

I Estudio DKV sobre los hábitos de salud de las personas con discapacidad

DKV Salud

Cuídate mucho



DKV Instituto de la Vida Saludable

DKV Instituto de la Vida Saludable es una iniciativa creada para promover la mejora de la salud y la vida de la población mediante la divulgación de información y la formación orientada a inculcar hábitos saludables.

A través de DKV Instituto de la Vida Saludable se pretende dar pautas útiles para ayudar a que las personas se conviertan en agentes corresponsables y activos en el cuidado de su salud, potenciando la prevención así como los valores del ejercicio y los hábitos para una vida sana.

El estudio está disponible en:
dkv.es/estudio-discapacidad

I Estudio DKV sobre los hábitos de salud de las personas con discapacidad

Dirección

MIGUEL GARCÍA LAMIGUEIRO

Director de Comunicación
y Negocio Responsable DKV Seguros

Coordinación

DAVID CAMPS I RUSSINÉS

Responsable de Innovación Social DKV Seguros

MIREIA ALEU

Unidad de Innovación DKV Seguros

Supervisión

PILAR DÍAZ

Profesora asociada UB,
experta en políticas de discapacidad

Realización Técnica

FERRAN SESPLUGUES y MAITE OTANO

LÚCID Agencia de Innovación

Diseño y maquetación

JOSEP TURON I TRIOLA

Índice

Introducción	5
Metodología	8
Informe de resultados	9
Conclusiones	34

Los hábitos de vida saludable son aquellas acciones relacionadas con el cuidado o mantenimiento de la salud que las personas llevan a cabo dentro de sus rutinas diarias. Estas acciones pueden ser una actividad personal o involucrar a terceros como personas de apoyo o profesionales de la salud.

La OMS define «La salud es un estado de completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». Por ello, este estudio engloba aspectos del cuidado de la salud con un enfoque holístico, entendiendo que la salud no se compone solamente de una faceta médica o de servicios profesionalizados en el ámbito de la salud, sino que se compone de decisiones y actividades en el ámbito de relaciones personales, el desarrollo vida social, la práctica de actividad física o laboral entre otras.

La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.

1. Introducción

1.1 DKV y la discapacidad

DKV SEGUROS celebró el 20 aniversario de su estrategia de Responsabilidad Empresarial en 2018. En el marco de la misma, la compañía ha centrado cuatro objetivos como prioritarios: la calidad de vida de las personas con discapacidad, la lucha contra la obesidad infantil, los efectos del cambio climático en la salud y el envejecimiento activo.

Una de las líneas de trabajo de la compañía desde hace años es el fomento de la prevención de enfermedades y de los hábitos de vida saludables a través de la elaboración y publicación estudios, el apoyo a programas de entidades del tercer sector y la generación y difusión de contenidos para todos los grupos de interés de la compañía y para la sociedad en general.

En cuanto a la discapacidad, DKV ha sido una compañía pionera en su sector en manifestar un compromiso incuestionable que se plasma en diferentes iniciativas que la han convertido en empresa de referencia en esta causa:

- La creación de la Fundación Integralia DKV cuya misión es la inserción sociolaboral de personas con discapacidad física y orgánica. Hay más de 483 personas insertadas laboralmente en 6 centros especiales de empleo
- Mas de 1 millón de euros destinados a la financiación de proyectos de entidades sociales de apoyo a las personas con discapacidad a través de las 14 ediciones de la Convocatoria anual de Ayudas y Subvenciones.
- El acuerdo con la Fundación Síndrome de Down para ofrecerles un seguro privado a las personas con síndrome de Down y sus familiares.
- El convenio de colaboración con Autismo Madrid para ofrecerles un seguro para las personas afectadas.

Este compromiso y conocimiento del sector de la discapacidad y la voluntad de la compañía de crear un mundo más saludable, impulsa esta primera radiografía de los hábitos de salud de las personas con discapacidad física y orgánica con el fin de generar conocimiento y debate entre la comunidad médica, la Administración pública y el tercer sector social de la discapacidad.

1.2 Interés del estudio para la sociedad y las personas con discapacidad

Compromiso social con las personas con discapacidad física y orgánica

En 2007, España firma en Nueva York la ratificación y el compromiso de cumplimiento de la Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad.

En 2013, se refunden y armonizan las antiguas leyes sobre la discapacidad, (LISMI, 1982; LIONDAU, 2003; Ley de Infracciones y Sanciones, 2007) materializando el compromiso del Estado con las disposiciones de la convención de las NNUU ratificadas 6 años atrás, recogido en la disposición final segunda de la Ley 26/2011, de 1 de Agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las personas con discapacidad.



El 29 de noviembre de 2013, se aprueba por Real Decreto Legislativo la nueva **Ley General de las Discapacidad (LGD)**¹ con el nombre Ley General de derechos de las personas con Discapacidad y su inclusión social, que es el marco legal vigente en España y garantiza el ejercicio real y efectivo de derechos de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones que el resto de la ciudadanía.

1. Artículo 1 de la LGD. Objeto de esta ley. a) Garantizar el derecho a la igualdad de oportunidades y de trato, así como el ejercicio real y efectivo de derechos por parte de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones respecto del resto de ciudadanos y ciudadanas, a través de la promoción de la autonomía personal, de la accesibilidad universal, del acceso al empleo, de la inclusión en la comunidad y la vida independiente y de la erradicación de toda forma de discriminación, conforme a los artículos 9.2, 10, 14 y 49 de la Constitución Española y a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y los tratados y acuerdos internacionales ratificados por España.

2. INE. Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2008.

Con estos hechos queremos subrayar el compromiso que como sociedad hemos adquirido y que DKV SEGUROS comparte: que las personas con discapacidad puedan disfrutar de su derecho a gozar de acceso a una vida saludable en igualdad de condiciones.

Cifras sobre la discapacidad en España

En 2008 en España había 3,84 millones de personas con discapacidad, esto suponía aproximadamente un 8,5% de la población total. En cuanto a lo que se refiere la personas con discapacidad en edad laboral era 1.482.000².

Pese al gran número de personas con discapacidad que conforman nuestra sociedad, la información de la que se dispone no es completa, ni está actualizada ni refleja la realidad del colectivo en el uso, hábitos y necesidades relacionadas con los servicios de salud.

Esta falta de información puede provocar la invisibilidad de esas mismas necesidades o problemas y, en consecuencia, dar lugar a la inacción o desatención por parte de los actores que tendrían la capacidad de mejorar de forma directa el acceso a dichos servicios de salud.

Por tanto, podemos afirmar que un mejor conocimiento de los hábitos y necesidades contribuirá a crear conciencia sobre los retos de salud a los que se enfrentan las personas con discapacidad, la discriminación que siguen sufriendo y favorecerá en gran medida la generación de servicios y soluciones más adaptadas.

1.3. Delimitación y definición de conceptos

Discapacidad vs enfermedad

La enfermedad y la discapacidad pueden ser términos que coexistan, pero **no necesariamente una persona tiene discapacidad debido a la enfermedad ni una persona con discapacidad ha de sufrir carencias de salud.**

Otra de las deducciones erróneas es que acabar con esta situación de discapacidad está tanto en manos de la ciencia médica como de la persona con discapacidad.

A pesar de los esfuerzos realizados en los últimos años para acabar con el binomio discapacidad-enfermedad, todavía muchos textos y estudios usan los términos de forma indiscriminada, fomentando que el mal uso de estos términos permanezca en nuestro vocabulario y, por tanto, en nuestro entendimiento de la condición de discapacidad.

Como consecuencia, la sociedad y las entidades públicas y privadas siguen relacionando que una persona con discapacidad es una persona con enfermedad, y por tanto siguen asumiendo en muchos casos que el consumo de servicios de salud por parte de estas personas es superior al del resto.

Percepción del estado de salud

El estudio recoge información cualitativa respecto a cuál es la percepción del estado de salud del colectivo de personas con discapacidad, así como cuáles son las actividades, contextos o situaciones que hacen que esta percepción sea positiva o negativa.

Factores que influyen en una vida saludable

- Identificar cuáles son las diferentes percepciones en cuanto a qué significa bienestar en relación a la salud.
- Identificar los diferentes hábitos de vida saludable
- Identificar el modo en el que se adquieren los hábitos saludables y las principales motivaciones para hacerlo.

Uno de los principales objetivos de este estudio es la identificación de los hábitos saludables de las personas con discapacidad, así como los contextos y situaciones que les permiten realizar rutinas y actividades para su bienestar

La adquisición y desarrollo de hábitos saludables es fundamental para llevar una vida sana y disminuir la probabilidad de tener enfermedades. Pero, tal y como se sostienen en la publicación del CERMI en 2010 “Salud pública y discapacidad”, los hábitos de salud de una persona no dependen únicamente de las decisiones personales de cada individuo. Existen una serie de influencias en el entorno que hacen que la persona sea más o menos proclive a adquirir hábitos de salud, como pueden ser el nivel de educación, la accesibilidad a zonas verdes o equipamientos deportivos, el transporte, el acceso a la información o las condiciones medioambientales.

2. Metodología

2.1. Metodología del estudio cualitativo

Fases 1: inmersión

1.1. Revisión estudios previos en el ámbito de la salud y la discapacidad

Se realizó una revisión de los estudios y resultados de encuestas en el entorno de la discapacidad con el fin de identificar la información existente de las personas con discapacidad.

1.2. Entrevistas con profesionales de la salud y personas de apoyo (cuidadores no profesionales) en el contexto de la discapacidad

Al comienzo del proyecto, el equipo de investigación se reunió con 6 agentes de influencia en la vida y salud de las personas con discapacidad y con personas con discapacidad física y orgánica.

1.3. Investigación invisible o de bajo impacto

Esta instalación en 3 centros de la Fundación Integralia, permitió recopilar grandes cantidades de información sobre temas sensibles de manera anónima disminuyendo así el posible impacto de un agente externo en las respuestas a preguntas de carácter personal.

Fase 2. Estudio cualitativo

2.1. Entrevistas exploratorias semiestructuradas con personas con discapacidad física y orgánica

Mediante 9 entrevistas exploratorias semiestructuradas, el equipo llevó a cabo una serie de encuentros individuales con personas con discapacidades de diferentes tipologías, edades y contextos sociales y momentos vitales.

2.2. Estudio cualitativo: sesión colaborativa con 9 personas con discapacidad física y orgánica

El objetivo de esta actividad fue ampliar en profundizar en ciertos temas destacados durante las entrevistas con usuarios.

2.2 Metodología estudio cuantitativo

Técnica: Cuestionario de administración online.

Público objetivo

- Personas con una discapacidad física motórica y/u orgánica
- Grado de discapacidad reconocida superior al 33%.
- Población entre los 16 – 65 años.
- Hombres (52,8%) y mujeres (47,2%).
- Ámbito nacional.

Tamaño y distribución

- 400 encuestas
- Muestreo aleatorio entre población general y entidades
- Representa un margen de error del $\pm 5,0\%$ (con un nivel de confianza del 95,5% y suponiendo la máxima indeterminación $P=Q=50\%$)

Variables de análisis

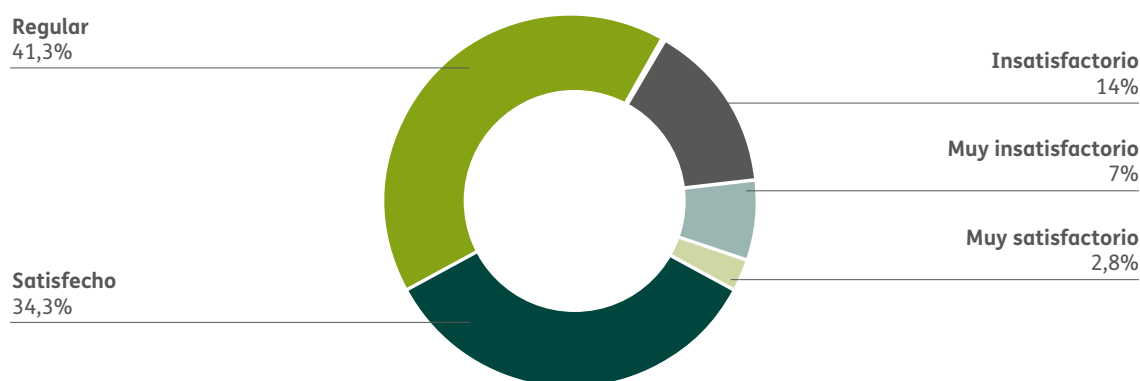
- Tipo de discapacidad: física motórica y orgánica
- Reconocimiento de grado de dependencia.
- Género: mujer, hombre
- Se indica cuando se observan diferencias de interés.

3. Informe de resultados

3.1. Percepción de salud

Percepción global del estado de salud

Gráfica 1. PERCEPCIÓN DEL PROPIO ESTADO DE SALUD



Según indica la gráfica 3, hay que destacar que mayoritariamente las personas con discapacidad perciben su estado de salud de forma negativa, ya que el 63,1% de las personas que han respondido consideran que su estado de salud es regular, insatisfactoria o muy insatisfactoria, por el contrario solo el 2,8% de los encuestados señalan tener un estado de salud con el cual están muy satisfechos, las personas que manifiestan que su estado de salud es correcto representa una de cada tres, es decir el 34,3%.

Modos de aprendizaje del cuidado de la salud

Se observan diferentes modos y momentos de aprendizaje supeditados a la fase vital o momento de convivencia con la discapacidad, los más habituales son, de forma consecutiva, los nombrados a continuación:

Aprendizaje durante la rehabilitación

Tras el diagnóstico o intervención quirúrgica tras accidente o brote en el que mediante un servicio de rehabilitación se re enseña a la persona en algunos aspectos de movilidad y del cuidado de su salud.

