus respuestas serán tratadas de forma estadística y totalmente anónima, ya que quedan protegidas por el secreto estadístico regulado en la Ley 7/2000 de 11 de Julio de Castilla y León.

A) DATOS GENERALES

(0) PROVINCIA:

(1) GENERO

1. Masculino
2. Femenino

(2) EDAD

_____ (en años cumplidos)

(3) ESTADO CIVIL

1. Soltero/a
2. Casado/a / Vive en pareja
3. Viudo/a
4. Divorciado/a
5. Separado/a
6. Ns/Nc

(4) Nº DE HABITANTES DE SU NÚCLEO DE POBLACIÓN.

- 1 Más 20.000 habitantes.
- 2 Entre 20.000 y 10.000 habitantes.
- 3 Menos de 10.000 habitantes.
- 4 Ns/Nc

(5) ¿CUAL DE LOS SIGUIENTES ESTUDIOS HA COMPLETADO?

1. No sabe leer o escribir
2. Sin estudios
3. Estudios Primarios Incompletos
4. Estudios Primarios
5. Estudios de Bachiller Elemental (2º Grd.1ºCiclo)
6. Estudios de Bachiller Superior (2º Grado. 2º ciclo)
7. Estudios Universitarios Medios (3º Grd.1º Ciclo)
8. Estudios Universitarios Superiores (3º Grd. 2º ciclo) **X**
9. Ns / Nc

(6) ¿CUÁL ES SU SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA Y LABORAL ACTUAL?

1. Ocupado con alta en Seguridad Social por cuenta ajena.
2. Ocupado Alta Seguridad Social Autónomo.
3. Ocupado sin alta en Seguridad Social
4. En paro.
5. Prejubilado / jubilado
6. Prestación por incapacidad permanente total
7. Prestación por desempleo-RAI-ayuda familiar
8. Prestación no contributiva
9. Prestación por hijo a cargo
10. IMI/Renta garantizada de ciudadanía
11. Realizo tareas domésticas
12. Otra situación actualmente ¿Cuál? _____
13. Ns/Nc

(7) ¿CUÁNTAS PERSONAS CONVIVEN EN SU HOGAR FAMILIAR?

_____ (Incluido usted)

(8) ¿CONVIVE CON USTED SU CUIDADOR?

1. Si
2. No
3. Solo por temporadas

(9) ¿QUÉ EDAD TIENE LA PERSONA QUE LE CUIDA?

_____ (en años cumplidos)

(10) ¿CUÁL ES EL GÉNERO DE LA PERSONA QUE LE CUIDA?

1. Masculino
2. Femenino

(11) QUÉ PARENTESCO TIENE CON LA PERSONA QUE LE CUIDA?

1. Madre/Padre
2. Cónyuge
3. Hijo/a
4. Hermano/a
5. Sobrino/a
6. Amistad
7. Otro
8. ¿Cuál?

(12) ¿CON QUÉ FRECUENCIA ESTA/S PERSONA/S LE AYUDAN A USTED?

1. Durante todo el día (se reparten las tareas)
2. Ocasional, esporádico, en algún momento de necesidad o urgencia

B) SERVICIOS SOCIO SANITARIOS

(13) ¿CUANTO TIEMPO HACE QUE ESTÁ RECIBIENDO CUIDADOS O ATENCIÓN?

1. Varias semanas
2. Menos de 6 meses
3. Más de 6 meses
4. Entre 1 y 2 años
5. Más de 2 años

(14) ¿QUÉ CANTIDAD DE AYUDA SEMANAL RECIBE DE ESTA/S PERSONA/S?

1. Menos de 7 horas semanales
2. Entre 7 y 14 horas semanales
3. Entre 14 y 21 horas semanales
4. Entre 21 y 28 horas semanales
5. Más de 28 horas semanales

(15) ¿CONSIDERA QUE LA AYUDA QUE RECIBE ES SUFICIENTE?

1. Sí
2. No

(16) EN SU OPINIÓN, ¿CÓMO SE PUEDE AYUDAR A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA QUE SEAN CAPACES DE TOMAR SUS PROPIAS DECISIONES?

1. Facilitando medidas de atención a la diversidad
2. Formando a las personas en derechos
3. Formación a profesionales
4. Creando cauces de participación

5. Dando información comprensible en formatos adecuados
6. Implicando al entorno (familia, sociedad)

(17) DADA SU EXPERIENCIA, DE LAS SIGUIENTES MEDIDAS, SEÑALE LAS DOS QUE CONSIDERE MÁS IMPORTANTES PARA MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA:

1. Designación de profesionales de referencia
2. Adaptación de protocolos.
3. Adaptando tiempos de consulta a las necesidades de la persona
4. Adaptando horarios a las necesidades de las personas
5. Elección de profesionales en función de las necesidades de la persona.
6. Empoderamiento de los pacientes.
7. Mejorar y actualizar la Historia social y sanitaria digital y compartida.
8. Atención multidisciplinar y coordinada desde una perspectiva biopsicosocial por un profesional de referencia.
9. Incorporación de medidas de prevención y promoción de la salud.

