



**Universitat de les
Illes Balears**

**Título: EXCLUSIÓN Y VULNERABILIDAD DE LA GENTE CON DAÑO
CEREBRAL ADQUIRIDO EN BALEARES**

NOMBRE AUTORA: Francesca Massip Sastre

DNI AUTORA: 43158548-Z

NOMBRE TUTOR: María Gómez Garrido

Memoria del Trabajo de Final de Grado

Estudios de Grado de Trabajo Social

Palabras clave:

Discapacidad/ Vulnerabilidad/ Exclusión Social/ Inclusión laboral/ Estigma

de la

UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS

Curso Académico 2014/2015

En caso de no autorizar el acceso público al TFG, marcad esta casilla:

Índice

0. Resumen	3
Palabras clave	3
1. Presentación e introducción del documento	4
2. Marco teórico.....	5
2.1. Daño Cerebral Adquirido	5
2.2. Secuelas de la lesión cerebral	5
2.3. Discapacidad.....	6
2.4. Vulnerabilidad y exclusión social/laboral de las personas con discapacidad.....	6
2.5. Estigma.....	8
2.5. Ámbito familiar y social.....	9
3. Metodología	11
4. Resultados	12
5. Conclusiones	19
5. Bibliografía	20
6. Anexos	21
Anexo I.....	21

0. Resumen

El daño cerebral adquirido es un tema relativamente nuevo y que cada vez hay más víctimas. No hay investigaciones sobre la gente que lo ha padecido pues son personas discapacitadas. Personas que se les atribuye un estigma, un prejuicio, un concepto que no va acorde con la realidad. Las personas con discapacidad son un colectivo vulnerable, el cual si no tiene un buen apoyo social, familiar y económico puede verse en la exclusión social y laboral. Existe una falta de un apoyo a las personas con discapacidad, a sus familias y a su entorno por parte de la sociedad en general. Una toma de conciencia por parte de la sociedad para intentar evitar la discriminación y exclusión del mundo laboral y social, así como un mayor apoyo al trabajo en red de organizaciones y asociaciones para favorecer la inclusión de éstas personas en todos los ámbitos de la vida pues una vida salvada merece ser vivida.

Palabras clave

Discapacidad/ Vulnerabilidad/ Exclusión Social/ Inclusión laboral/ Estigma

Resum

El dany cerebral adquirit és un tema relativament nou i que cada cop hi ha més víctimes. No hi ha investigacions sobre la gent que ho pateix doncs són persones discapacitades. Persones a les quals se'ls atribueix un estigma, un prejudici, un concepte que no va acord amb la realitat. Les persones amb discapacitat són un col·lectiu vulnerable, el qual si no té un bon suport social, familiar i econòmic es pot veure en una situació de exclusió social i laboral. Existeix una falta de suport a les persones amb discapacitat, a les seves famílies i al seu entorn per part de la societat en general. Una pressa de consciència per part de la societat per intentar evitar la discriminació i exclusió del món laboral i social, així com major suport al treball en xarxa de organitzacions i associacions que treballen per afavorir la inclusió d'aquestes persones en tots els àmbits de la vida, doncs una vida salvada mereix ser viscuda.

Paraules clau

Discapacitat/Vulnerabilitat/ Exclusió Social/ Inclusió laboral/ Estigma

1. Presentación e introducción del documento

En el presente documento pretendemos conocer que es el D.C.A. (Daño Cerebral Adquirido) y cuáles son las secuelas (físicas y psíquicas) que padecen las personas que se ven afectadas por éste, ya bien sea vulnerabilidad o exclusión en el ámbito social y laboral.

Realizamos éste trabajo desde la Universidad de las Islas Baleares, es el Trabajo de Fin de Grado realizado en 4º grado de Trabajo Social y tiene como finalidad la exposición de un tema en relación a la vulnerabilidad y exclusión de un colectivo determinado, además, supone la finalización del grado que se está cursando.

Después de realizar las prácticas de campo en el Hospital San Juan de Dios en el área de neuro-rehabilitación y observar las barreras sociales que supone haber sufrido D.C.A., me ha parecido interesante investigar la vulnerabilidad y exclusión a la cual se ven sometidas las personas que han sido afectadas por un daño cerebral. Así pues, a partir de la experiencia propia y de la observación de las dificultades que supone ser víctima de un D.C.A., así como de la poca información, en comparación a otros temas, que existe sobre este tema, se ha decidido realizar esta investigación.

El trabajo presentado está estructurado de la siguiente manera: en primer lugar se presentará un marco teórico, en el cual se exponen las diferentes bases teóricas en las cuales se sustenta nuestra investigación. En el segundo apartado, presentamos la metodología; se pretende dar a conocer qué tipo de investigación es, cuales son los objetivos del trabajo, limitaciones para realizar el estudio o las fases de la investigación, entre otros. En tercer lugar, expondremos los resultados encontrados después de la investigación documental. Finalmente, expondremos las conclusiones de la autora, así como la experiencia como investigadora y que ha supuesto para ella la realización de este trabajo. Además, hay un apartado de bibliografía donde se expone los documentos y libros consultados y en los cuales nos basamos para realizar el marco teórico.