Aprendizaje autónomo mediante ensayo y error

Gran parte de las personas entrevistadas señalaron que el aprendizaje completo y en contextos reales para el ejercicio de su autonomía y el cuidado de su salud se hace en numerosas ocasiones mediante el ensayo y error debido a la falta de formaciones específicas en este ámbito.

El autodiagnóstico

La decisión autónoma sobre el consumo de ciertos medicamentos es bastante elevada, siendo que el 27,8% de (GRAF preg 2) las personas con discapacidad admiten automedicarse.

Compartir experiencias

Los participantes en el estudio indicaron que el modo más efectivo para aprender cómo funciona su cuerpo y qué cuidados de salud son los adecuados para ella es el compartir conocimiento y vivencias con otras personas con su misma discapacidad.

El rechazo al aprendizaje

Se puede dar una fase de rechazo a la discapacidad y a los cambios en los hábitos que puede demandar. En esta fase de cambio, se puede dar que la persona evite conocer en profundidad otros efectos que la discapacidad puede tener en su cuerpo, cómo esta puede evolucionar, o qué nuevos procedimientos existen para el cuidado de su salud este ámbito.

Hábitos del cuidado de la salud

Hábitos positivos del cuidado de la salud

Los hábitos de cuidado rutinarios se encuentran plenamente implantados en los hábitos rutinarios de las personas con discapacidad. Destacando hábitos como la **higiene diaria con un 98%** de adopción como hábito de salud frecuente, seguido de las **revisiones médicas con un 90,8%** y la **alimentación saludable y beber suficiente líquido con un 90,5%** y un **86%** de adopción rutinaria respectivamente.

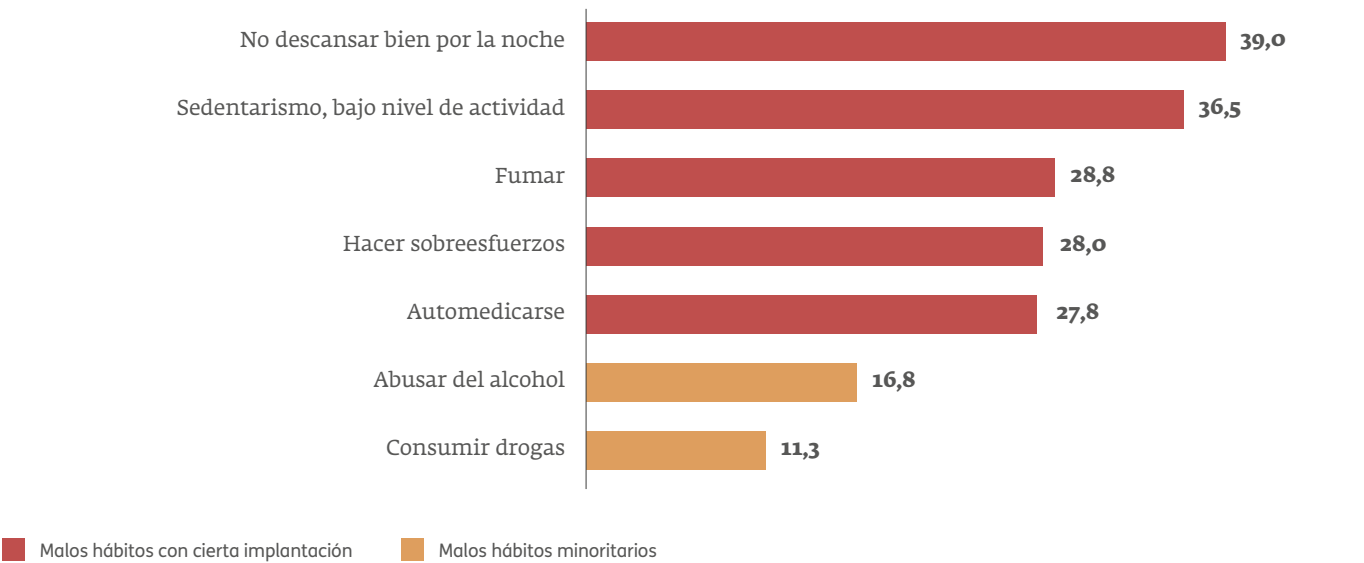
Gráfica 2. BUENOS HÁBITOS ADQUIRIDOS



Hábitos negativos del cuidado de la salud

El 75,6% reconoce tener alguno de los hábitos negativos para la salud nombrados entre los 8 que se exponían en la encuesta. El 39% de los encuestados no tienen un descanso nocturno de calidad, que el 28,8% son fumadores y que el 28% realizan sobreesfuerzos.

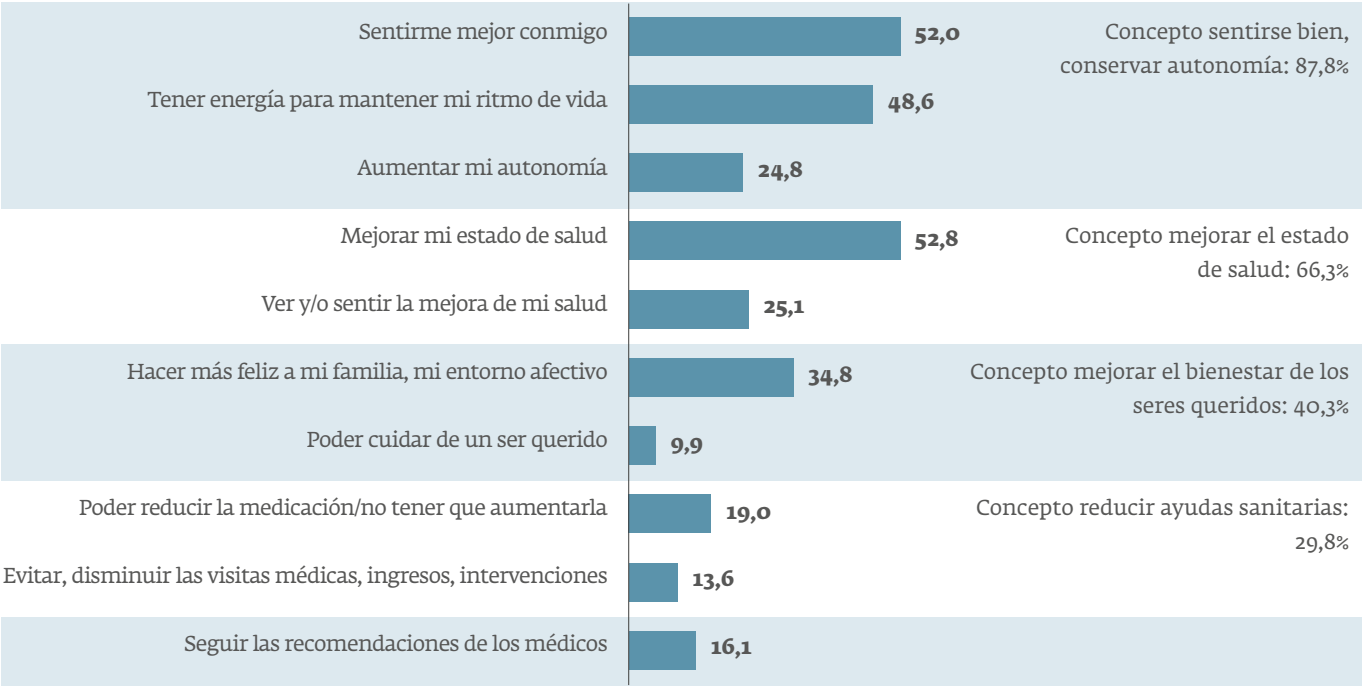
Gráfica 3. MALOS HÁBITOS ADQUIRIDOS



2- Señala cuál de estos cuidados de salud realizas. Respuesta múltiple. Base muestra total: 400 encuestas.
Muestra por dependencia de otra persona: Sí 79 encuestas; No 321 encuestas.

Motivación para el abordaje de la salud y el cuidado

Gráfica 4. MOTIVACIONES PARA CUIDAR LA SALUD



Base muestra total: 400 encuestas.
Respuesta múltiple.

Conservar y/o mejorar el estado de salud

Las motivaciones principales para el cuidado de la salud giran en torno al mantenimiento o mejora del estado de salud actual.

El 52% señala que los hábitos de cuidado que realizan son motivados por la voluntad de sentirse mejor consigo mismos y el 52,8% señala que mejorar su estado de salud es también un agente de motivación importante.

Acompañamiento en el seguimiento para evitar el miedo y la soledad

Algunas de las personas participantes en el estudio cualitativo señalaron que tener una persona de apoyo cercana que acompaña con el seguimiento, ayuda a sentir menos soledad durante este proceso de enfrentamiento con la discapacidad y, por tanto, fomenta una mayor predisposición al cuidado.

Visibilidad de los efectos

Otro factor señalado por el 25,1% de los participantes como un motivador para la constancia en el cuidado de la salud es la percepción, por parte de la persona, de la mejora de su estado físico como consecuencia de un buen cuidado.

Barreras para el abordaje de la salud y el cuidado

Gráfica 5. FRENOS AL CUIDADO DE LA SALUD



Base muestra total: 400 encuestas. Muestra por dependencia de otra persona: Sí 79 encuestas; No 321 encuestas.
Respuesta múltiple.

Falta de motivación para la adquisición de algunos hábitos de cuidado de salud

El 65,5% de las personas con discapacidad señala que hay algunos factores que funcionan a modo de barrera para la adquisición de ciertos hábitos de salud, como son el sentir que no tienen suficiente fuerza de voluntad (32,3%), el olvido (25,1%) o el excesivo esfuerzo que el cuidado puede conllevar en algunos casos (18,4%).

Consumo de tiempo e interrupción de rutinas de los cuidados de la salud

Por último, en el ámbito de las posibles desmotivaciones o barreras para la adopción y consecución de hábitos de salud, cabe destacar que la persona puede presentar un rechazo a algunas actividades de cuidado cuando estas consumen mucho tiempo o se han de realizar de forma muy frecuente a lo largo de la semana.

El 19,1% de las personas con discapacidad señala que no quieren dedicar más tiempo del que ya dedican al cuidado de su salud con relación a la discapacidad.

Dificultad de acceso al servicio de salud médico

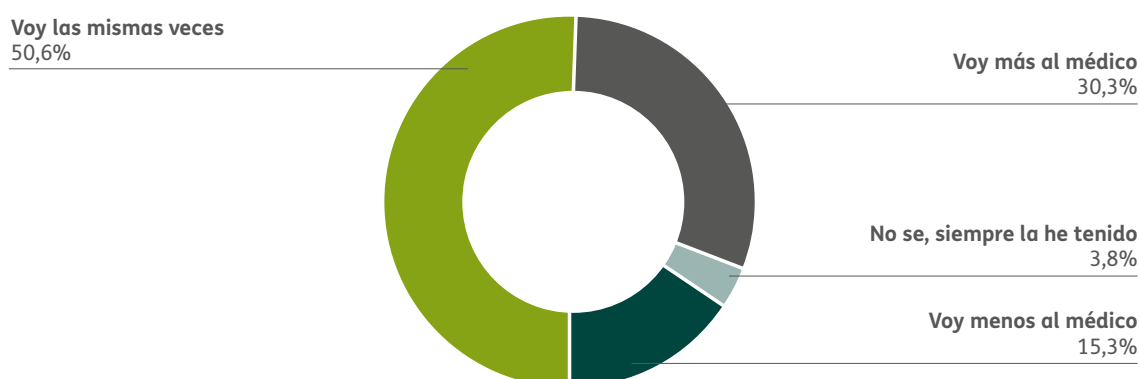
El 90,8% señala el cuidado y control autónomo de la salud como un factor fundamental para el mantenimiento de esta, aunque no siempre la prevención y seguimiento son suficientes para garantizar un mantenimiento de la salud adecuado.

3.2. Servicios de salud

Utilización de los servicios de salud

Hay una clara distinción entre las afectaciones para la salud que puede generar la enfermedad o la lesión y los efectos en la salud derivadas de la propia discapacidad. Por ejemplo, en el caso de una persona amputada a causa de un accidente, una vez superada la operación y realizado un adecuado tratamiento de rehabilitación, normalmente su salud vuelve al equilibrio y, por tanto, puede gozar de una salud óptima si la lesión no ha afectado otras partes del organismo. En cambio, la falta de una extremidad supone una discapacidad permanente y es esta limitación física la que puede llegar a requerir un mayor cuidado o tratamiento adicional a medio o largo plazo, teniendo en cuenta que el cuerpo siempre acaba sufriendo el desgaste de la falta de una extremidad.

Gráfica 6. PERCEPCIÓN DE UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD



16 - Una vez superada la fase inicial tras el reconocimiento de tu discapacidad, ¿crees que vas más o menos al médico que antes?

Base muestra discapacidad sobrevenida: 340 encuestas.

Como observamos en el gráfico sobre estas líneas, un 65'9% de las personas encuestadas percibe que el uso de servicios médicos después del reconocimiento de la discapacidad es menor o igual que antes.