(18) EN SU OPINIÓN, ¿QUÉ PROGRAMAS O SERVICIOS SON MÁS RELEVANTES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD?

1. Atención domiciliaria
2. Teleasistencia
3. Centro de Día/noche
4. Rehabilitación física
5. Rehabilitación cognitiva
6. Productos de apoyo y tecnologías
7. Salud mental infanto-juvenil
8. Salud mental adultos
9. Atención temprana
10. Atención a la cronicidad
11. Apoyo en viviendas/residencias
12. Prevención de salud
13. Otros: _____

(19) EN SU OPINIÓN, ¿QUÉ MEDIDAS HABRÍA QUE TOMAR PARA MEJORAR LA ACCESIBILIDAD DE LAS PCD A LOS DIFERENTES SERVICIOS?

1. Acceso a consultas no accesibles
2. Ubicación poco accesible
3. Materiales específicos no accesibles
4. Señalización inadecuada.
5. Diseño webs e información no accesible
6. Complejos itinerarios hasta los recursos
7. Itinerario de derivación a un recurso poco claro.
8. Ausencia de historia unificada completa de acceso electrónico.
9. Información compleja y en formatos poco accesibles.
10. Barreras físicas (entrada, habitaciones, baños,..).

11. Carencia de transporte accesible
12. Carencia de zonas de aparcamiento gratuitas para personas con discapacidad
13. Revisión de ubicación de instalaciones
14. Escasa o nula implantación de teleconsultas
15. Revisión de accesibilidad de edificios y plan de actuación para eliminación de barreras.
16. Implantación de nueva señalización.
17. Estudio sobre necesidades y propuestas accesibilidad de pacientes y profesionales.
18. Otras: _____

REPERCUSIONES DE LA DISCAPACIDAD

(20) SU DISCAPACIDAD ¿EN QUÉ MEDIDA LE HA PERJUDICADO EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CUESTIONES?

1. Mucho / 2. Algo / 3. Nada / 4. Ns/Nc

Trabajar fuera de casa

Salir con amigos

Ir de vacaciones

Tener tiempo libre para uno mismo

Lectura / asistir cursos de formación

Relación de pareja.

Relación con otros familiares.

Estado de salud

Poder adquisitivo

Realización de actividades de la vida diaria (higiene, alimentación, vestido, locomoción,...)

(21) ¿CONSIDERA QUE TIENE APOYOS FAMILIARES Y/O SOCIALES SUFICIENTES PARA SOBRELLEVAR SU SITUACIÓN?

1. Si / 2. No / 3.Ns/Nc

(22) ¿CUÁL ES LA PRINCIPAL DIFICULTAD Y/O NECESIDAD SOCIO SANITARIA A LA QUE SE ENFRENTA EN SU DÍA A DÍA?

(23) QUE % DE DISCAPACIDAD TIENE RECONOCIDO LEGALMENTE? Señale con un número.

1. En trámites de valoración
2. 33%
3. Entre 33% y 55%
4. Entre 55% y 65%
5. Entre 65% y 80%
6. Más de 80%

(24) ¿TIENE RECONOCIDO Y VALORADO ALGÚN GRADO DE DEPENDENCIA?

1. Sí tiene la valoración
2. No está valorado/a
3. Está en trámite

C) SATISFACCIÓN E INFORMACIÓN DE LOS SERVICIOS RECIBIDOS

(25) EN EL CASO DE QUE HAYA RECIBIDO PRESTACIONES O SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES ¿CUAL ES SU NIVEL DE SATISFACCIÓN?:

1. Muy satisfecho
2. Bastante satisfecho
3. Nivel de satisfacción normal
4. Nada satisfecho _____

(26) ¿HAN TENIDO INFORMACIÓN SUFICIENTE Y ACCESIBLE SOBRE LOS RECURSOS SOCIALES Y SANITARIOS?

- 1.Si
- 2.No
- 3.Ns/Nc

(27) ¿QUIEN LE HA DADO LA INFORMACIÓN?