2. Marco teórico

2.1. Daño Cerebral Adquirido

Cuando hablamos de ICTUS o derrame cerebral sabemos que es algo grave, pero ¿qué es? Estos tipos de accidente neuronales se engloban dentro de lo que llamamos daño cerebral adquirido y pueden ser de dos tipos.

Bilbao (2010) afirma:

El daño cerebral adquirido (DCA) es definido como un daño repentino en el cerebro por causas externas mecánicas (traumatismos craneoencefálicos o TCE) o internas. Cuando las fuerzas son externas el cerebro suele ser dañado directamente por un objeto penetrante que atraviesa el cráneo, como al recibir un disparo de bala (lesión abierta), o que la cabeza reciba un golpe tan violento que haga que el cerebro choque con las paredes internas del cráneo (lesión cerrada). Las causas de daño cerebral de origen interno más comunes son los accidentes cerebrovasculares (hemorragia o bloqueo de una arteria cerebral= parada cardíaca (interrupción del suministro de oxígeno al cerebro), tumor (crecimiento anormal de células cerebrales). (pág.17)

2.2. Secuelas de la lesión cerebral

A lo largo del presente documento pretendemos analizar las secuelas de la lesión cerebral a nivel laboral y social, pero no podemos obviar que estas secuelas convertidas en vulnerabilidad y exclusión son debidas a las secuelas físicas y psíquicas de la lesión. Dependiendo de si la lesión es interna o externa las secuelas en las víctimas son diversas, aunque en ambos casos la consecuencia más grave es la muerte. Así pues, y siguiendo con Bilbao (2010): “cualquier lesión cerebral puede producir una alteración de las funciones cerebrales que pueden provocar déficits físicos, cognitivos, emocionales y sociales”.

Las lesiones internas provocadas por aneurismas, infartos y tumores suelen provocar unas lesiones bien delimitadas que afectan generalmente a un área específica del cerebro. Cada parte del cerebro se encarga principalmente de unas pocas funciones motoras sensoriales y mentales, por ello estas lesiones pueden provocar alteraciones muy concretas en el funcionamiento, como incapacidad para hablar (afasia), o parálisis en una mitad del cuerpo (hemiplejía). (Bilbao, 2010), pág. 18).

Aunque las lesiones internas nos puedan parecer las más comunes en cuanto a una lesión cerebral, no podemos obviar que los accidentes de tráfico o golpes fuertes son lesiones externas y tiene unas secuelas distintas a las lesiones internas. Bilbao (2010), expone:

Los TCE suelen provocar déficit más generales, ya que la totalidad del cerebro se ve afectada por el impacto o por la posterior inflamación cerebral. Puede haber una pérdida o disminución de las capacidades motoras y sensoriales. Pérdida de atención, memoria, orientación espacial y temporal, disminución en la comprensión abstracta son algunos de los déficits cognitivos más comunes. Entre las alteraciones emocionales y del comportamiento la depresión, la apatía, la desinhibición y la agitación son comunes. Todas estas alteraciones

suelen reflejarse en un deterioro de las relaciones sociales que la persona mantenía antes del accidente. (pág.18)

2.3. Discapacidad

Las secuelas padecidas por personas con D.C.A. que presentamos anteriormente pueden suponer una discapacidad reconocida. Cañadas (2010) expone que en España:

(...)Se ha hecho recepción de la definición de “personas con discapacidad” incluida en el artículo 1, apartado 2 de la CDPD¹ de 2006, y que incluye a aquellas personas “que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás”. (pág.279)

Siguiendo con Cañadas (2010) añade que la discapacidad “se extiende a aquellas personas a quienes se haya reconocido un grado de minusvalía igual o superior al 33%, así como quienes tengan reconocida una pensión de incapacidad permanente en el grado total, absoluta o gran invalidez”. (pág.279).

2.4. Vulnerabilidad y exclusión social/laboral de las personas con discapacidad

Para poder realizar nuestro estudio de manera efectiva y poder extraer y realizar resultados y conclusiones es preciso saber qué se entiende por vulnerabilidad y exclusión. Según Busso (2001):

(...)La vulnerabilidad es entendida como un proceso multidimensional que confluye en el riesgo o probabilidad del individuo, hogar o comunidad a ser herido, lesionado o dañado ante cambios o permanencia de situaciones externas y/o internas. La vulnerabilidad social de sujetos y colectivos de población se expresa de varias formas, ya sea como fragilidad e indefensión ante cambios originados en el entorno, como desamparo institucional desde el Estado que no contribuye a fortalecer ni cuida sistemáticamente de sus ciudadanos; como debilidad interna para afrontar concretamente los cambios necesarios del individuo u hogar para aprovechar el conjunto de oportunidades que se les presenta; como inseguridad² permanente que paraliza, incapacita y desmotiva la posibilidad de pensar estrategias y actuar a futuro para lograr mejores niveles de bienestar. (pág. 8)

Todas las personas son vulnerables en mayor o menor medida ya sea por su situación económica, política, social, física o cognitiva, entre otras. Hay diferentes factores que

¹ La Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF 2001) utiliza el término “discapacidad” para englobar todos los componentes: deficiencia (nivel corporal), limitaciones en la actividad (nivel individual) y restricciones en la participación (nivel social).