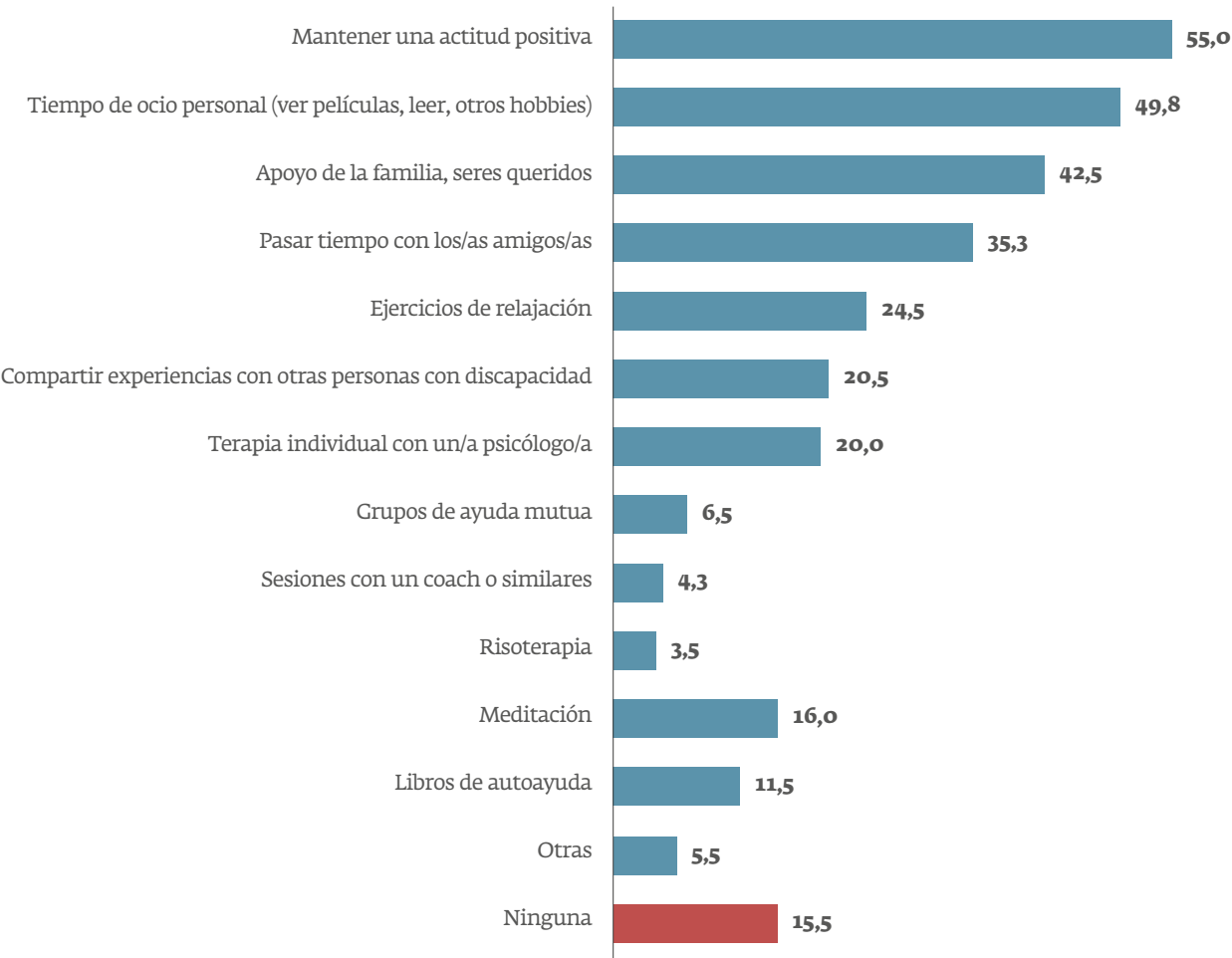
Esta percepción concuerda con la idea de que no se puede establecer una relación directa entre discapacidad y enfermedad. Más bien, debemos considerar que la enfermedad puede causar discapacidad y solo en algunas ocasiones esta causalidad será de doble sentido.

Por el contrario, las enfermedades degenerativas conllevan, en muchos casos, el aumento progresivo de la discapacidad y, por tanto, las necesidades de atención y cuidado de la salud pueden ir en aumento o cambiando a lo largo del tiempo. Es el caso de la Esclerosis Múltiple, el Parkinson o el ictus, enfermedades que por su naturaleza tienden a tener una afectación progresiva y creciente en la salud de las personas.

Por el contrario, las discapacidades físicas en las cuales no hay una enfermedad asociada, o bien esta se encuentra estable, la necesidad de servicios médicos puede ser homologable a una persona sin discapacidad.

Servicios de salud mental

Gráfica 7. EL USO DE HERRAMIENTAS DE AYUDA EMOCIONAL



21-¿Cuáles de estas actividades prácticas o has practicado para afrontar tu discapacidad desde el punto de vista psicológico o emocional?
Respuesta múltiple. Base muestra total: 400 encuestas.

Dado el alto impacto que la salud emocional puede tener en el estado general de salud de las personas debemos hacer especial mención a este aspecto.

Tanto en las entrevistas con profesionales como en las interacciones con usuarios, se asocia la discapacidad, sobrevenida o de nacimiento, a un “viaje” emocional. De las etapas de este proceso, se hace especial mención a la fase de aceptación como un objetivo para lograr el bienestar emocional.

Verb. “Ahora lo pienso y me doy cuenta de que estaba deprimido.”

Evitar la tendencia al aislamiento

Uno de los efectos que produce la discapacidad en las personas y que se considera altamente pernicioso para la salud, es la tendencia al aislamiento. Según los expertos, esta conducta produce un deterioro de la salud escalonado ya que la soledad empeora la salud emocional y acaba por afectar a la salud física y orgánica.

Verb. “Se encierran en casa y se van apagando”.

Barreras para el acceso al seguimiento médico

A menudo las personas sienten que el seguimiento por parte de la seguridad social es insuficiente o la periodicidad no coincide con la prescripción médica debido a la saturación del sistema público.

Verb. “El doctor me dice que vuelva en 6 meses, pero me dan cita para dentro de 1 año.”

En el caso de personas con discapacidad con un alto grado de dependencia se detecta que las visitas de seguimiento suponen un gran esfuerzo para el propio paciente y sus familiares o cuidadores, ya que supone desplazarse hasta el centro de salud con el consecuente esfuerzo físico y estrés para el paciente y para el cuidador/a o sus familiares.

Verb. “Llevar a mi marido a una revisión supone sacarlo de la cama, meterlo en el coche, encontrar un aparcamiento... Mujer de enfermo de EM – Sant Andreu.”

También se identifica la falta de accesibilidad de la consulta médica ya que estos espacios no cuentan con ayudas técnicas, mobiliario adaptado para la exploración de personas con movilidad reducida o grúas para la transferencia del paciente de la silla de ruedas a la camilla.

Verb. “El médico me dijo que me tumbara en la camilla, pero para mí era imposible.”

Destaca también la preocupación general por la falta de conexión y coordinación entre los distintos profesionales médicos, y un nivel de conocimiento heterogéneo sobre las necesidades específicas de la enfermedad concreta del paciente y la discapacidad.



3.3. Salud emocional

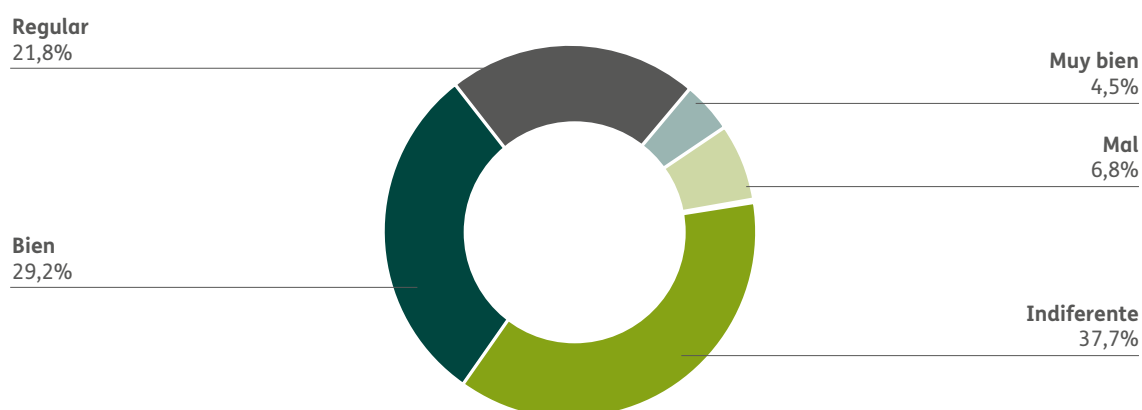
Actitud frente a la salud emocional y su cuidado

Actitud, tiempo y esfuerzo

Es habitual que las personas con discapacidad aprendan de forma autónoma a forjarse una actitud positiva y un estado emocional estable. De hecho, el 55% de las personas con discapacidad señalaron que el mantener una actitud positiva es uno de los hábitos que han adquirido para sentirse mejor emocionalmente.

El estado emocional

Gráfica 8. ESTADO EMOCIONAL RESPECTO A LA PROPIA DISCAPACIDAD



22 -¿Cómo te sientes emocionalmente respecto a tu discapacidad?

Base muestra total: 400 encuestas

Autoestima

Cuando sobreviene la discapacidad o esta provoca un deterioro en las capacidades motoras u orgánicas, es muy habitual pasar por una fase de rechazo de la propia discapacidad que puede ir acompañada de un periodo de depresión.

Verb. “Para tener una buena salud emocional, 1º has de aprender a quererte, 2º has de descubrir qué quieres hacer, encontrar algo que te motive y 3º has de saber cómo crear un plan factible para alcanzar tus objetivos. Si no solucionas lo primero, lo demás no avanza”

Aprender a reconducir emociones en el día a día

A diario, las personas con discapacidad se encuentran con barreras en el entorno tanto físicas como sociales. Esta convivencia diaria con la frustración hace que las personas con discapacidad manifiesten la necesidad de un aprendizaje y trabajo emocional continuo a lo largo de toda la vida.

Verb. “En el entorno, tienes recordatorios constantes de tu discapacidad debido sobre todo a las barreras físicas. Hay que tener y ejercitar la fuerza mental para superar el día a día”

Actividades y hábitos para el cuidado del bienestar emocional

Atención profesional

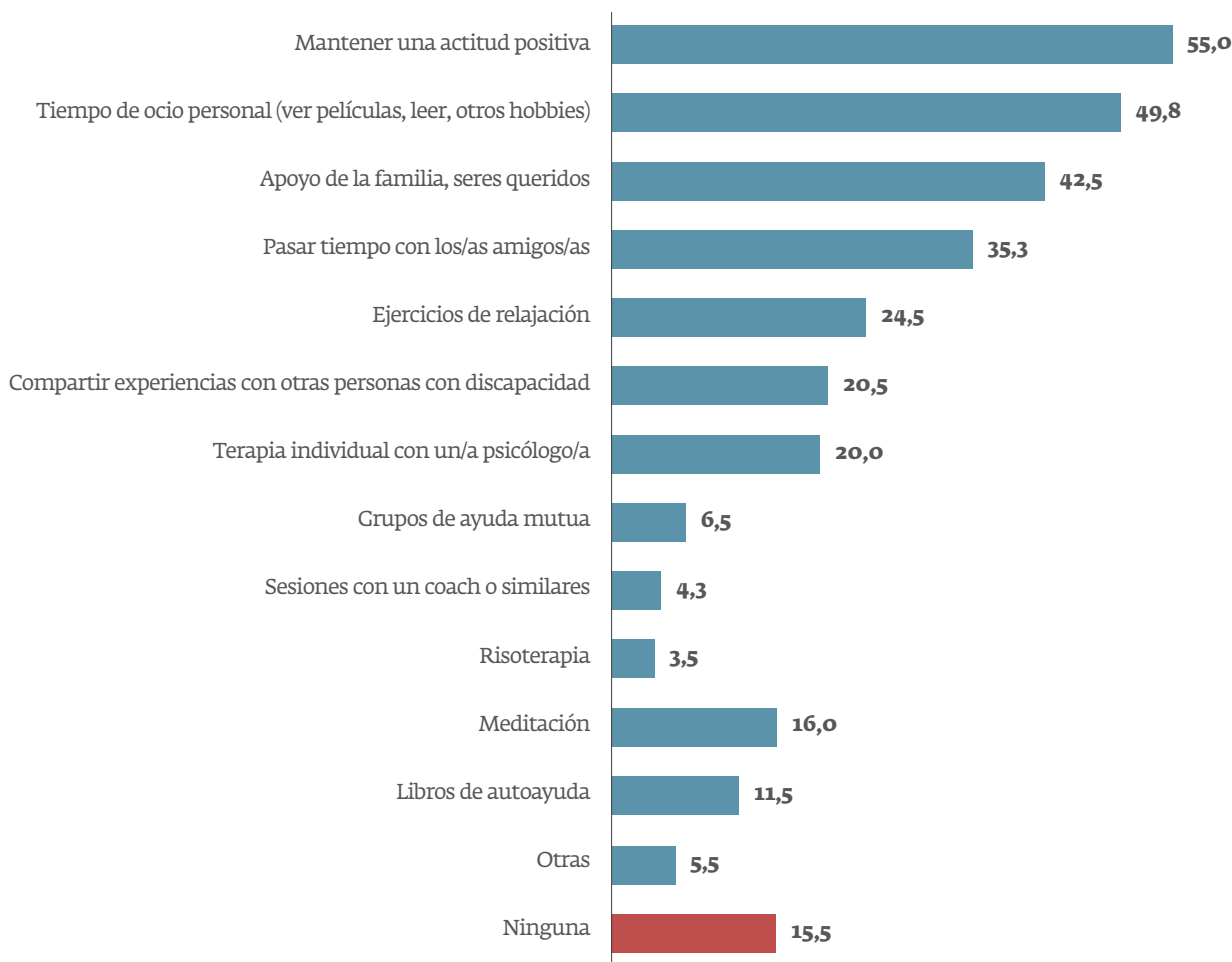
Los hombres presentan más resistencia a recurrir a este tipo de soporte profesional: un 20,4% de asistencia frente al 34,5% de las mujeres.