1. Asociación,
2. Servicios Sociales,
3. Centro de Salud,
4. Amistades/Vecinos,
5. Otros:

(28) EN CASO NEGATIVO, ¿CUÁLES SON LAS POSIBLES CAUSAS DEL ESCASO ACCESO A LA INFORMACIÓN SANITARIA?:

1. Explicaciones complejas
2. Tendencia a hablar con el acompañante
3. Enfoque biomédico de los profesionales

4. Escasa práctica de la escucha activa
2. Explicación poco adaptada en tiempo y forma
3. Toma de decisiones son tener en cuenta a la persona con problemas de comunicación
4. Desconocimiento de estrategias de comunicación con personas con discapacidad

(29) ¿QUÉ MEDIDAS SE DEBERÍAN TOMAR PARA MEJORAR LA INFORMACION?:

1. Formación y sensibilización de los profesionales en pautas de interacción y comunicación
2. Protocolizar modelos y pautas de comunicación
3. Establecer profesionales de referencia que faciliten la comunicación
4. Implicación de los profesionales en un modelo de atención biopsicosocial.
5. Maximizar el enfoque multidisciplinar de la atención
6. Flexibilización de tiempos de atención a los pacientes

D) SITUACIÓN DE SALUD

(30) ¿CÓMO CONSIDERA SU SITUACIÓN DE SALUD GENERAL?

1. Muy buena
2. Buena
3. Regular
4. Mala

(31) INDIQUE ALGUNA PROPUESTA DE SERVICIOS O PRESTACIONES NECESARIAS PARA PROPORCIONAR MAYOR AUTONOMÍA Y/O BIENESTAR A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y PARA LOS CUIDADORES QUE LES ATIENDEN.

(32) CONSIDERA QUE LAS ACTUALES POLÍTICAS SOCIALES Y SANITARIAS ESTÁN DISEÑADAS CON UN ENFOQUE INCLUSIVO Y ORIENTADO A LA PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Ns/nc
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

CUESTIONARIO EMD PARA PCD

FACTORES AMBIENTALES

Voy a hacerle algunas preguntas generales acerca de su entorno y sus relaciones. Quisiera que responda las siguientes preguntas en una escala del 1 al 5, en la que 1 significa “facilita mucho” y 5 significa “dificulta mucho”.

¿En qué medida los lugares donde usted socializa y participa en actividades de la comunidad le hacen fácil o difícil hacerlo?

¿En qué medida las tiendas, los bancos y la oficina de correo de su vecindario le hacen fácil o difícil utilizarlos?

¿En qué medida los medios de transporte que usted necesita o quiere usar le hacen fácil o difícil utilizarlos?

¿En qué medida su vivienda, incluido el baño, le hace fácil o difícil vivir en ella?

Si necesita ayuda, ¿en qué medida le resulta fácil o difícil conseguir ayuda de un pariente cercano (incluido su cónyuge)?

Si necesita ayuda, ¿en qué medida le resulta fácil o difícil conseguir ayuda de amigos o compañeros de trabajo?

Si necesita ayuda, ¿en qué medida le resulta fácil o difícil conseguir ayuda de vecinos?

Para responder estas preguntas, utilice una escala del 1 al 5, en la que 1 significa “para nada” y 5 significa “totalmente”.

¿Puede tomar sus propias decisiones en relación con su vida diaria? Por ejemplo, a dónde ir, qué hacer, qué comer.

¿Siente que las demás personas lo respetan? Por ejemplo, ¿siente que lo valoran como persona y que escuchan lo que tiene que decir?

FUNCIONAMIENTO

Quisiera entender qué tipo de problemas tiene usted en su vida. Por problemas me refiero a que las cosas no se hagan de la forma que usted quiere o que no se hagan de ningún modo. Estos problemas pueden surgir debido a su salud o al entorno en el que vive. También pueden surgir debido a las actitudes o comportamientos de quienes lo rodean. **Piense en los últimos 30 días, tomando en cuenta tanto los días buenos como los malos. En cada pregunta, dígame en qué medida la actitud o el comportamiento referidos son problemáticos para usted, en una escala del 1 al 5. 1 significa nada problemático y 5 significa en extremo problemático.** Por favor tenga en cuenta su salud y las personas que lo ayudan, los dispositivos asistenciales que usa y los medicamentos que toma.

¿Cuánto de problemático es para usted caminar un kilómetro?

¿Cuánto de problemático es para usted llegar a los lugares a donde quiere ir?

¿Cuánto de problemático es para usted asearse y vestirse?

¿Cuánto de problemático es para usted usar el baño?

¿Cuánto de problemático es para usted cuidar de su propia salud, comer de manera saludable, hacer ejercicio o tomar sus medicamentos?

¿Cuánto de problemático es para usted sentirse cansado y no tener suficiente energía?

¿Cuánto de problemático es para usted hacer frente a todas las cosas que usted tiene que hacer?

¿Cuánto de problemático es para usted recordar las cosas importantes que tiene que hacer en su vida diaria

¿Cuánto de problemático es para usted hacer las tareas de la casa como barrer, cocinar o sacar la basura?

¿Cuánto de problemático es para usted participar en actividades de la comunidad, como fiestas, eventos religiosos u otras actividades?