² La inseguridad surge como exposición a riesgos en tanto que la vulnerabilidad se debe a la posibilidad de sufrir un deterioro en el bienestar como consecuencia de estar expuesto al riesgo. La inseguridad no necesariamente significa vulnerabilidad dependerá de la capacidad de respuesta ante la variación en la situación.

relacionados entre sí oscilan el nivel de vulnerabilidad, estos pueden ser de origen natural y social (discapacidad física o cognitiva por D.C.A.) entremezclados con los recursos y estrategias que dispone cada individuo, hogar y comunidad (nivel económico, red de apoyo, situación laboral, etc.). Es decir, las personas con una discapacidad física y cognitiva tienen un alto porcentaje de vulnerabilidad, pero si además le añadimos una situación económica o laboral irregular o de ingresos mínimos su vulnerabilidad es máxima y puede llegar a la situación de exclusión.

Ante la situación de exclusión a la que pueden verse sometidas muchas personas con D.C.A. es necesario saber que entendemos por exclusión. Aunque hay diferentes definiciones y propuestas para dicho concepto destacamos a Laparra et al. (2007) que exponen la exclusión social “como el resultado de una discriminación activa basada en los intereses estamentales y en los prejuicios en contra de los grupos sociales (...) a causa de su etnia, circunstancias personales o estilos de vida” (pág.25). El hecho de que a un grupo de personas se las excluya socialmente por cualquiera de los motivos anteriormente nombrados tiene como consecuencia una estigmatización de dicho colectivo. Así pues, cuando una personas con D.C.A. o de cualquier otro colectivo, con alta vulnerabilidad son excluidos también son estigmatizados, se les niega ciertas oportunidades por sus condiciones físicas y la sociedad crea un estigma hacia estos grupos que no hace más que entorpecer el camino para vencer la exclusión social.

Ante esta exclusión social no podemos obviar la exclusión laboral, uno de los temas de nuestro trabajo. Cuando hablamos de exclusión laboral hacemos referencia a la exclusión a la cual se ve sometida las personas afectadas por D.C.A. y con una discapacidad reconocida. Aunque no se puede demostrar una teoría sobre ello las estadísticas y encuestas demuestran en números que la actividad de las personas con discapacidad en España en el 2002 se situaba en el 33'7% frente al 67'8% de la población total según los datos de la Encuesta de Población Activa del 2º cuatrimestre de 2002, también en la tasa de paro se podía observar esta evidencia el 15'3% de la gente con discapacidad frente al 11'1% del resto de la población. Estos números no corresponden a la base del artículo 15 de la Carta Social Europea donde expone “el cumplimiento del derecho de toda persona con discapacidad al acceso al mercado normal u ordinario de trabajo”. (Cañadas, 2010, pág.286)

Aunque las diversas discapacidades tienen diversos factores condicionantes (físicos, psíquicos y cognitivos) para el acceso al empleo, también encontramos factores externos que condicionan el mencionado acceso a un lugar de trabajo. Según García Calvo (2009) los factores externos son los siguientes:

- El tipo de funciones alteradas y su gravedad.
- La edad de la persona afectada.
- La situación laboral previa a la lesión.
- La existencia de prestaciones económicas que la protegen y/o limitan.
- El rol familiar: hijo/a, cónyuge, padre/madre, sola.
- La etapa del ciclo vital propio y familiar.
- Los factores culturales, ideológicos y económicos propios y de la familia.
- El apoyo familiar y social.
- El nivel de motivación y adaptabilidad de la persona.
- El apoyo y la flexibilidad de la empresa.
- La existencia de servicios de integración laboral.
- La mentalidad y la cultura empresarial.
- El momento histórico que vive la sociedad.

Por otra parte, destacamos el trabajo desde el Gobierno Central para apoyar la inclusión laboral, y de manera indirecta social, éste ha establecido ciertas fórmulas para facilitar el acceso a la ocupación de las personas con discapacidad, pues una vez sufrido un D.C.A., muchos no pueden trabajar en el mismo lugar que antes del accidente y pasan a cambiar de trabajo por motivos de salud o pasan a ser pensionistas por jubilación por discapacidad. Como expone Pereda, de Prada & Actis, (2012) algunas de las fórmulas establecidas para incrementar la contratación de personas con discapacidad son las siguientes:

- “Cuota de reserva”. Establecida por la legislación española, exige que el 2% de las plantillas de las empresas con más de 50 trabajadores sean personas con certificado de minusvalía.
- Incentivos de contratación o bonificaciones en las cuotas de pago a la seguridad social.
- Ocupaciones con apoyo, enclaves laborales, etc.
- Centros ocupacionales y especiales de ocupación. (Pág.116-117).