Solamente el 20% de los encuestados dijo asistir a algún tipo de terapia individual o psicológica, y un 4,3% señaló asistir a sesiones con un coach o similar.

Cabe destacar que, entre los hábitos rutinarios, un 32,5% de las personas encuestadas, es decir, una de cada tres personas manifiestan que cuidan su salud mental.

Otras actividades

Gráfica 9. EL USO DE HERRAMIENTAS DE AYUDA EMOCIONAL



21-¿Cuáles de estas actividades prácticas o has practicado para afrontar tu discapacidad desde el punto de vista psicológico o emocional?
Respuesta múltiple. Base muestra total: 400 encuestas.

Gestión del estrés

Un gran número de personas con discapacidad trabajan la gestión del estrés realizando actividades con las que desconectar. Por ejemplo, leer, tener hobbies y ver películas (49,8%), realizan actividades como ejercicios de relajación (24,5%), mediante diversas técnicas como la meditación (16%) la risoterapia (3,5%) o la lectura de libros de autoayuda (11,5%).

Compartir tiempo y conocimiento con otras personas con discapacidad

Otro tipo de actividad identificada para mantener una buena salud emocional fue la asistencia a reuniones y grupos de ayuda mutua con otras personas que también tengan una discapacidad.

3.4. Alimentación y nutrición

Hábitos para la alimentación saludables

Hábitos de nutrición básicos

Los principales hábitos identificados para el cuidado de la nutrición se basan en decisiones que favorecen el metabolismo de los nutrientes y las funciones digestivas, como son la ingesta habitual de fruta, verdura y alimentos con alto contenido proteico y bajo contenido en grasas saturadas.

Sin embargo, este tipo de dieta no siempre es suficiente para garantizar el buen funcionamiento del organismo cuando se tiene una discapacidad. Por ejemplo, se señala que la ingesta de ciertos alimentos en determinados momentos del día puede interferir en el efecto de ciertas medicaciones o puede ralentizar la metabolización de algunos alimentos.

Motivaciones y barreras

La estética como principal motivador

Existe la conciencia de que el sobrepeso puede empeorar algunos efectos que la discapacidad tiene en el estado físico. Sin embargo, se observó que el motivador principal para adquirir hábitos nutricionales saludables es conseguir reducir el peso y conseguir la apariencia estética deseada.

El apoyo familiar: sustento fundamental para la constancia

Se observó que cuando las familias adoptan los mismos hábitos nutricionales que la persona que desea bajar de peso y/o mejorar sus hábitos nutricionales, la motivación de la persona aumenta.

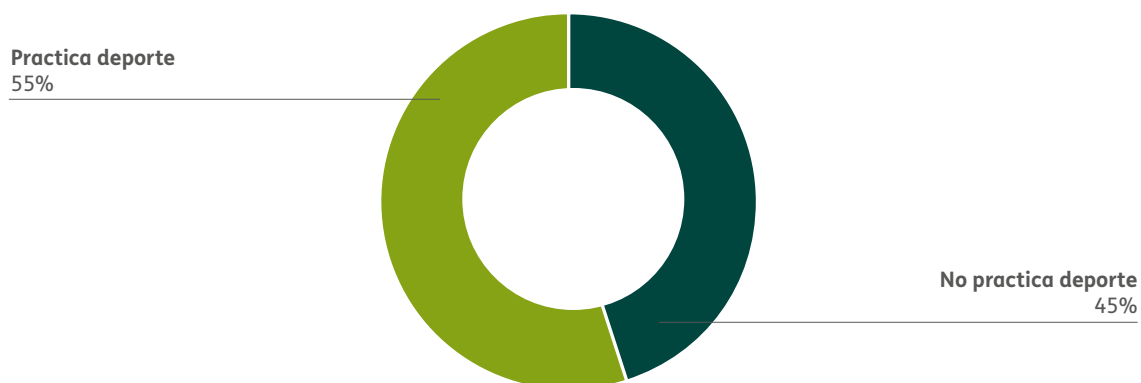
Grado de dependencia

Cabe destacar que las personas con discapacidades con un alto grado de dependencia o con enfermedades degenerativas en estadios avanzados, se enfrentan con otros problemas en el ámbito de la nutrición como pueden ser la dificultad o imposibilidad de adquirir, manipular, preparar y/o ingerir alimentos sin la ayuda de un tercero.

3.5. Actividad física

Hábitos/ actividades físicas más comunes

Gráfica 10. PRÁCTICA DEL DEPORTE

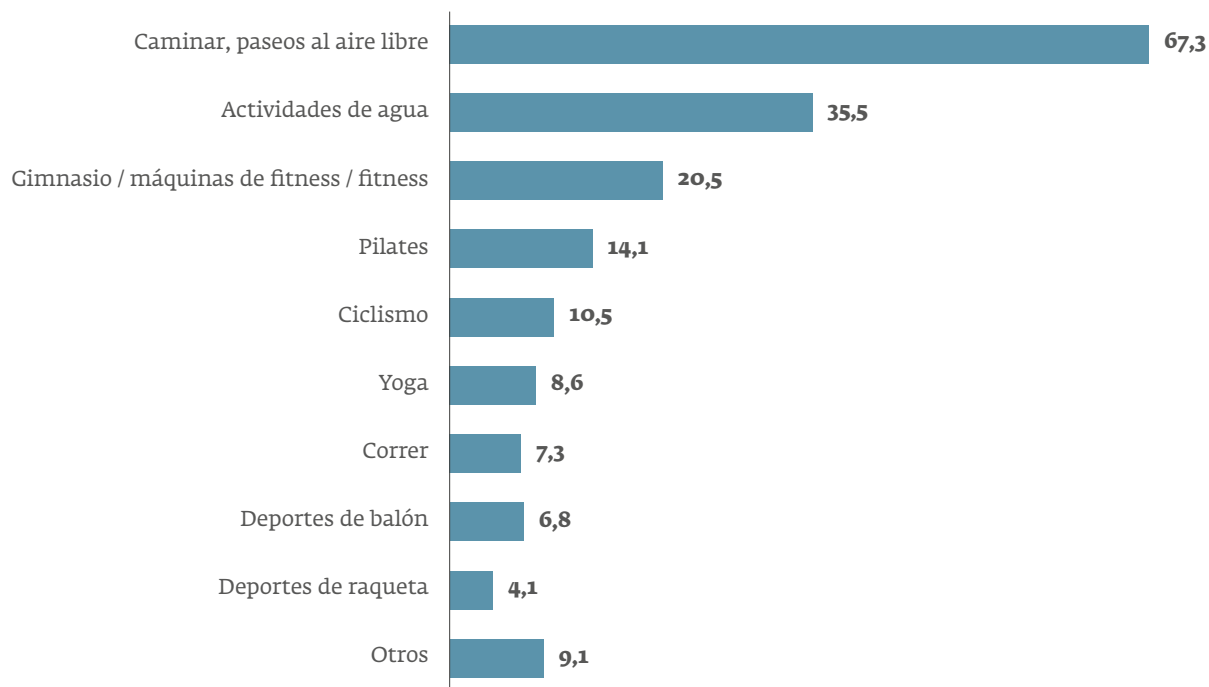


1 A- Señala cuál/es de las actividades del cuidado de la salud sueles realizar habitualmente.



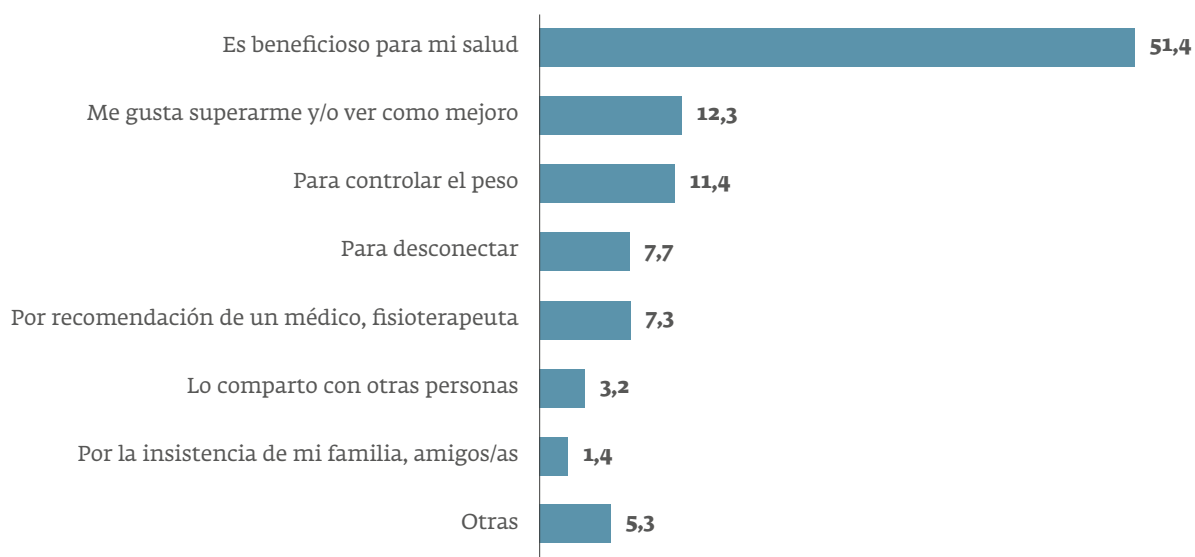
El 55% de las personas con discapacidad que han respondido al cuestionario practican un deporte como hábito del cuidado de la salud. Entre los deportes nombrados como más populares destacan caminar (67,3%), actividades de agua (35,5%), gimnasio o fitness (20,5%) y pilates,(14,1%).

Pero existe una gran variedad de actividades físicas, no consideradas como deporte y que no requieren de la participación en un equipo , que igualmente pueden compartirse y adaptarse al nivel físico como el caminar o paseos al aire libre, practicándolo el 67,3% de las personas con discapacidad.

Gráfica 11. DEPORTES Y ACTIVIDADES FÍSICAS PRACTICADAS

23-¿Qué deportes o actividades físicas practicas? Respuesta múltiple

Base muestra practica algún deporte: 220 encuestas.

Gráfica 12. MOTIVACIÓN PARA PRACTICAR DEPORTE

24- ¿Cuál es tu principal motivación para practicar deporte?

Base muestra practica algún deporte: 220 encuestas.

Agentes motivadores personales

Existen diversas motivaciones para comenzar a realizar un deporte, o mantener este hábito entre las personas con discapacidad:

- El 51,4% de los participantes en el estudio señala que practican deporte o actividad física porque conocen sus beneficios en la salud.
- Observar la mejora del cuerpo, el aumento de energía, la agilidad y de la capacidad física es la principal motivación para el 12,3% de las personas con discapacidad que practican algún deporte o actividad física.
- Para el 11,4%, la importancia del control del peso es la principal motivación para hacer ejercicio.

Barreras para la práctica de deporte

Gráfica 13. BARRERAS PARA PRACTICAR DEPORTE



25- ¿Cuál es el principal motivo por el que no sueles practicar deporte?

Base muestra no practica deporte: 180 encuestas.

Falta de normalización y personal formado

El factor económico es la principal barrera identificada para la práctica de ejercicio. **El 17,8% de los encuestados que manifestaron que no hacen deporte (el 45% de la muestra) señaló que no pueden cubrir los gastos que requieren las actividades físicas o deportivas indicadas para su estado de salud.**

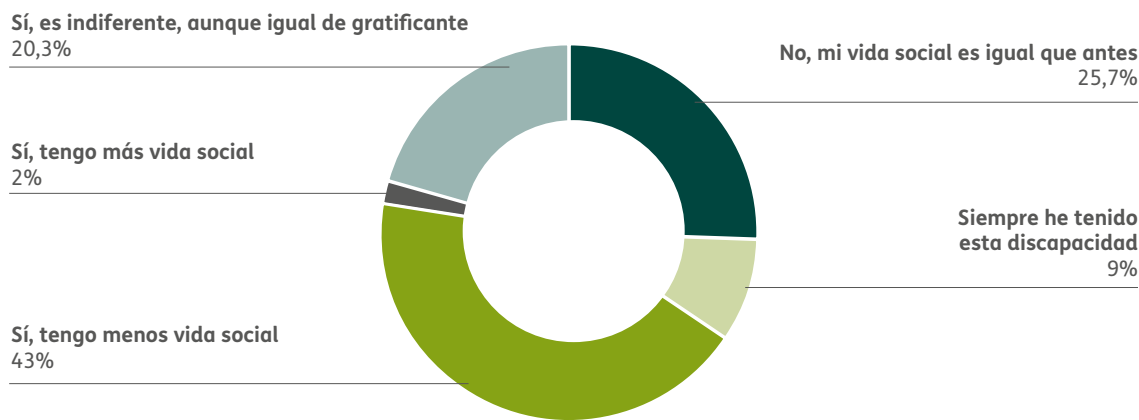
En segundo lugar, con un **15%**, **la falta de conocimiento** se considera una barrera para realizar ejercicios o deportes adecuados a las necesidades y limitaciones específicas.

3.6. Vida social

Impacto de la discapacidad en la vida social

En general, se reconoce que la discapacidad ha afectado a la vida social de las personas con discapacidad. El 43% de los encuestados señaló que tiene menos vida social que antes del reconocimiento de su discapacidad, mientras que el 25,7% mantiene la misma vida social.

Gráfica 14. DISCAPACIDAD Y VIDA SOCIAL



17A- ¿Consideras que tu discapacidad te ha influido de alguna manera en tu vida social?
Base muestra total: 400 encuestas.

Motivaciones y barreras

Gráfica 15. DISCAPACIDAD Y VIDA SOCIAL



17A- ¿Consideras que tu discapacidad te ha influido de alguna manera en tu vida social?
Base muestra total: 400 encuestas. Respuesta múltiple.