¿Cuánto de problemático es para usted utilizar servicios de transporte públicos o privados?

CAPACIDAD Y PROBLEMAS DE SALUD

Las próximas preguntas se refieren a dificultades que tal vez usted tenga para hacer ciertas actividades debido únicamente a su

SALUD. Piense en los últimos 30 días, tomando en cuenta tanto los días buenos como los malos.

1: Muy buena, 2: Buena; 3: Moderada, 4: Mala; 5: Muy mala

1: ninguna dificultad; 2: alguna dificultad; 3: dificultad moderada; 4: bastante dificultad; 5: extrema dificultad

¿Cómo calificaría estado de su salud hoy?

¿Qué grado de dificultad tiene para ver [sin usar anteojos]?

¿Qué grado de dificultad tiene para oír [sin usar audífono]?

¿Qué grado de dificultad tiene para caminar o subir escalones?

¿Qué grado de dificultad tiene para recordar cosas o concentrarse?

¿Qué grado de dificultad tiene para asearse o vestirse?

¿Qué grado de dificultad tiene para dormir debido a su estado de salud?

¿Qué grado de dificultad tiene para participar en actividades de la comunidad, como fiestas, eventos religiosos u otras actividades?

¿Qué grado de dificultad le ha generado en su vida sentirse triste, deprimido, preocupado o ansioso

¿Qué grado de dificultad ha tenido para llevarse bien con la gente cercana a usted, incluidos su familia y amigos?

¿Qué grado de dificultad le ha generado en su vida sentir algún malestar o dolor físico?

¿Tiene actualmente alguna de estas enfermedades o problemas de salud?

ASISTENCIA PERSONAL Y DISPOSITIVOS DE AYUDA

¿Tiene usted alguien que lo ayuda con sus actividades diarias dentro o fuera de casa?

Si No

¿Cree que necesitaría ayuda adicional para realizar sus actividades diarias dentro o fuera de casa? Si No

¿Cree que necesitaría alguien que lo ayude? Si No

¿Utiliza actualmente alguno de estos productos asistenciales?

1) Ninguno

2) Bastones o palos

3) Muletas (axilares o codo)

4) Órtesis para miembro inferior, miembro superior o columna vertebral

5) Cojines de alivio de presión

- 6) Prótesis, miembro inferior
- 7) Andadores de ruedas
- 8) Bipedestador (ajustable)

¿Además de estos, usted piensa que necesitaría otros productos asistenciales?
¿Cuáles?

- 1) Ninguno
- 2) Bastones o palos
- 3) Muletas (axilares o codo)
- 4) Órtesis para miembro inferior, miembro superior o columna vertebral
- 5) Cojines de alivio de presión
- 6) Prótesis, miembro inferior
- 7) Andadores de ruedas
- 8) Bipedestador (ajustable)
- 9) Calzado terapéutico; diabético, neuropático, ortopédico
- 10) Triciclos
- 11) Andadores
- 12) Silla de ruedas
- 13) Gafas, anteojos o lentes para: Baja visión, corta distancia, larga distancia, filtros y protección
- 14) Bastón blanco
- 15) Audífonos
- 16) Otros

- 9) Calzado terapéutico; diabético, neuropático, ortopédico
- 10) Triciclos
- 11) Andadores
- 12) Silla de ruedas
- 13) Gafas, anteojos o lentes para: Baja visión, corta distancia, larga distancia, filtros y protección
- 14) Bastón blanco
- 15) Audífonos
- 16) Otros

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Entrevistador: _____

Fecha y Hora: _____

OBSERVACIONES: _____

ANEXO 3. ÍNDICE DE TABLAS

Número de Tabla	Página
2.1. Nivel de fiabilidad de la escala de funcionamiento de la edmc para la muestra objeto de estudio	13
2.2.1.1 Distribución por edad de las pcd	14
2.2.1.2. Género de las PCD	15
2.2.1.3. Distribución por Género y Edad de las PCD	15
2.2.1.4 Provincia de procedencia de las PCD	15
2.2.1.5 Estado Civil de las PCD	17
2.2.1.6 Distribución de mujeres por edad y estado civil en %	18
2.2.1.7 Distribución de hombres por edad y estado civil en %	18
2.2.1.8 Número de habitantes del municipio de residencia de las PCD	19
2.2.1.9 Distribución de PCD por número de habitantes del municipio de residencia y provincia en %	19
2.2.2.1 Nivel de estudios de la PCD	20
2.2.2.2 Nivel de estudios por rango de edad	21
2.2.2.3 Nivel de estudios completado por provincia y sexo valores absolutos	22
2.2.2.4 Nivel de estudios completado por provincia y sexos en %	23
2.2.2.5 Nivel de estudios completado por tamaño de municipio de residencia	24
2.2.3.1 Situación Laboral	25
2.2.3.2 Situación laboral por sexo	26
2.2.3.3 Situación socio económica y laboral actual por edad	27
2.3.1.1 Problema para caminar un km	30
2.3.1.2 Problema para llegar a lugares donde quiere ir	31
2.3.1.3 Problemas para vestirse y asearse	31
2.3.1.4 Problema para ir al baño	32
2.3.1.5 Problemas para cuidar su propia salud	33
2.3.1.6 Problema de sentirse cansado ,sin energía	34