2.5. Estigma

Durante el punto anterior se ha hecho una mención a la estigmatización que sufren los colectivos más vulnerables de la sociedad. Es evidente que cuando hay un colectivo vulnerable se estigmatiza a todas las personas que forman parte de él, por ejemplo; un gitano tiene la condición de ladrón, los inmigrantes vienen a robar el trabajo de la población de origen y, en nuestro caso, una persona con discapacidad no puede ser autónoma por ella misma. Es por eso que no podemos pasar por alto este concepto tan importante dentro del mundo de la discapacidad. Para hablar de estigma no podemos dejar de mencionar a Gooffman (1963), para él cuando una persona experimenta una diferencia entre las dos identidades (“identidad social virtual”, lo que una persona debe ser, y la “identidad social real”, lo que la persona realmente es) significa que esa persona está estigmatizada. Para este autor las personas que tienen una identidad perjudicada son estigmatizadas.

La labor de este autor dejó una gran huella a nivel mundial dentro de la sociología, pues analizó, también, las relaciones entre individuos estigmatizados y los no estigmatizados, según Gooffman (1963) citado por Lozano (2003), la naturaleza de las relaciones dependerá el estigma que se le atribuya al individuo.

En el estigma “desacreditado”, el actor asume que las diferencias son evidentes y, por lo tanto, perceptibles para los miembros de la audiencia (por ejemplo, parapléjico o un manco). Por el contrario, en el caso de estigma “desacreditable”, las diferencias no son reconocibles ni perceptibles por la audiencia (por ejemplo, un individuo que ha tenido una experiencia homosexual). Para los individuos que poseen un estigma desacreditado, el problema dramático fundamental reside en manejar la tensión que conlleva el hecho de que los demás individuos se den cuenta de que existe ese estigma, mientras que para los individuos que sufren un estigma desacreditable el problema dramático consiste en manejar la información de tal forma que su estigma siga siendo desconocido por la audiencia. (pág.54)

El mismo autor habla de tres tipos de estigma: las deformaciones físicas, estigmas tribales (relacionados con la cultura) y el estigma de la enfermedad mental. En los tres estigmas Gooffman (1963) habla sobre cómo el individuo podría ser aceptado en la sociedad

sin tener una característica, un rasgo que destacara y llamara la atención a los otros individuos.

2.5. Ámbito familiar y social

No podemos discutir que la persona que sufre D.C.A. sufre un gran cambio en su vida, pero tampoco podemos olvidar a su familia, pues la madre, esposa o hermana suelen ser las cuidadoras principales. La familia nuclear sufre un gran cambio, deben cambiar su vida para cuidar de esa persona, depende de la discapacidad que padezcan pueden ser dependientes totales y la vida del cuidador girara en torno a la persona que lo necesita. Esto hace que las personas cuidadoras tengan una sobrecarga, así como se pueden volver dependientes de la persona que necesita cuidados.

Evidentemente el D.C.A. tiene unas consecuencias en la familia que se agrupan de la siguiente manera:

1) Consecuencias relacionadas con el incremento de estrés.

Cuando una persona se ve afectada por un traumatismo o un derrame cerebral su personalidad puede cambiar radicalmente, por lo tanto habrá una tensión constante en la familia debido a las modificaciones que presenta la persona. De hecho, existen más tensiones por las alteraciones emocionales, conductuales y de la personalidad que por la no posesión de recursos materiales o recursos afectivos y falta de habilidades para mejorar la vida de la víctima y de la familia. Además, el estrés va en aumento debido a diferentes tensiones generadas por la angustia y tensión de la fase inicial, el cansancio físico y mental, la incertidumbre y temor al futuro y los problemas legales y administrativos, entre otros. (García,2008, pág. 13-14)

2) Consecuencias producidas por la modificación de las relaciones y roles familiares.

Como resultado de las alteraciones emocionales, cognitivas, conductuales y de personalidad y de las adaptaciones de los familiares a la nueva situación hay un cambio de organización y funcionamiento de la familia (a veces es temporal, hasta su recuperación, y otras veces de cambios duraderos). Esta nueva situación supone una situación destructiva para la familia y sus relaciones pueden verse afectadas (...).(García,2008, pág. 13-14)

3) Consecuencias propias del duelo.

Cuando a una persona le cambia el carácter, las emociones, la personalidad, la gente que está a su alrededor (la familia) también les cambia el humor, además, existe una frustración y un cansancio por lo que provoca un carácter más reactivo y arisco. Aunque, una vez adelantado el proceso de rehabilitación la familia (y la víctima) es más consciente de las secuelas permanentes e inician otro tipo de proceso: el duelo.

Existe un proceso de duelo debido a que hay una pérdida, esa persona amada (padre, marido o hijo) ya no volverá a ser el que era. Es un proceso complejo y se darán cambios que se deben diferenciar del carácter reactivo, pues es una situación compleja y se necesitará un tratamiento diferente. (García,2008, pág. 13-14)

4) Consecuencia del aislamiento social.

La familia y el cuidador principal al encargarse en todo momento de la persona con D.C.A. consumen todo tipos de recursos emocionales, materiales, tiempo, actividades, etc. Esto provoca que se vaya creando un aislamiento social tanto de la familia como de la persona afectada, así pues, se deben trabajar unas acciones y con unos recursos específicos para intentar evitar dicho aislamiento. (García,2008, pág. 13-14)

5) Consecuencia en los efectos del proceso asistencial.