Desmotivación y ansiedad

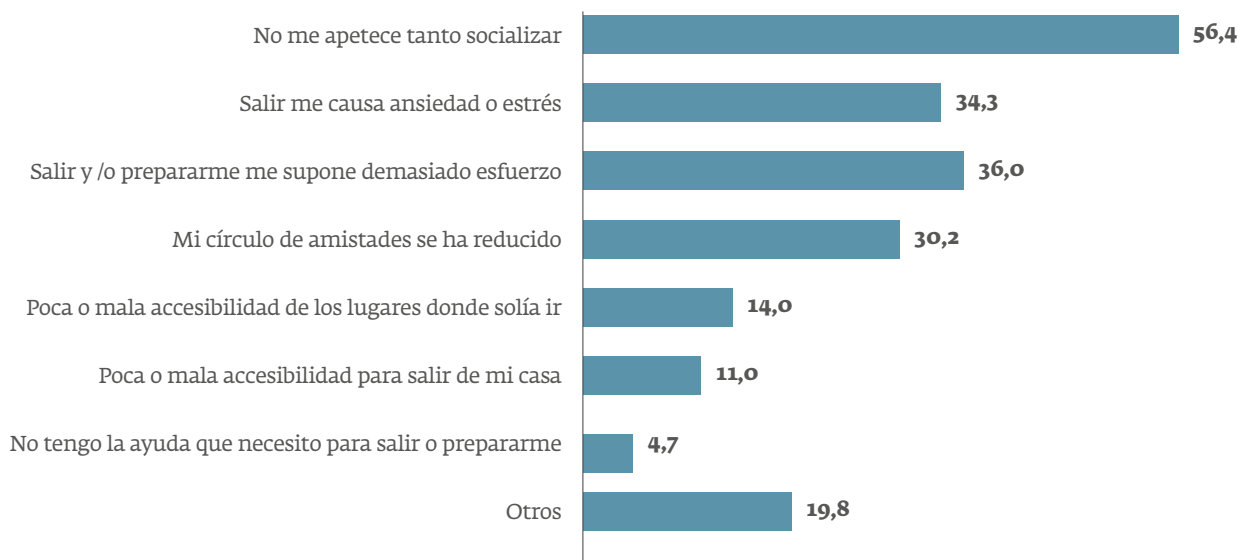
Para el 69,8% de las personas encuestadas, el principal obstáculo encontrado para mantener una vida social activa es la desmotivación o la ansiedad.

Esfuerzo y tiempo requeridos

El esfuerzo que supone preparar y planificar una salida es una barrera para el 36% de las personas con discapacidad.

Impacto de la falta de accesibilidad de los espacios en la vida social saludable que han manifestado tener menos vida social que antes de la discapacidad (el 43% de la muestra).

Gráfica 16. DISCAPACIDAD Y VIDA SOCIAL

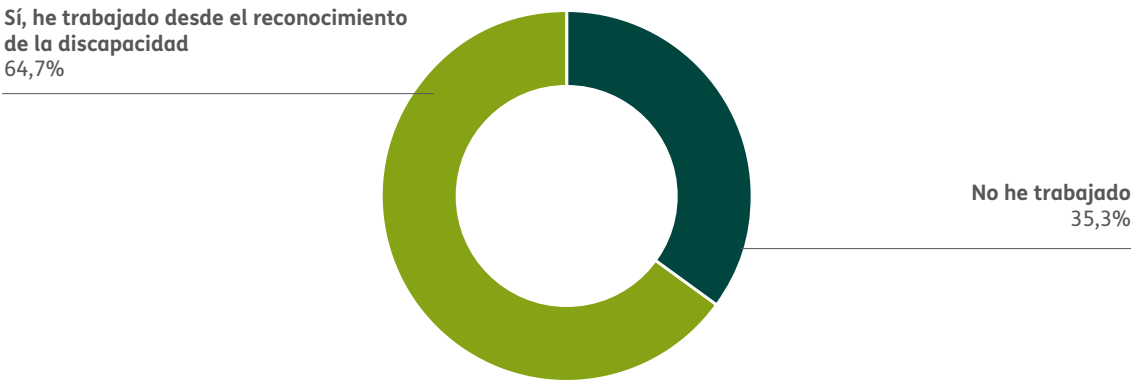


17B- ¿Por qué motivos consideras que tu discapacidad ha influido en que tengas menos vida social?
Base menos vida social: 172 encuestas.

3.7. Trabajo

Situación laboral de las personas con discapacidad

Gráfica 17. SITUACIÓN LABORAL



28 A -¿Has trabajado tras el reconocimiento de tu discapacidad?
Base muestra total: 400 encuestas.

Gráfica 18. SITUACIÓN LABORAL POR TIPOLOGÍA DE DISCAPACIDAD

PUNTUACIÓN	FÍSICO MOTÓRICA	FÍSICO MOTÓRICA	ORGÁNICA	AMBAS
Estoy trabajando	41,50%	43,80%	36,50%	30,80%
Estoy buscando trabajo y estoy apuntado/a al Servicio de Empleo	11,50%	12,40%	9,60%	7,70%
Estoy buscando trabajo, pero no estoy apuntado/a al Servicio de Empleo	1,30%	1,10%	1,00%	7,70%
No estoy trabajando, pero lo he intentado	1,80%	2,50%	0%	0%
Actualmente no me planteo trabajar	3,80%	3,90%	1,90%	15,40%
TOTAL BUSCANDO TRABAJO	12,80%	13,40%	10,60%	15,40%

28 B -¿Cuál es tu situación laboral actual?

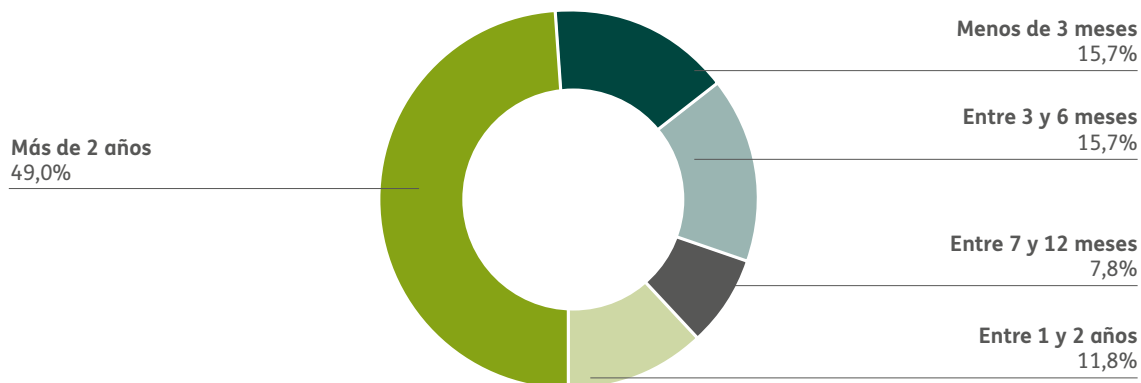
Los porcentajes de personas en búsqueda activa de empleo y apuntados al Servicio de Empleo son del 12,4% y 9,6% para personas con discapacidad físico motórica y discapacidad orgánica respectivamente. El 1,3% de personas en búsqueda activa de empleo no están apuntadas al Servicio de empleo.

Por otra parte, el 1,80% de los encuestados no está trabajando pero lo ha intentado y el 3,80% no se plantea trabajar.

Hábitos relacionados con el empleo

El proceso de inserción suele convertirse en una fase larga. En el 49% de los casos es superior a dos años.

Gráfica 19. BARRERAS, OBSTÁCULOS PARA ENCONTRAR EMPLEO



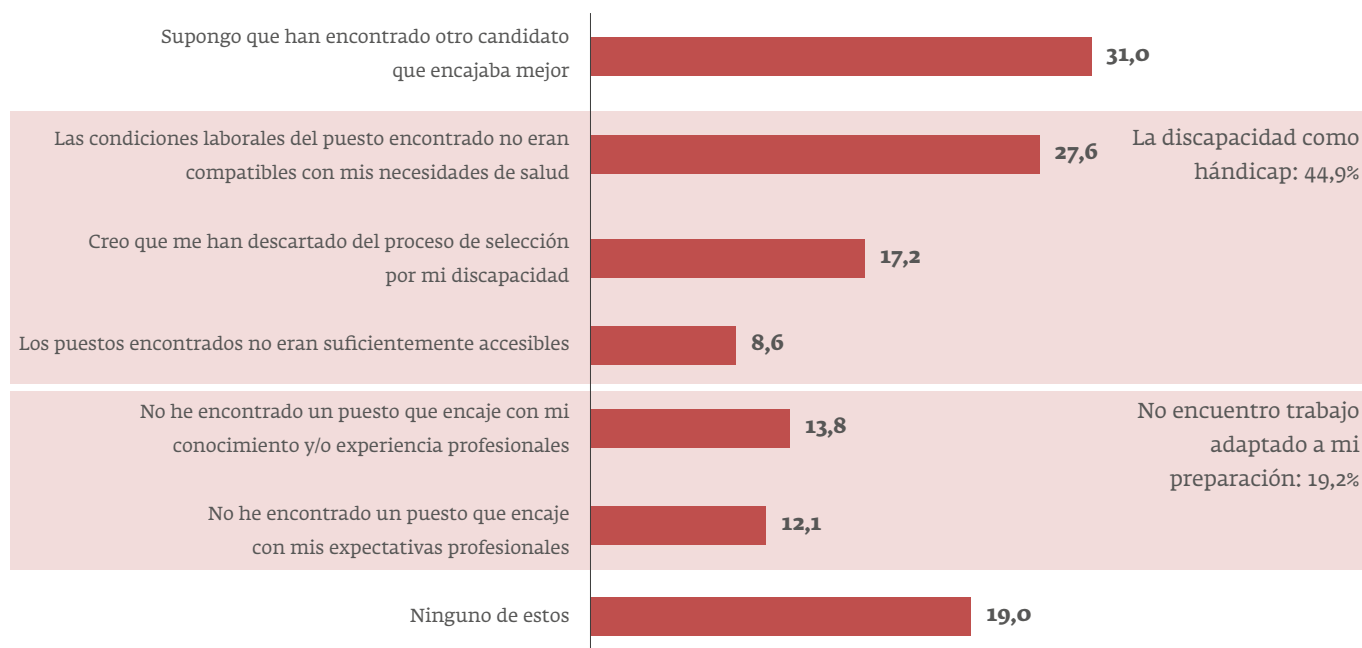
28 C - ¿Cuánto tiempo hace que estás buscando empleo?

Base buscando empleo: 51 encuestas.

Cabe destacar que hay un gran porcentaje de personas con discapacidad que se han visto obligadas a descartar un empleo debido a que la oferta no se adaptaba a sus necesidades de salud (el 27,6% de las personas que han buscado empleo) o el emplazamiento del empleo no era físicamente accesible (el 8,6% de las personas que han buscado empleo).

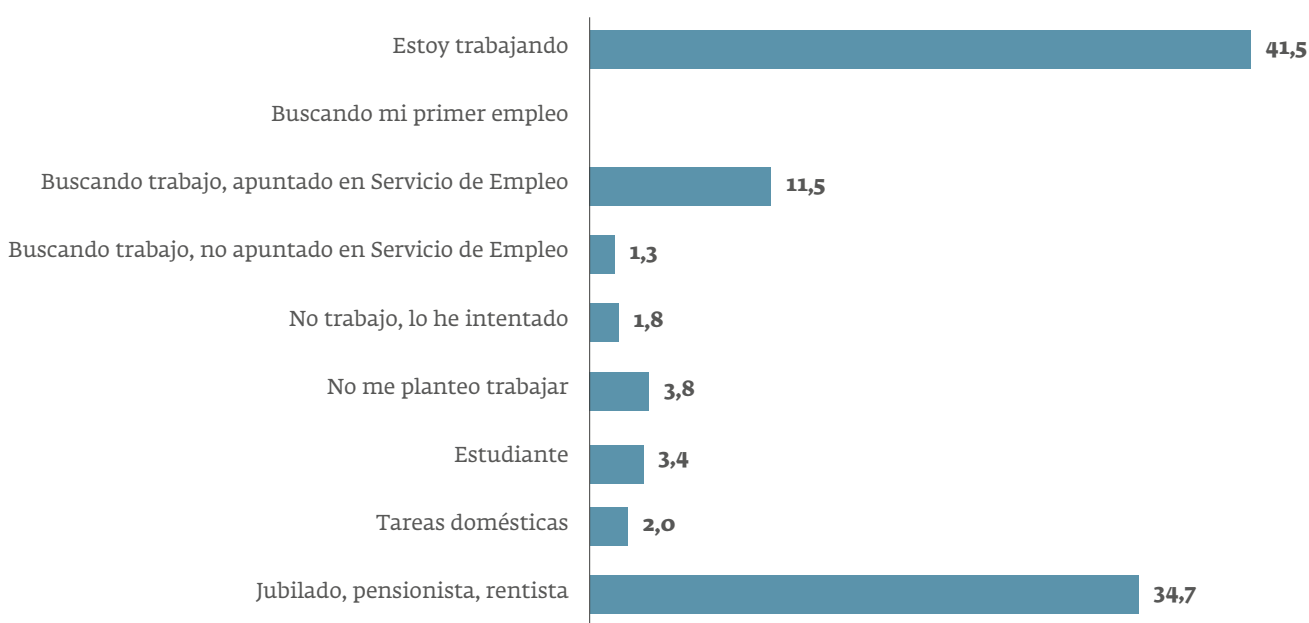
Por último, pero no menos importante, se ha de señalar que el 17,2% de las personas que han buscado empleo, indican que han sufrido discriminación debido a su discapacidad.