2.3.1.7 Problema para hacer frente a las cosas que tiene que hacer	35
2.3.1.8 Problema para recordar cosas importantes	36
2.3.1.9 Problema para hacer tareas de casa	37
2.3.1.10 Problema para participar en la comunidad	38
2.3.1.11 Problema para utilizar servicios de transporte	39
2.3.1.12 Grado de discapacidad según funcionamiento EMDc	40
2.3.1.13 EMD Funcionamiento de las PCD por razón de sexo	43
2.3.2.1 Facilidad o dificultad para gestionar asuntos financieros	44
2.3.2.2. Facilidad o dificultad para usar transporte	45
2.3.2.3 Facilidad o dificultad para desarrollar actividades en la comunidad	45
2.3.2.4 Facilidad o dificultad para ser autónomo en su vivienda	46
2.3.2.5 Facilidad o dificultad para conseguir apoyo de un paciente cercano	47
2.3.2.6 Facilidad o dificultad para conseguir ayuda de amigos	48
2.3.2.7 Facilidad o dificultad para conseguir ayuda de vecinos	49
2.3.2.8 Puede tomar decisiones en su vida cotidiana	50
2.3.2.9 Siente que los demás le respetan	50
2.3.2.10 Dimensiones y factores ambientales	51
2.3.2.11 Rangos de los facilitadores y obstaculizadores según tamaño del municipio de residencia	52
2.3.3.1 Calificación del estado de salud	53
2.3.3.2 Dificultad para ver	54
2.3.3.3 Dificultad para oír	54
2.3.3.4 Dificultad para caminar	54
2.3.3.5 Dificultad para recordar cosas	55
2.3.3.6 Dificultad para asearse o vestirse	55
2.3.3.7 Dificultad para participar	55
2.3.3.8 Dificultad por sentirse deprimido	55

2.3.3.9 Dificultad para llevarse bien con la gente cercana	56
2.3.3.10 Dificultad por sentir malestar o dolor físico	56
2.3.4.1. Porcentaje de discapacidad	56
2.3.4.2 Porcentaje de discapacidad por sexo	57
2.3.4.3 Reconocimiento de dependencia	59
2.3.4.4 Reconocimiento de dependencia por sexo	59
2.3.5.1 Perjuicio para trabajar fuera de casa	61
2.3.5.2 Perjuicio para trabajar fuera de casa por sexo	61
2.3.5.3 Perjuicio de salir con amigos	63
2.3.5.4 Perjuicio para salir con amigos por sexo	64
2.3.5.5. Perjuicio ir de vacaciones	65
2.3.5.6 Perjuicio de ir de vacaciones por sexo	65
2.3.5.7 Tener tiempo para uno mismo	66
2.3.5.8 Tener tiempo para uno mismo por sexo	66
2.3.5.9 Perjuicio lectura/asistir a cursos	67
2.3.5.10 Perjuicio lectura/asistir a cursos por género	67
2.3.5.11 Perjuicio relación de pareja	68
2.3.5.12 Perjuicio relación de pareja por sexo	68
2.3.5.13 Perjuicio relación con otros familiares	69
2.3.5.14 Perjuicio relación con otros familiares por sexo	69
2.3.5.15 Perjuicio en el estado de salud	70
2.3.5.16 Perjuicio estado de salud por sexo	70
2.3.5.17 Perjuicio poder adquisitivo	71
2.3.5.18 Perjuicio poder adquisitivo por sexo	71
2.3.5.19 Perjuicio realización de actividades de la vida diaria	72
2.3.5.20 Perjuicio realización de actividades de la vida diaria por sexo	72
2.3.5.21 Perjuicio en otras actividades por sexo	73
2.3.5.22 Perjuicio para realizar otras actividades por sexo	73