Con el proceso asistencial nos referimos a las estancias en los hospitales, las esperas para acceder a recursos específicos, traslados fuera del lugar de residencia, abandono de las obligaciones laborales para asistir a la persona afectada...Además de estas situaciones, las personas y profesionales con los que la familia se encuentra muchas veces no es un trato cercano, próximo y con empatía. Todas estas situaciones provocan un desgaste emocional y físico en las familias y las personas afectadas con D.C.A. (García,2008, pág. 13-14)

Aunque el autor se refiere a la familia con esta clasificación nos podemos referir a las personas afectadas con D.C.A. pues su vida social (actividades, amigos, trabajo), todo queda reducido. Muy pocos amigos siguen al lado de la persona (más cuando las secuelas son a nivel cognitivo que físico), no puede realizar las actividades que antes realizaba o quedar con los compañeros del trabajo después de salir de éste, pues no tiene trabajo. Es por eso que el trabajo en red y con asociaciones es muy importante. Así pues, relacionado con el tejido asociativo; Cañadas (2010) expone que:

“las personas con discapacidad tienen derecho a la participación política y social en sentido amplio (...) en la vida de la comunidad. El cauce más conocido de la participación viene constituido por el movimiento asociativo, a través del cual hacen oír su voz aquéllas (...)” (pág. 290).

3. Metodología

En el presente documento realizaremos una revisión bibliográfica, es decir una investigación cualitativa, en la cual también encontramos una entrevista con una profesional.

Los tres objetivos marcados al inicio de la revisión bibliográfica son:

- 1) Saber qué es el D.C.A. y las secuelas físicas, psíquicas y cognitivas que puede tener.
- 2) Qué consecuencias tiene haber sufrido D.C.A. a nivel familiar, social y laboral.
- 3) Saber si existe una exclusión social y laboral de las personas con algún tipo de discapacidad.

Para extraer los resultados y conclusiones de nuestra investigación realizaremos un análisis e interpretación de datos obtenidos a partir de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAS) en el año 2008 y los cuales están representados mediante gráficas. Dichas gráficas hacen referencia únicamente a la población con discapacidad de las Islas Baleares. El análisis y la interpretación de estos documentos irán acompañados de datos cualitativos extraídos de una entrevista con una trabajadora social que desempeña su empleo en el campo sanitario de personas con D.C.A. (Anexo I).

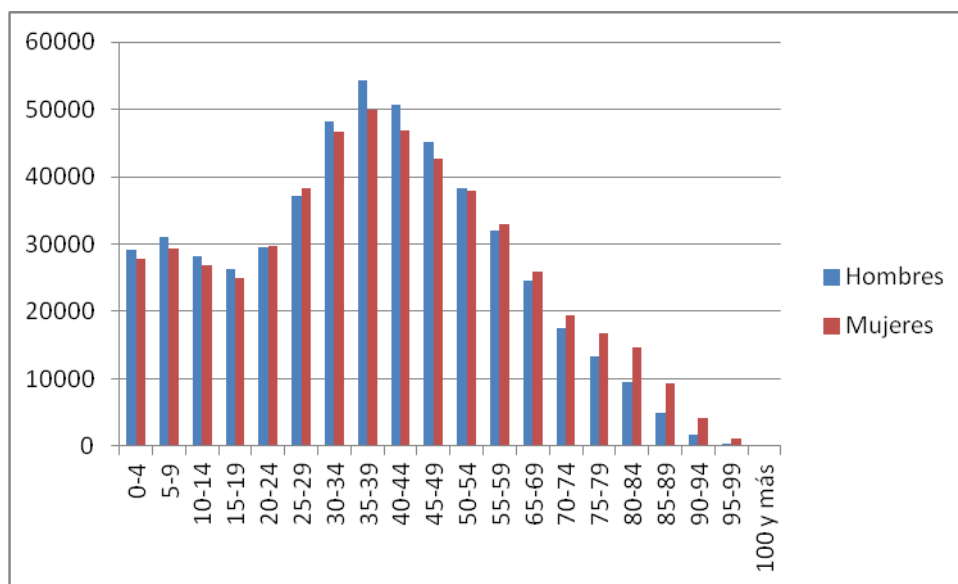
El objetivo del apartado de resultados es relacionar cada gráfica con los apartados del marco teórico, siguiendo el orden de aparición de los mismos.

Finalmente, se presentan una serie de conclusiones donde se hace una recapitulación de lo expuesto a lo largo del documento, así como la vivencia como investigadora por parte de la autora y qué ha significado para ella.

4. Resultados

Antes de empezar a exponer los resultados obtenidos debemos tener presente la tipología de población existente en las Islas Baleares actualmente. A continuación exponemos una gráfica donde aparece el número de individuos que hay en franjas de edad comprendidas en 15 años. Como podemos apreciar existe una población relativamente joven, predominan las edades de entre 30 y 60 años, seguida de las franjas de edades de 0 a 29 y finalmente a partir de los 65.