Gráfica 20. BARRERAS, OBSTÁCULOS PARA ENCONTRAR EMPLEO

29- ¿Por qué motivos consideras que no has encontrado un puesto de trabajo?

Respuesta múltiple Base buscando empleo o ha intentado trabajar: 58 encuestas. Personas que están en búsqueda activa de trabajo y aquellos que ya han desistido, total 14.6% de la muestra

Impacto del trabajo en la salud**Gráfica 21. EXPERIENCIA Y SITUACIÓN LABORAL**

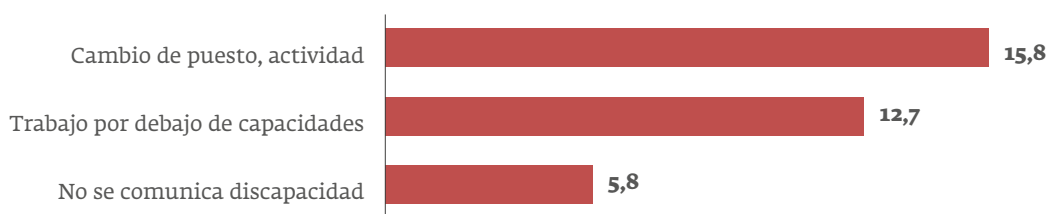
28 B -¿Cuál es tu situación laboral actual? Base muestra total: 400 encuestas.

Muestra por tipo de discapacidad: física motórica 283 encuestas; orgánica 104 encuestas; ambas 13 encuestas.

La mayor parte de las personas con discapacidad prefiere trabajar si su salud o la discapacidad se lo permiten. Por ello, el 41,5 % trabaja actualmente y el 12,8% se encuentra buscando un empleo.

Como podemos observar en la tabla siguiente, el 15,8% de las personas encuestadas ha visto como su puesto o actividad ha cambiado debido a la discapacidad, y cómo al 12,7% se le ha asignado un puesto por debajo de sus capacidades.

Gráfica 22. EXPERIENCIAS LABORALES RELACIONADAS CON LA DISCAPACIDAD: CAMBIOS Y DEVALUACIÓN



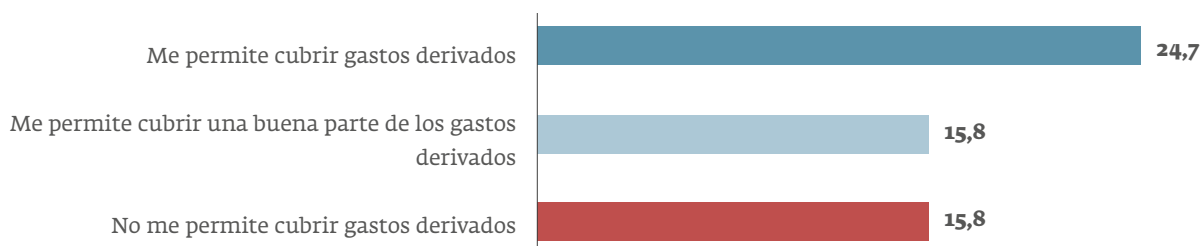
30- Por favor señala si, en los puestos de trabajo que has tenido tras ser reconocida tu discapacidad, ¿has vivido alguna de las siguientes experiencias? Respuesta múltiple

Base ha trabajado con discapacidad: 259 encuestas.

Ingresos y discapacidad

El gasto en salud o ayudas técnicas para el desarrollo de una vida saludable en ocasiones aumenta considerablemente. Casi el 25% afirma que el salario le permite cubrir los gastos derivados de la discapacidad. Por el contrario, a un 15,8% no les permite cubrir sus necesidades.

Gráfica 23. EXPERIENCIAS LABORALES RELACIONADAS CON LA DISCAPACIDAD: EL SALARIO



30- Por favor señala si, en los puestos de trabajo que has tenido tras ser reconocida tu discapacidad, ¿has vivido alguna de las siguientes experiencias? Respuesta múltiple

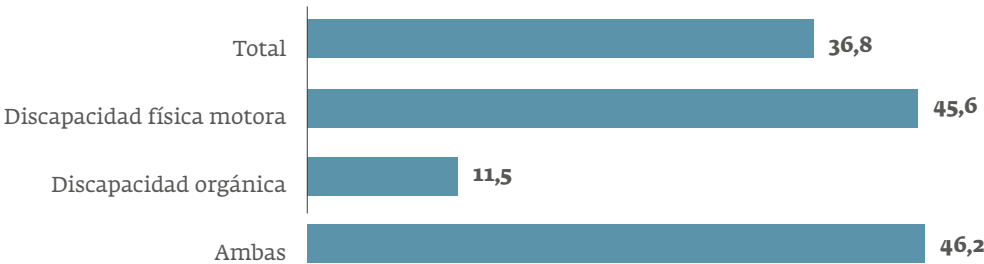
Base ha trabajado con discapacidad: 259 encuestas.

3.7. Movilidad

Hábitos más comunes en torno a la movilidad

Como podemos observar en los datos de la encuesta, el 45,6% de las personas con discapacidad físico motórica, ve afectada su movilidad debido a la discapacidad.

Gráfica 24. PERFIL EN RELACIÓN CON LA DISCAPACIDAD EN TÉRMINOS DE MOVILIDAD: MOVILIDAD REDUCIDA

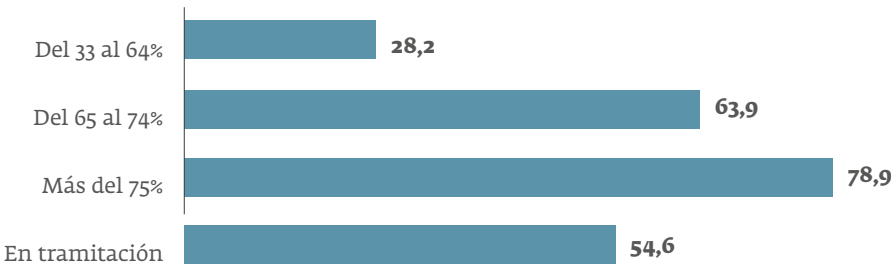


G2- ¿Tienes movilidad reducida?

El 36,8% de las personas que han respondido, tienen movilidad reducida, es decir 147 personas con discapacidad.

En relación a la afectación de la discapacidad, el 45,6% de las personas con discapacidad física motórica tiene movilidad reducida, en cuanto a las personas con discapacidad orgánica, es menos probable tener esta limitación, ya que solo afecta apenas al 11,5% de las personas con este tipo de discapacidad. En lo que se refiere a las personas que tienen discapacidad física motórica y orgánica, vuelve a prevalecer un alto grado de movilidad reducida, afectada principalmente por la discapacidad física motórica.

Gráfica 25. PERFIL EN RELACIÓN CON LA DISCAPACIDAD EN TÉRMINOS DE MOVILIDAD: MOVILIDAD REDUCIDA POR GRADO DE DISCAPACIDAD RECONOCIDO



G2- ¿Tienes movilidad reducida?

Base muestra total: 400 encuestas.

Muestra por tipo de discapacidad: Físicomotórica 283 encuestas; orgánica 104 encuestas; ambas 13 encuestas

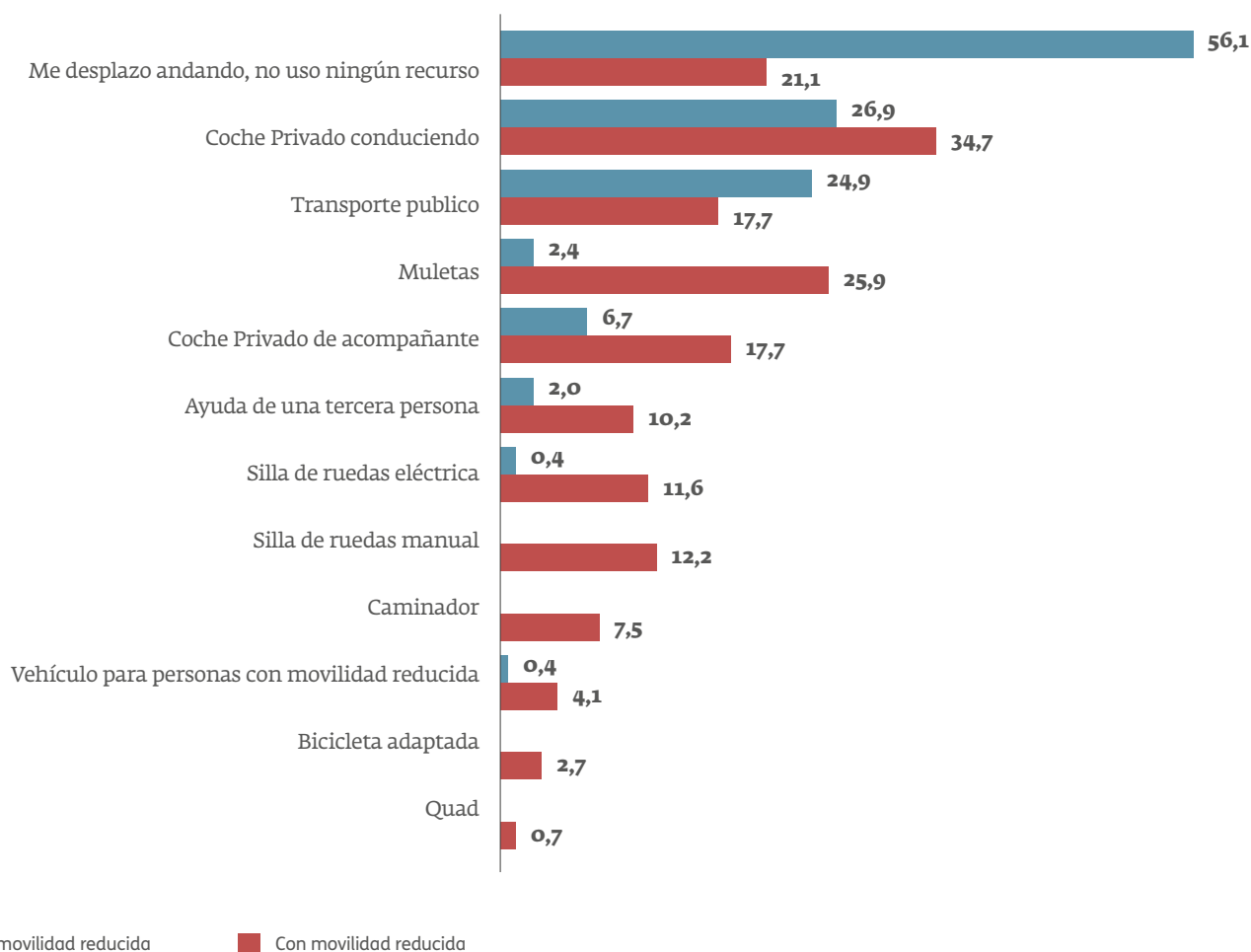
Productos y ayudas técnicas para el desplazamiento

Entre los aparatos de ayuda técnica para soporte a la movilidad destacan el uso de muletas y de silla de ruedas, eléctrica o manual, y el caminador. Es importante señalar que se suelen utilizar más de uno de estos productos, de forma alterna o combinada.

En los desplazamientos, el uso del vehículo ya sea propio (34,7%) o de otra persona (6,7%), es medio de transporte más utilizado.

El 56% de las personas sin movilidad reducida se desplaza andando, el 24,9% usa algún medio de transporte público, y el 26,9% usa habitualmente el vehículo propio.

Gráfica 26. DESPLAZAMIENTOS



G4- ¿Utilizas alguno de estos recursos para desplazarte?
Respuesta múltiple. Base muestra total: 400 encuestas.

Desplazamientos que requieren de un apoyo

El 23,8% señaló que hacer la compra es una de las actividades rutinarias para las que se requiere de un apoyo en el desplazamiento.

Gráfica 27. ACTIVIDADES CONCRETAS PARA LAS QUE SE NECESITA EL APOYO DE OTRA PERSONA

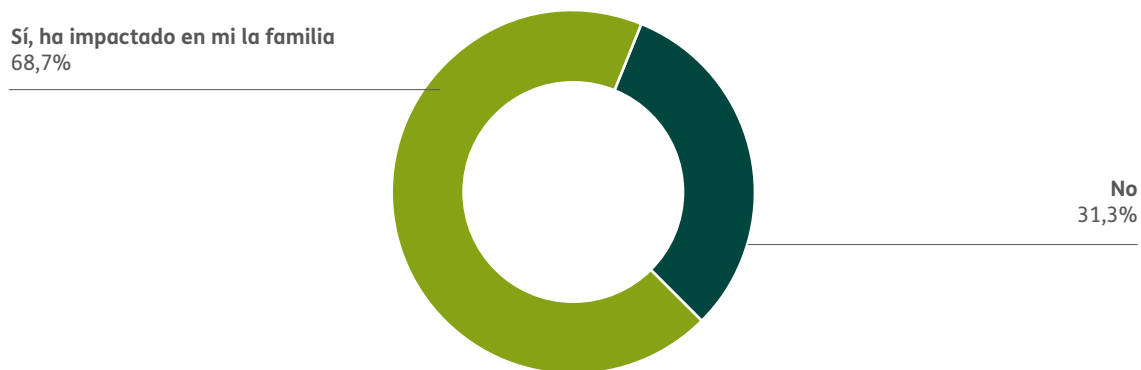


1 B- Señala si necesitas o no una persona de apoyo para las siguientes actividades.
Respuesta múltiple. Base muestra total: 400 encuestas.