2.4.1.1 Dificultad y/o necesidad sociosanitaria a la que se enfrenta día a día	74
2.4.1.2 Principal dificultad y/o necesidad sociosanitaria a la que se enfrenta día a día por sexo	75
2.4.2.1 Parentesco de la persona con discapacidad con el cuidador	78
2.4.2.2 Convivencia con el cuidador	78
2.4.2.3 Tiempo que hace que está recibiendo atención de su cuidador	79
2.4.2.4 Edad de los cuidadores y género	80
2.4.2.5 Relación de edad de los cuidadores con las personas con discapacidad	83
2.4.2.6 Frecuencia con la que el cuidador proporciona ayuda	83
2.5.1.1 Considera que tiene apoyos suficientes para sobrellevar su situación	84
2.5.1.2 Considera que tiene apoyos suficientes por género	84
2.6.1.1 Nivel de satisfacción por los servicios percibidos	89
2.6.1.2 Nivel de satisfacción por los servicios percibidos por género	89
2.6.1.3 Información suficiente y accesible sobre los servicios recibidos	91
2.6.1.4 Información suficiente y accesible sobre los servicios recibidos por género	91
2.6.1.5 Causas del escaso acceso a la información sanitaria	94
2.6.1.6 Causas del escaso acceso a la información sanitaria por género	95
2.7.1 Percepción sobre su estado de salud	99
2.7.2 Percepción de su estado de salud por género	99
2.7.3 Propuesta de servicios o prestaciones necesarias para proporcionar mayor autonomía y/o bienestar a las PCD y para los cuidadores que les atienden	100
2.7.4 Propuesta de servicios o prestaciones necesarias para proporcionar mayor autonomía y/o bienestar a las PCD y para los cuidadores que les atienden por sexo	101
2.7.5 ¿Considera que las actuales políticas sociales y sanitarias están diseñadas para	102

proporcionar mayor autonomía y/o bienestar a las PCD y a los cuidadores que les atienden?	
2.7.6 ¿Considera que las actuales políticas sociales y sanitarias están diseñadas para proporcionar mayor autonomía y/o bienestar a las PCD y a los cuidadores que les atienden? Por género	102
3.1.2.1 Características del cuidador	109
3.1.2.2 Motivaciones del cuidador	109
3.1.2.3 Personas beneficiarias y prestaciones	110
3.2.1.1 Mapa de la muestra	113
3.2.1.2 Número de habitantes en el lugar donde ejerce el cuidado	113
3.2.1.3 Distribución de la muestra según tamaño de población y provincia	114
3.2.1.4 Sexo/Género de los cuidadores	114
3.2.1.5 Edad de los cuidadores	115
3.2.1.6 Sexo y edad de los cuidadores	116
3.2.1.7 Estado civil	116
3.2.1.8 Tipo de cuidador	117
3.2.2.1 Parentesco del cuidador con la persona cuidada	118
3.2.2.2 Convivencia con la persona con discapacidad	119
3.2.2.3 Tiempo que está prestando atención a la persona con discapacidad	119
3.2.2.4 Edad de los cuidadores y tipo de cuidador	120
3.2.2.5 Edad de los cuidadores y tipo de cuidador (%)	120
3.2.2.6 Edad de la persona a la que se atiende	121
3.2.2.7 Género de la persona cuidada	121
3.2.2.8 Porcentaje de la discapacidad	122
3.2.2.9 Reconocimiento de la dependencia	123
3.2.3.1 Nivel de estudios de la persona cuidadora	124
3.2.3.2 Tamaño de municipio y sexo	124
3.2.3.3 Tamaño del municipio y nivel de estudios	125
3.2.3.4 Situación socioeconómica y laboral actual de la persona cuidadora	125

3.2.3.5 Situación socioeconómica y laboral actual de la persona cuidadora por sexo	126
3.2.3.6: Situación socioeconómica y laboral actual de la persona cuidadora y tamaño población (en %)	127
3.2.4.1 Recibe y de quien alguna ayuda o apoyo en sus tareas como cuidador	131
3.2.4.2 Suficiencia de la ayuda que usted recibe de sus familiares para atender a la PCD	132
3.2.4.3: Razones por las que no recibe usted ayuda suficiente de sus familiares para el cuidado de la persona a la que atiende. (señale la más importante)	133
3.2.4.4 Considera que la ayuda que recibe de las entidades públicas y/o privadas para atender a la persona con discapacidad es suficiente o insuficiente	133
3.2.4.5 En su opinión, ¿cómo se puede ayudar a la persona con discapacidad para que sea capaz de tomar sus propias decisiones?	135
3.2.4.6: Dada su experiencia como cuidador/a que medidas considera más importantes para mejorar la calidad de vida de la persona que atiende	136
3.2.4.7: Medidas a tomar para mejorar la accesibilidad de las PCD a los diferentes servicios	137
3.2.4.8: Programas o servicios más relevantes para personas con discapacidad	139
3.2.4.9: La discapacidad de la persona que cuida en qué medida le ha perjudicado a usted en alguna de las siguientes cuestiones	141
3.2.4.10: Las tareas que desempeña como cuidador/a le están afectando a su salud o vida personal	142
3.2.4.11: En caso de que le haya afectado, ha acudido a alguno de los siguientes servicios	142
3.2.4.12: Considera que tiene apoyos familiares suficiente para sobrellevar estas situaciones	143