I. Población en las Islas Baleares



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE.

Presentamos este gráfico para una mejor interpretación y comprensión de los datos que se expondrán a lo largo de este apartado.

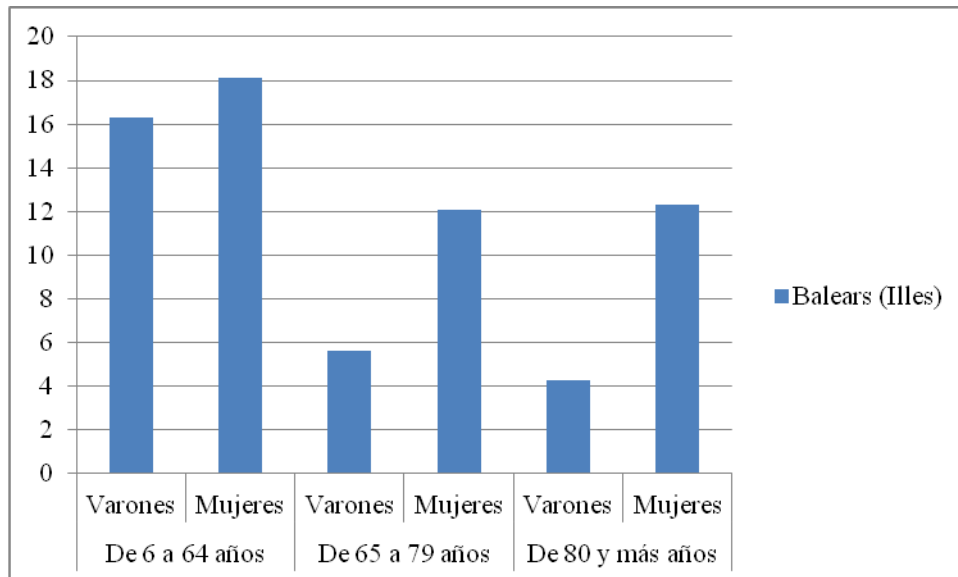
Aunque nuestro objetivo de estudio es la gente que haya padecido daño cerebral adquirido, ante la falta de información de personas con discapacidad como consecuencia de D.C.A., se ha optado por realizar una interpretación de gráficas que engloben todas las personas con una o varias discapacidades, independientemente del origen de éstas.

En el punto 2.3. se ha plasmado la definición de discapacidad y como ya sabemos son personas que se ven limitadas en alguna de las áreas de su cuerpo (movilidad, audición, etc.). Gracias a una encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD)³ en el año 2008 podemos acceder a ciertos datos que nos permiten orientarnos sobre nuestra Comunidad Autónoma.

³ Nota: Los datos correspondientes a un valor inferior a mil personas deben ser interpretadas con precaución, ya que pueden estar afectados de elevados errores de muestra.

Durante todo el análisis debemos tener presente que puede haber un error de sesgo, el hecho de que la primera franja de edad abarque 58 años, la segunda 14 años y la tercera no es específica puede dar algunos errores en la interpretación de los datos.

II. Población con discapacidad en las Islas Baleares

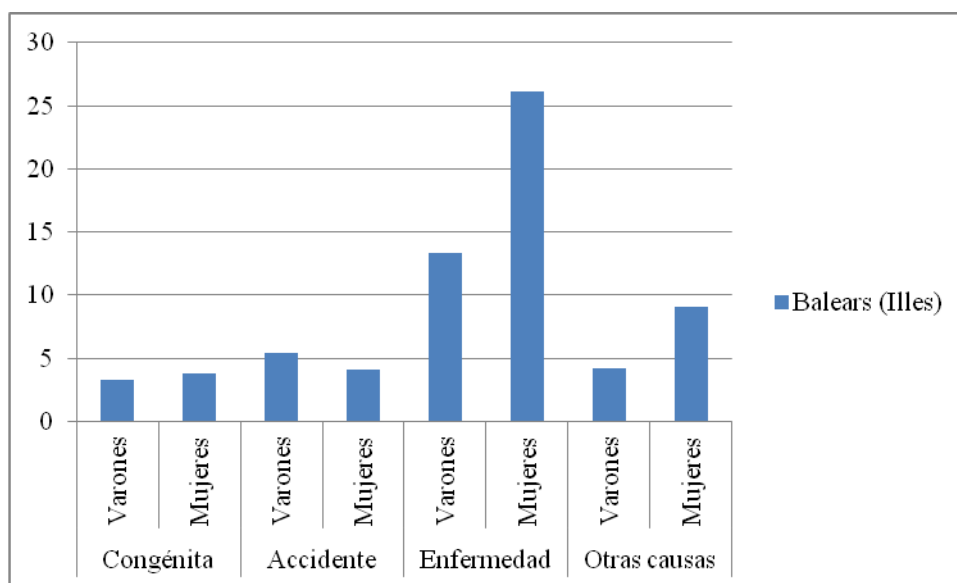


Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la EDAD en el INE.