3.9. Familia

Impacto de la discapacidad en la familia

Gráfica 28. IMPACTO EN LA FAMILIA



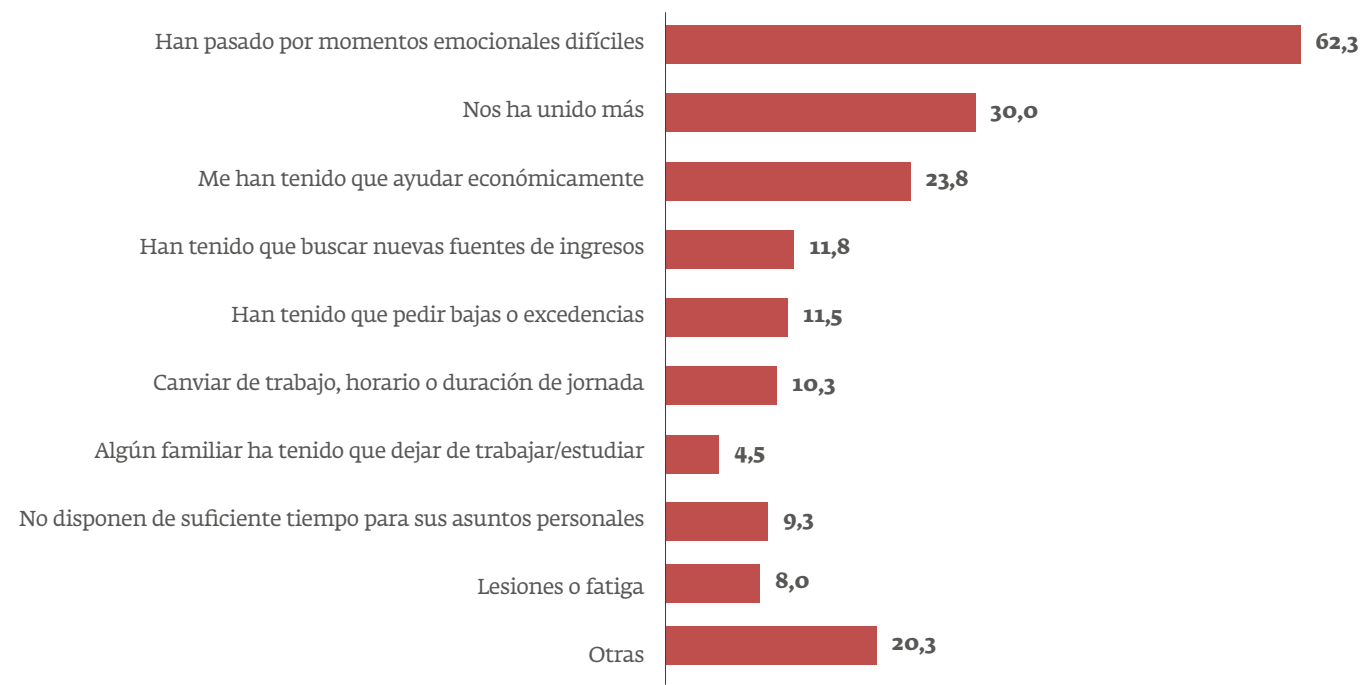
18- ¿Consideras que tu discapacidad ha impactado de alguna manera en tu familia?

Base muestra total: 400 encuestas.

Impacto emocional en la familia

La discapacidad no solo afecta a la persona a la que se le reconoce, sino que también tiene un gran impacto en los familiares cercanos con los que convive. El 68% de los encuestados confesó que la discapacidad ha tenido consecuencias en el ámbito familiar. La vivencia de momentos emocionalmente complicados es una de las aflicciones más comunes (62,3 %).

Gráfica 29. IMPACTO EN LA FAMILIA



19- En relación a tu discapacidad, ¿ha pasado tu familia / personas cercanas por alguna de las siguientes situaciones?

Respuesta múltiple

Base muestra total: 400 encuestas.

Apoyo familiar para una mejor salud emocional

El apoyo de la familia se convierte en uno de los pilares fundamentales de las personas con discapacidad. El 42,5% de las personas con discapacidad afirma que el apoyo de la familia es muy importante para afrontar la discapacidad desde el punto de vista emocional.

El 62,3% afirma que su familia ha pasado por momentos emocionales difíciles en relación a su discapacidad y el 30% que les ha unido más.

La familia y el cuidado de la salud

El 34,8% de las personas con discapacidad manifestó que hacer feliz a la familia o a las personas de su entorno afectivo es una de las principales motivaciones para el cuidado de su salud. La motivación de hacer feliz a la familia es fundamental para tomar la decisión de cuidar la propia salud, por encima incluso de la motivación de tener una mayor autonomía o sentir cómo mejora su estado de salud.

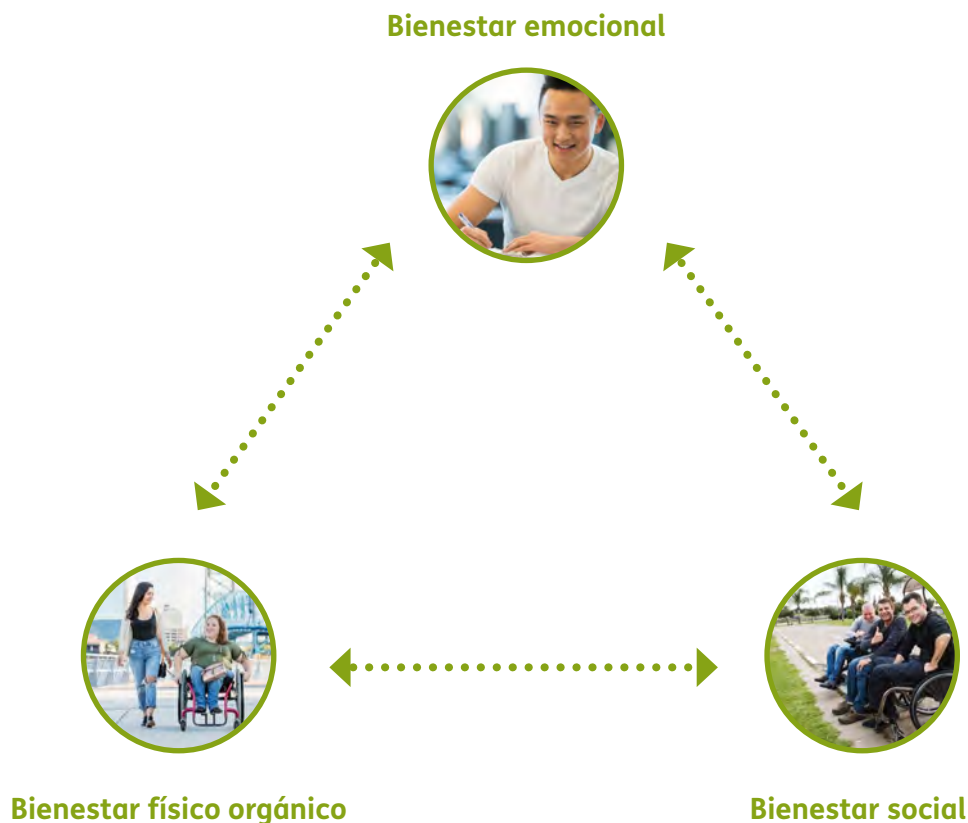
Formación a familiares y personas de apoyo

Durante las entrevistas se identificó como imprescindible la formación a los familiares en lo que significa la discapacidad, las necesidades derivadas de la discapacidad -si existen-, el conocimiento sobre los cuidados necesarios, así como conocer qué actividades o esfuerzos son apropiadas y cuales son contraproducentes.

4. Conclusiones

Queremos concluir este documento destacando los datos más significativos y compartiendo algunas reflexiones del equipo de investigación, realizado mediante el análisis de la información disponible, las entrevistas con expertos, las conversaciones en profundidad con personas que viven a diario la discapacidad en primera persona o a través de familiares cercanos y la encuesta realizada a 400 personas con discapacidad de toda España.

En primer lugar, tenemos que destacar que el concepto global de vida saludable se sustenta sobre tres pilares fundamentales: el bienestar emocional, bienestar físico y el bienestar social. Estos tres aspectos están íntimamente ligados entre sí y el deterioro de cualquiera de ellos supone el desequilibrio y empeoramiento de los demás. Por tanto, podemos afirmar que cuando el equilibrio de alguno de estos tres pilares se desestabiliza, no será suficiente actuar solamente en ese ámbito, sino que habrá que hacerlo de forma global en las tres áreas para mantener un estado de salud óptimo.



A continuación, se extraen algunas conclusiones sobre estos tres aspectos fundamentales para la salud y que consideramos las principales palancas para que se puedan mejorar las condiciones y los hábitos de salud de las personas con discapacidad que son el objetivo de este documento.

Bienestar emocional

Tanto en las entrevistas cualitativas con profesionales como en las interacciones con las personas con discapacidad, se asocia la discapacidad, sobrevenida o de nacimiento, a un “viaje” emocional. En este proceso se hace especial mención a la fase de aceptación como un objetivo que hay que alcanzar para lograr el bienestar emocional.

El conocimiento del diagnóstico, momento en el que los profesionales informan a la persona de las consecuencias de la enfermedad, la lesión y la discapacidad que éstas pueden producir en la persona, se considera un momento de alto impacto emocional. Este momento se recuerda con mucha intensidad y se reconoce la necesidad de un acompañamiento emocional adecuado.

En relación a la persona con discapacidad y el proceso interno para asumir la situación sobrevenida, podemos afirmar que la autoestima es fundamental, pues cuando sobreviene la discapacidad o ésta provoca un deterioro en las capacidades motoras u orgánicas es muy habitual pasar por una fase de rechazo de la propia discapacidad que puede ir acompañada de un periodo de depresión. Ha quedado constatado en la investigación cuantitativa, ya que el 66,3% de las personas encuestadas ha afirmado que se siente “emocionalmente indiferente, regular o mal con su situación de discapacidad”. Por el contrario, solo el 4,5% han reconocido sentirse muy bien respecto a su discapacidad.

“Para tener una buena salud emocional, primero has de aprender a quererte; a continuación has de descubrir qué quieres hacer, encontrar algo que te motive y, por último, has de saber cómo crear un plan factible para alcanzar tus objetivos. Si no solucionas lo primero, lo demás no avanza”

El proceso de asimilación, de duelo y de aceptación de la discapacidad sobrevenida es la primera fase y la más crucial en cuanto al bienestar emocional y tiene un alto impacto tanto en la persona que le sobreviene la situación de discapacidad como en las personas de su entorno más directo, familiares y amigos principalmente. Por ello, es esencial que tanto las personas con discapacidad como sus allegados tengan acceso directo a la información, asesoramiento y tratamiento emocional de calidad desde el primer momento. En referencia a su entorno más cercano, su familia y amigos, el 68% señaló que la discapacidad ha tenido consecuencias en el ámbito familiar, y el 62,3% afirmó que la familia pasó por momentos emocionales difíciles.

Pese a que un alto porcentaje de personas reconocen que les habría sido de ayuda contar con apoyo psicológico profesional para aceptar la discapacidad, son pocas las personas que han acudido o han contado con este apoyo. Se han identificado dos motivos que por los que se da esta circunstancia. En primer lugar, la dificultad de las personas para identificar o conectar con su estado emocional cuando se encuentran inmersos en el proceso de duelo y, en segundo lugar, la resistencia a utilizar servicios de psicología. Algunos ejemplos del pensamiento que genera esta resistencia son las respuestas que dieron algunas de las personas entrevistadas en la fase de la investigación cualitativa

Verb. “Me da vergüenza pedir ayuda emocional”, “Yo puedo solo” o “Yo no necesito un psicólogo”. “Ahora lo pienso y me doy cuenta de que estaba deprimido

En cuanto al bienestar emocional posterior al proceso de aceptación, también los entrevistados manifestaron que tendían a ocultar el malestar padecido en momentos difíciles, como puede ser cuando se tiene un brote de enfermedad o cuando se siente frustración por no poder realizar una actividad cotidiana, por el temor a generar un ambiente de negatividad o tristeza y que esto provoque rechazo en su entorno, así como por temor a añadir sufrimiento a sus seres queridos.

Verb. “Tienes que aprender a ser positivo, si no, con el tiempo, la gente se aleja de ti”.

Verb. “Hay algunos momentos malos que me encierro a llorar, no quiero ‘molestar’ a mi familia o pareja, ellos ya tienen suficiente con sus vidas, cuidar de sus hijos, sus trabajos...”

Uno de los efectos que produce la discapacidad en las personas y que se considera altamente pernicioso para la salud es la tendencia al aislamiento. Según los expertos, esta conducta produce un deterioro de la salud escalonado ya que la soledad empeora la salud emocional que acaba por afectar a la salud física y orgánica.

Verb. “se encierran en casa y se van apagando”

Es, por tanto, necesario ofrecer soluciones que promuevan la actividad fuera del hogar y el contacto social, tanto por su efecto positivo en la salud emocional como actividad de prevención del deterioro físico y orgánico en el largo plazo.

Pese a que un alto porcentaje de personas reconocen que les habría sido de ayuda contar con apoyo psicológico profesional para aceptar la discapacidad, son pocas las personas que ha acudido o han contado con este apoyo. Se han identificado dos motivos que por los que se da esta circunstancia. En primer lugar, la dificultad de las personas para identificar o conectar con su estado emocional cuando se encuentran inmersos en el proceso de duelo y, en segundo lugar, la resistencia a utilizar servicios de psicología. Algunos ejemplos del pensamiento que genera esta resistencia son las respuestas que dieron algunas de las personas entrevistadas en la fase de la investigación cualitativa

Verb. “Me da vergüenza pedir ayuda emocional”, “Yo puedo solo” o “Yo no necesito un psicólogo”. “Ahora lo pienso y me doy cuenta de que estaba deprimido

En cuanto al bienestar emocional posterior al proceso de aceptación, también los entrevistados manifestaron que tendían a ocultar el malestar padecido en momentos difíciles, como puede ser cuando se tiene un brote de enfermedad, o cuando se siente frustración por no poder realizar una actividad cotidiana, por el temor a generar un ambiente de negatividad o tristeza y que esto provoque rechazo en su entorno y por temor a añadir sufrimiento a sus seres queridos.