3.2.4.13: Dificultad principal	144
3.2.4.14: Nivel de satisfacción con servicios	145
3.2.4.15: Ha tenido información suficiente y comprensible	146
3.2.4.16: Quien le ha dado la información	146
3.2.4.17: Causas del escaso acceso a la información sanitaria	147
3.2.4.18: Medidas que deberían tomarse para mejorar la información sanitaria	148
3.2.4.19: Percepción sobre salud de la persona cuidada	149
3.2.4.20: Propuesta de servicios o prestaciones necesarias para proporcionar mayor autonomía y/o bienestar a las personas con discapacidad y para los cuidadores que le atienden	150
3.2.4.21: Situaciones que se han tenido en las últimas semanas	152
3.2.4.22: Sobrecarga ZARIT cuidadores	153
3.2.4.23: Sobrecarga del cuidador y sexo	154
3.2.4.24: Sobrecarga del cuidador y estado civil	155
3.2.4.25: Sobrecarga del cuidador y convivir con la PCD	156
3.2.4.26: Sobrecarga del cuidador y tiempo que dedica al cuidado	157
3.2.4.27: Sobrecarga del cuidador y edad	157

ANEXO 4. INDICE DE GRÁFICOS

Número de Gráfico	Página
2.2.2.1 Edad de las PCD	14
2.2.1.2 Provincia de procedencia de las PCD	16
2.2.1.3 Distribución de las PCD por provincia y género	16
2.2.1.4 Estado civil de las PCD	17
2.2.1.5 Estado Civil de hombres según edad	18
2.2.1.6 Estado Civil de mujeres según edad	19
2.2.2.1 Nivel de estudios por provincia	21
2.2.2.2 Nivel de estudios según tamaño de municipio	24
2.2.3.1 Situación laboral por edad	28

2.2.3.2 Situación laboral según tamaño del municipio de residencia	29
2.3.1.1 Problema para caminar un km según rango de edad	30
2.3.1.2 Problemas para llegar a lugares donde quiere ir según rango de edad	31
2.3.1.3 Problemas para vestirse y asearse según rango de edad	32
2.3.1.4 Problemas para ir al baño según rango de edad	33
2.3.1.5 Problemas para cuidar su propia salud según rango de edad	34
2.3.1.6 Problema de sentirse cansado según rango de edad	35
2.3.1.7 Problema para hacer frente a cosas que tiene que hacer según rango de edad	36
2.3.1.8 Problema para recordar cosas importantes según rango de edad	37
2.3.1.9 Problema para hacer tareas de casa según rango de edad	38
2.3.1.10 Problema para hacer tareas de casa por rango de edad	39
2.3.1.11 Problema para utilizar servicios de transporte por rango de edad	40
2.3.1.12 Grado de discapacidad escala de funcionamiento EMDc	41
2.3.1.13 Grado de discapacidad por edad. Escala de funcionamiento EMDc	41
2.3.1.14 Grado de discapacidad según EMDc por género %	42
2.3.2.1 Facilidad para gestionar asuntos financieros por edad	44
2.3.2.2 Facilidad o dificultad para usar transporte por edad	45
2.3.2.3 Facilidad o dificultad para participar en actividades de la comunidad por edad	46
2.3.2.4 Facilidad o dificultad para ser autónomo en la vivienda por edad	47
2.3.2.5 Facilidad o dificultad para conseguir apoyo de un paciente cercano por edad	48
2.3.2.6 Facilidad o dificultad para conseguir ayuda de amigos por edad	49

2.3.2.7 Favilidad o dificultad para conseguir ayuda de vecinos por edad	50
2.3.4.1 Valoración discapacidad	57
2.3.4.2 Porcentaje discapacidad reconocido legalmente por edad	58
2.3.4.3 Porcentaje discapacidad reconocido legalmente por municipio de residencia	58
2.3.4.4 Reconocimiento de dependencia	59
2.3.4.5 Reconocimiento de dependencia por edad	60
2.3.4.6 Reconocimiento del número de habitantes según el municipio de residencia	60
2.3.5.1 Perjuicio de trabajar fuera de casa por sexo	62
2.3.5.2 Perjuicio para trabajar fuera de casa por edad	62
2.3.5.3 Perjuicio para salir con amigos por edad	64
2.3.5.4 Perjuicio para ir de vacaciones por edad	65
2.3.5.5. Perjuicio para tener tiempo libre para uno mismo por edad	66
2.3.5.6 Perjuicio para lectura/asistir a cursos por edad	67
2.3.5.7 Perjuicio relación de pareja por edad	68
2.3.5.8 Perjuicio de la relación con otros familiares por edad	69
2.3.5.9 Perjuicio estado de salud por edad	70
2.3.5.10 Perjuicio poder adquisitivo por edad	71
2.3.5.11 Perjuicio realización de actividades de la vida diaria por edad	72
2.3.5.12 Perjuicio en otras por edad	73
2.4.1.1 Principal dificultad y/o necesidad sociosanitaria a la que se enfrenta día a día por edad	76
2.4.1.2 Principal dificultad y/o necesidad sociosanitaria a la que se enfrenta día a día por tamaño del municipio	77
2.4.2.1 Parentesco de la persona con discapacidad con su cuidador	78
2.4.2.2 Vive con el cuidador	79