Como observamos en la gráfica hay una diferencia notable entre las mujeres y varones con algún tipo de discapacidad de las edades comprendidas de entre los 6 y los 64 años y de 65 años o más en Baleares. Entre las mujeres hay una diferencia de un 6% más en las edades más jóvenes y en los hombres un 11% menos a partir de los 65 años. Resulta interesante que los más jóvenes sean el rango de población con mayor cantidad de población discapacitada, interpretamos que debido al consumo de tóxicos, los accidentes de tráfico y los avances médicos y tecnológicos han permitido sobrevivir a gente que años atrás hubiera fallecido.

El origen de las limitaciones del cuerpo de la población de las Baleares las encontramos en la siguiente gráfica.

III. Causas que originaron la discapacidad de la población en las Islas Baleares



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la EDAD en el INE.

En este gráfico número III consideramos las causas que originaron la discapacidad en Baleares, y apreciamos que la mayoría es por enfermedad, si bien la causa congénita (varones 3'3% y mujeres 3'8% mujeres) y por accidente (5'4% varones y 4'1% mujeres) no hay mucha diferencia entre ambos sexos, por otras causas, no identificadas, hay una diferencia de 4'9% de mujeres más que hombres afectadas. En cuanto a la causa por enfermedad tiene dos características: la primera es que hay un amplio porcentaje de población afectada a diferencia de las otras causas y, segundo, llama la atención la gran diferencia por enfermedad entre mujeres y hombres, pues el porcentaje de mujeres casi duplica el de hombres (13'3% de hombres frente a 26'1% de mujeres).

La causa por enfermedad puede ser muy controvertida pues estas enfermedades se pueden deber a diferentes aspectos. Basándonos en la profesional entrevistada, expone que "es (...) arriesgado hacer un perfil de los pacientes (...), podemos hablar de hombre de mediana edad, con factores de riesgo: obesidad, tabaquismo, sedentarismo, hipertensión, edad, consumo de sustancias tóxicas". (Anónimo, 2015). Aunque ella hable que hay mayoritariamente hombres también expresa que hay mujeres y jóvenes que tienen el mismo perfil. Observamos cierta controversia en la información dada por la encuesta y la entrevista realizada a la profesional.

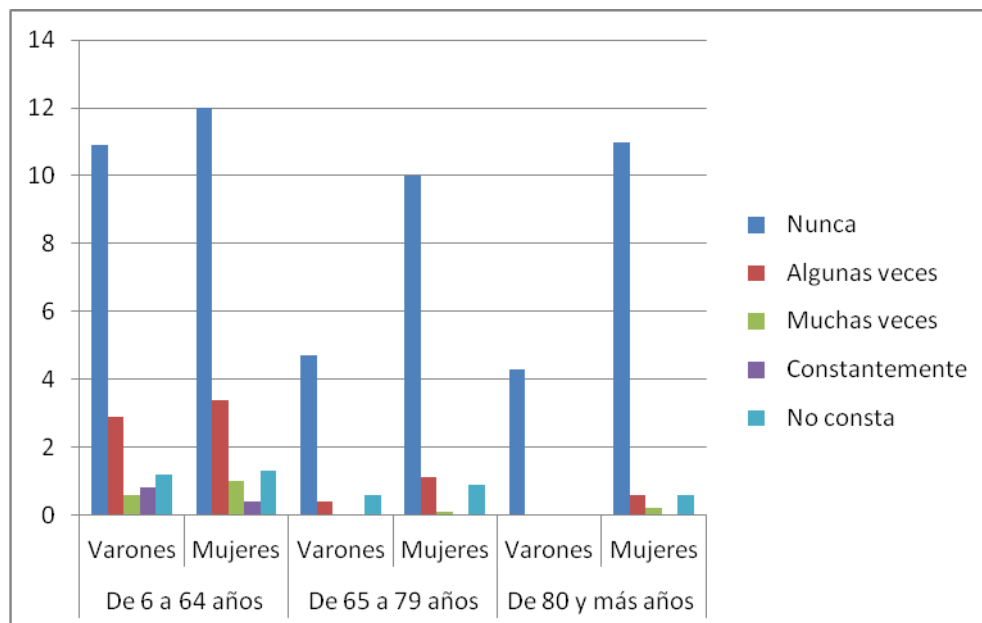
Observamos que las mujeres se ven más afectadas en las causas congénitas, otras causas y por enfermedad, exceptuando las causas por accidente donde hay un 1'3% más de varones afectados.

Interpretamos que las mujeres al tener una esperanza de vida más larga, su vida laboral no es tan arriesgada y se cuidan más (alimentación, físico y mentalmente) y ser más en cantidad que los hombres hace que predominen entre la población con discapacidad, pero también influye que los hombres mueran a edades más tempranas y lleven una vida de más consumo y arriesgada.

Por otra parte, en el punto 2.5. se ha realizado una revisión sobre el concepto de estigma. El estigma es aquél concepto que tiene la sociedad sobre un colectivo, mayoritariamente vulnerable. Es decir, sobre algunos colectivos de personas se piensan que todos actúan de igual manera o que tienen las mismas limitaciones, como sería el caso de los discapacitados. Cuando una persona es estigmatizada se limita su actividad autónoma y, por lo tanto la realización como persona, y muchas veces se la discrimina por el hecho de tener un concepto superficial sobre ella.