Verb. “Tienes que aprender a ser positivo, si no, con el tiempo, la gente se aleja de ti”.

Verb. “Hay algunos momentos malos que me encierro a llorar, no quiero ‘molestar’ a mi familia o pareja, ellos ya tienen suficiente con sus vidas, cuidar de sus hijos, sus trabajos...”

Uno de los efectos que produce la discapacidad en las personas y que se considera altamente pernicioso para la salud, es la tendencia al aislamiento. Según los expertos, esta conducta produce un deterioro de la salud escalonado ya que la soledad empeora la salud emocional que acaba por afectar a la salud física y orgánica.

Verb. “se encierran en casa y se van apagando”

Es, por tanto, necesario ofrecer soluciones que promuevan la actividad fuera del hogar y el contacto social, tanto por su efecto positivo en la salud emocional como actividad de prevención del deterioro físico y orgánico en el largo plazo.

Por último, podemos constatar que superar el proceso de aceptación es fundamental, pese a que requiere de tiempo, esfuerzo y apoyo familiar y profesional, para que la persona con discapacidad alcance una actitud proactiva, decida atender su salud y adopte buenos hábitos, ya que el 55% de las personas con discapacidad que participaron en la investigación

cuantitativa afirmó que mantener una actitud positiva es uno de los hábitos que han adquirido con posterioridad para sentirse mejor consigo mismo

Bienestar físico

La importancia de la actitud para afrontar el cuidado de la salud de forma proactiva es especialmente importante en las personas con discapacidad. Destaca la relevancia que las personas participantes en la fase cualitativa han dado a la autoestima y la aceptación de sí mismos y de su discapacidad para alcanzar un estado de apreciación que fomente la voluntad de un cuidado de la salud adecuado y habitual.

Verb. “Para aprender a cuidarte, primero has de aprender a quererte”

De la misma forma, en la fase cuantitativa, el 87,8% de las personas con discapacidad física encuestadas manifiesta que la principal motivación para el abordaje de la salud y el cuidado es sentirse bien consigo mismos. Asimismo, la principal barrera por la que dejan de mantener estos hábitos. El 65,5% de estas personas lo achaca a la falta de motivación, como son el sentir que no tienen suficiente fuerza de voluntad (32,3%), el olvido (25,1%) o el excesivo esfuerzo que el cuidado puede conllevar en algunos casos (18,4%).

Los resultados cuantitativos revelan también que el 63,1% de las personas encuestadas tiene una percepción global de su salud regular, insatisfactoria o muy insatisfactoria. Resulta destacable que tres de cada cuatro personas con discapacidad (75,6%) reconozca tener hábitos negativos para la salud (el 39% no tiene un descanso nocturno de calidad, el 28,8% fuma y el 2% realiza sobreesfuerzos).

El 68,3% de las personas encuestadas considera que está informada o muy informada sobre alimentación saludable. Asimismo, corroboramos que hay una concienciación de que el sobrepeso puede empeorar los efectos en el estado físico y por ende, empeorar su discapacidad. Cabe destacar que el alto grado de dependencia o el estadio avanzado de una enfermedad degenerativa dificultan o impiden la manipulación o ingesta de alimentos sin la ayuda de un tercero

El 91,1% de las personas con discapacidad opina que poder desarrollar las actividades de la vida diaria (higiene, compra, alimentación, etc.) es el factor más importante para el mantenimiento de una buena salud. Las principales necesidades para desplazamientos de personas con movilidad reducida son la compra diaria, los ejercicios de movilidad y asistencia a revisiones médicas.

Resulta destacable que para el 65,9% de las personas con discapacidad encuestadas el uso de servicios públicos de salud es percibido como menor o igual tras el reconocimiento de la discapacidad. En los casos de discapacidades físicas en las que no hay enfermedad asociada o ésta se encuentra estable, la necesidad de servicios médicos puede ser homologable a la de una persona sin discapacidad. Sin embargo, en el caso de las enfermedades degenerativas como la Esclerosis Múltiple, el Parkinson o el ictus puede ir en aumento o cambiando a lo largo del tiempo.

En el caso de personas con discapacidad con un alto grado de dependencia destacan que las visitas de seguimiento suponen un gran esfuerzo y estrés para la persona y para sus familiares o cuidadores al tener que desplazarse hasta en el centro de salud.

Verb. “Llevar a mi marido a una revisión supone sacarlo de la cama, meterlo en el coche, encontrar un aparcamiento... Mujer de enfermo de EM – Sant Andreu.”

A menudo, las personas han manifestado que sienten que el seguimiento por parte de la sanidad pública es insuficiente o la periodicidad no coincide con la prescripción médica debido a la saturación del sistema público.

Verb. “El doctor me dice que vuelva en 6 meses, pero me dan cita para dentro de 1 año.”

En cuanto a la accesibilidad universal en lo que se refiere a los equipamientos y servicios, los proveedores de salud públicos y privados deben asegurar la accesibilidad universal en todos los ámbitos y para ello deben hacer una profunda redefinición para adaptar, no solo sus instalaciones, sino también sus procesos y servicios, creando canales de acceso a la salud que tengan en cuenta las múltiples necesidades de movilidad de las personas con discapacidad.

También se ha identificado la falta de accesibilidad de la consulta médica al no contar con ayudas técnicas, mobiliario adaptado para la exploración de personas con movilidad reducida o grúas para la transferencia del paciente de la silla de ruedas a la camilla

Verb. “El médico me dijo que me tumbara en la camilla, pero para mí era imposible.”

El nivel de renta limita el acceso a servicios considerados de salud y a ayudas técnicas para el desarrollo de unos hábitos de vida saludable. En las situaciones de discapacidad, el gasto aumenta considerablemente, siendo este factor un obstáculo para el 15,8% de las personas con discapacidad, que manifiesta que la barrera económica es el factor excluyente que limita poder desarrollar hábitos de vida saludable.

En momentos puntuales de emergencia de salud, las personas participantes en el estudio cualitativo señalaron que no siempre es posible acceder de forma autónoma y rápida a los servicios médicos. En algunas ocasiones esto se debe a las largas listas de espera para la atención telefónica o para la asignación de cita, en otros por la falta de recursos para desplazarse al centro de forma urgente y autónoma.

Fue destacada la necesidad de un canal de contacto más ágil con los profesionales médicos para la resolución de dudas o imprevistos de salud evitando así la necesidad de un desplazamiento hasta el centro de salud u hospital, así como más servicios de desplazamiento de emergencia para no tener que recurrir a terceros o ambulancias para el transporte.

Bienestar Social

La vida social y la relación con la comunidad se consideran el tercer pilar fundamental para gozar de una salud óptima, y así también lo perciben la mayoría de las personas encuestadas, ya que tres de cada cuatro personas con discapacidad (75,5%) así lo afirman. Sin embargo, la discapacidad también ha afectado a la vida social del 43% de las personas encuestadas y, de hecho, consideran que es mucho menor que antes del reconocimiento de su discapacidad. La principal barrera que perciben para la socialización es la desmotivación, ya que el 69,8% de las personas ha manifestado que no están motivadas o no están empoderadas, y el 19,2% considera que la accesibilidad es su principal barrera para socializarse.

El 42,5% de los participantes indicó que el tiempo y apoyo de la familia tiene un efecto positivo en ellos, y el 35,3% señaló que también pasar tiempo con sus amistades les ayuda a tener una mejor salud emocional.

Para el 69,8% de las personas encuestadas, el principal obstáculo encontrado para mantener una vida social activa es la desmotivación o la ansiedad.

El 55% de las personas con discapacidad que han respondido el cuestionario practica alguna actividad física como hábito para el cuidado de su salud (un 67,3% camina y/o hace paseos al aire libre y un 35,5% hace actividades de agua). Concretamente, el 51,4%, considera que el beneficio de la salud es la principal motivación a la hora de realizar actividades deportivas. Sin embargo, cabe destacar que dos de cada diez personas han destacado principalmente que la barrera económica es el factor principal por el que no llevan a cabo esta práctica

En el ámbito laboral, nadie pone en duda el valor social y la aportación de valor que aportan las personas con discapacidad

a la sociedad. Según el Cermi, en su publicación dedicada a los beneficios de la inclusión social de las personas con discapacidad (2015:12) “a medida que las personas con discapacidad inactivas o desempleadas se insertan en el mercado laboral, la renta media del colectivo en su conjunto se eleva, disminuye la tasa de riesgo de la pobreza y desciende el grado de desigualdad entre las rentas del colectivo, lo cual manifiesta una mejora de su bienestar”. Por esta razón es necesario hacer actuaciones para cambiar la percepción de las empresas y organizaciones sobre las necesidades de las personas con discapacidad para la integración en puestos de trabajo o el tejido asociativo.

El 64,7% de las personas con discapacidad física/orgánica que han participado en el estudio afirma que ha trabajado en algún momento de su vida tras el reconocimiento de su discapacidad, aunque solo el 41,5% se encuentra actualmente trabajando, y el 11,5% está en búsqueda de empleo. El proceso de inserción laboral es largo, de más de 2 años para el 49% de las personas en paro.

Sobre la satisfacción y la relación laboral, el 55% de las personas con discapacidad que ejercen una profesión señaló estar satisfechos con su trabajo. Asimismo, el 31,7% aseguró que su trabajo le mantiene positivo. Por el contrario, a un 15,8% de las personas con discapacidad que están trabajando ha afirmado que su salario no les permite cubrir sus necesidades de salud.

En cuanto a las barreras para acceder a un puesto de trabajo, cabe destacar que el 44,9% de las personas con discapacidad encuestadas afirma que ha perdido oportunidades laborales por el hándicap que la discapacidad en sí misma representa. De hecho, de las personas con discapacidad que han buscado empleo, el 27,6% se ha visto obligado a descartarlo debido a que la oferta no se adaptaba a sus necesidades de salud. Otro motivo para rechazar una oferta laboral ha sido que el emplazamiento no era físicamente accesible (el 8,6%). También el 17,2% indica que le han descartado debido a su discapacidad.

Reflexión final

Los resultados de este estudio permiten tener una radiografía de los hábitos vida saludable de las personas con discapacidad física y orgánica, desde la perspectiva del bienestar emocional, el bienestar físico y el bienestar social, así como tener una visión global de sus necesidades de salud y percepción de la misma.

En primer lugar, cabe destacar la importancia de la actitud de la persona con discapacidad para afrontar el cuidado de su salud

de forma proactiva, potenciando su autoestima y fomentando los hábitos saludables y los cuidados adecuados para mantener un estado óptimo de salud, ya que cuando una persona alcanza un estado de autoestima positivo, en el que se aprecia y acepta, es más probable que tenga más y mejores hábitos de cuidado de la salud que quien todavía necesita trabajar este aspecto emocional.

Se constata que el principal obstáculo para adquirir hábitos de vida saludable es el económico, siendo el freno con mayor incidencia. Concretamente, el 85,5% de los encuestados señala que el factor económico es un aspecto con bastante o mucho impacto en la salud.

La discapacidad supone un aumento indudable del gasto de las familias y, a menudo, este sobrecoste va asociado a una pérdida de poder adquisitivo. Esta situación lleva a las personas con discapacidad y con bajos ingresos a una situación alta vulnerabilidad y fragilidad.

Existen una serie de rutinas de cuidado básico, la mayoría diarias, que están altamente implementadas entre las personas con discapacidad, como una buena higiene, una alimentación saludable o la actividad física. Sin embargo, para poder garantizar que todas las personas, sea cual sea su discapacidad y grado de dependencia pueden realizarlas, se debe seguir trabajando para asegurar el acceso a las ayudas técnicas adecuadas y personas de apoyo formados en la discapacidad de la persona.

El acceso al ocio y la vida social son aspectos tan importantes para la salud como llevar una dieta saludable o realizar actividad física. Por ello se debe asegurar que las personas con discapacidad tienen las mismas oportunidades de acceso y disfrute de una vida social sana.

Facilitar la información de interés para personas con discapacidad mejoraría en gran medida el acceso y planificación de las actividades ocio y vida social, permitiendo que la persona conozca de antemano el nivel de adaptación de las instalaciones, la accesibilidad del entorno u otros servicios cercanos que pueda necesitar

Estamos muy lejos como sociedad de ofrecer a las personas con discapacidad un entorno totalmente accesible. Por ello, hay que trabajar para asegurar que las personas con discapacidad puedan desenvolverse con total normalidad en todos los espacios de la vida diaria.



Inclusión es también dar voz a las personas con discapacidad.

¿Por qué no darles la nuestra?

En la Fundación Integralia DKV, todas tus llamadas son atendidas por personas con discapacidad. Creada hace más de quince años, la Fundación Integralia DKV cuenta con una plantilla de más de 400 personas, todas ellas con algún tipo de

discapacidad. Y, día tras día, son la primera voz que escuchan nuestros clientes al llamarnos. La voz de DKV. Esto es solo un ejemplo de nuestro esfuerzo por conseguir un mundo más saludable. También llevamos a cabo multitud de proyectos

en otros ámbitos como la prevención de la obesidad infantil, el fomento de un envejecimiento activo o la sostenibilidad del planeta. En DKV nos importan muchas causas, y nos importan mucho. **Porque tenemos mucho que cuidar.**