2.4.2.3 Tiempo de cuidado	79
2.4.2.4 Relación entre personas con discapacidad que reciben cuidados y sus cuidadores según edad y sexo	82
2.5.1.1 Considera que tiene apoyo familiar suficiente según edad	84
2.5.1.2 Percepción de suficiencia de apoyos según municipios de residencia	85
2.5.2.1 Cómo se puede ayudar a las PCD para que sean capaces de tomar decisiones	86
2.5.2.2 Medidas para mejorar la calidad de vida de las PCD	87
2.5.2.3 Programas o servicios más relevantes para las PCD	87
2.5.2.4 Medidas para mejorar la accesibilidad	88
2.6.1.1 Nivel de satisfacción de los servicios percibidos por edad	90
2.6.1.2 Nivel de satisfacción de los servicios recibidos por tamaño del municipio de residencia	90
2.6.1.3 Ha tenido información suficiente y accesible sobre los servicios recibidos	92
2.6.1.4 Ha tenido información suficiente por número de habitantes del municipio	92
2.6.1.5 Fuente de información de los servicios	92
2.6.1.6.: Fuente de información en municipios según número de habitantes	94
2.6.1.7 Causas del escaso acceso a la información sanitaria por edad	95
2.6.1.8 Causas del escaso acceso a la información sanitaria por tamaño del municipio	96
2.6.1.9 Medidas que deberían tomarse para mejorar la información	97
2.6.1.10 Medidas que deberían tomarse según municipio de residencia	98
2.7.1 Percepción estado de salud por edades	100
2.7.2 Propuesta de servicios de PCD por edades	101
2.7.3 Consideración políticas sociales y sanitarias inclusivas orientadas a la promoción de las PCD	103

2.7.4 Consideración sobre políticas sociales según número de habitantes del municipio de residencia	103
3.2.1.1 Distribución de la muestra por provincias	113
3.2.1.2 Distribución de la muestra por tamaño de municipio	114
3.2.1.3 Distribución de la muestra por sexo	115
3.2.1.4 Edad de los cuidadores/as	115
3.2.1.5 Distribución de la muestra según estado civil	116
3.2.1.6 Distribución de la muestra según tipo de cuidador	117
3.2.2.1 Distribución de la muestra según parentesco	118
3.2.2.2 Distribución de la muestra vinculación con forma de residencia	119
3.2.2.3 Distribución de la muestra según el tiempo que hace que es cuidador	120
3.2.2.4 Distribución de la muestra según edad de la PCD	121
3.2.2.5 Distribución de la muestra según sexo de las PCD	122
3.2.2.6 Valoración de la discapacidad	122
3.2.2.7 Valoración de dependencia	123
3.2.3.1 Nivel estudios cuidadores	124
3.2.3.2 Situación laboral de los cuidadores	126
3.2.4.1 Ayudas recibidas	132
3.2.4.2 Ayuda familiar	132
3.2.4.3 Razones ayuda recibida insuficiente	133
3.2.4.4 Ayudas entidades	134
3.2.4.5: Tipo de ayudas a PCD para la toma de decisiones	135
3.2.4.6: Medidas de mejora de calidad de vida	136
3.2.4.7: Medidas para la accesibilidad	138
3.2.4.8: Servicios más importantes	139
3.2.4.9: Perjuicios del cuidado	141
3.2.4.10: Repercusión a nivel de salud	142
3.2.4.11: Servicios a los que ha acudido	143
3.2.4.12: Apoyos familiares	143
3.2.4.13: Principales dificultades	144
3.2.4.14: Satisfacción con los servicios recibidos	145

3.2.4.15: Características de la información recibida	146
3.2.4.16: Procedencia de la información	147
3.2.4.17: Razones escasa información	148
3.2.4.18: Cómo mejorar la información	149
3.2.4.19: Percepción del estado de salud	149
3.2.4.20: Propuestas de prestaciones	150
3.2.4.21: Estados de ánimo frecuentes	153
3.2.4.22: Sobrecarga ZARIT	154
3.2.4.23: Sobrecarga y género	155
3.2.4.24: Sobrecarga y convivencia	156
3.2.4.25: Sobrecarga y edad	157