A continuación, exponemos una gráfica sobre la población en Baleares que padece una o diversas discapacidades y la cual se ha sentido discriminada.

IV. Población que se ha sentido discriminada por ser discapacitada en Baleares



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la EDAD en el INE.

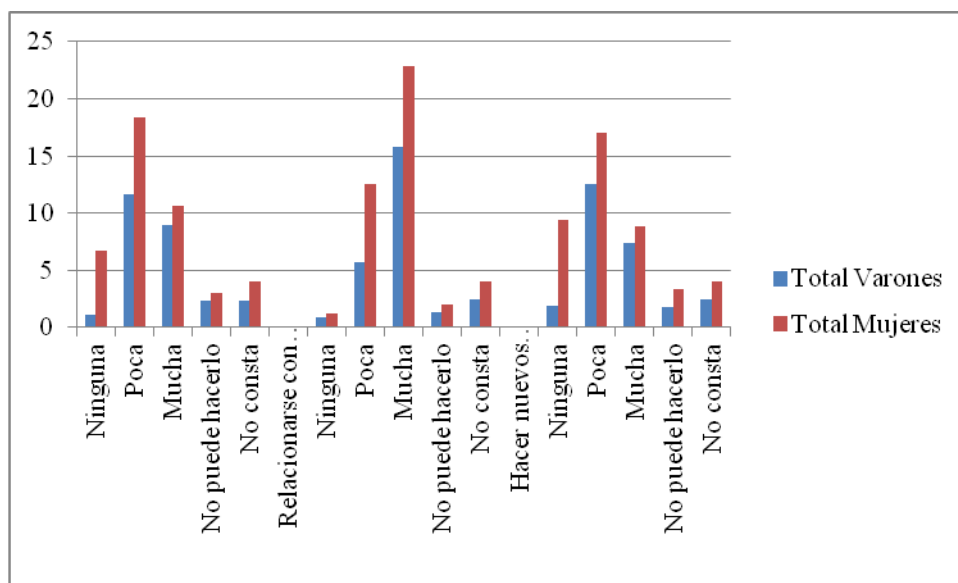
Como apreciamos en la gráfica un alto porcentaje de la población nunca se ha sentido discriminada por tener una discapacidad. Sin embargo, observamos cierto sentimiento de discriminación algunas veces tanto en hombres como en mujeres de 6 a 64 años. La diferencia entre sexos en esta franja de edad no es muy notable (0'5%).

Destaca que en las diversas franjas de edad la mayoría de la población no se ha sentido discriminada nunca en ninguno de los dos sexos.

Aunque las estadísticas demuestren un alto porcentaje de población que no se siente discriminada hay un pequeña cantidad que si lo ha percibido, ante esto interpretamos que existe una falta de conciencia social que permita que la gente discapacitada no se sienta discriminada y Anónimo 2015 expresa que: "sigue faltando información, recursos adecuados y tejido asociativo que ayuden (...) a las personas afectadas" para que haya una mayor conciencia que muchas personas discapacitadas son personas que con la rehabilitación adecuada puede ser autónoma.

El D.C.A. y, como secuela la discapacidad, tiene como consecuencia una pérdida de red social, cada vez son menos visitados por los amigos y su máxima red de apoyo es la familia. Es por eso, que se destaca la siguiente gráfica donde encontramos la población con discapacidad según sus relaciones en el último año.

V. Población con discapacidad según las relaciones sociales en los últimos 12 meses en las Islas Baleares



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la EDAD en el INE.

La gráfica está dividida en tres franjas de edad (de 6 a 64 años, de 65 a 79 años y de 80 o más años). Lo primero que se apreciamos es la diferencia entre las franjas de edad y sus relaciones, además llama la atención que en todos los casos las mujeres con discapacidad predominan en cuanto a sus relaciones sociales. En la primera franja de edad la mayoría de los encuestados afirma que tienen pocas relaciones sociales y este hecho se da más en el grupo de mujeres que en los hombres, seguido de la opción de mucha relación por ambos sexos y con una diferencia no tan significativa entre ellos como el caso anterior.

En la segunda franja de edad destaca que la mayoría de mujeres y hombres tienen muchas relaciones sociales, con un claro predominio por parte de mujeres, seguido por la opción de tener pocas relaciones donde también predomina el sector femenino.

Finalmente, en la tercera franja de edad, la opinión de los encuestados es más diversa. La mayoría afirma tener pocas relaciones, siendo el sector femenino el que menos relaciones tiene. Seguido se encuentran la opción de ninguna relación o mucha en la misma cantidad en el caso de las mujeres, seguido por muchas relaciones por parte del sector masculino.

Podemos apreciar como las relaciones van cambiando a lo largo de la edad, los más jóvenes tienen menos relaciones, después tienen muchas y finalmente, cuando son más mayores las relaciones sociales son más diversas pues hay más diversidad de ninguna, poca y mucha.

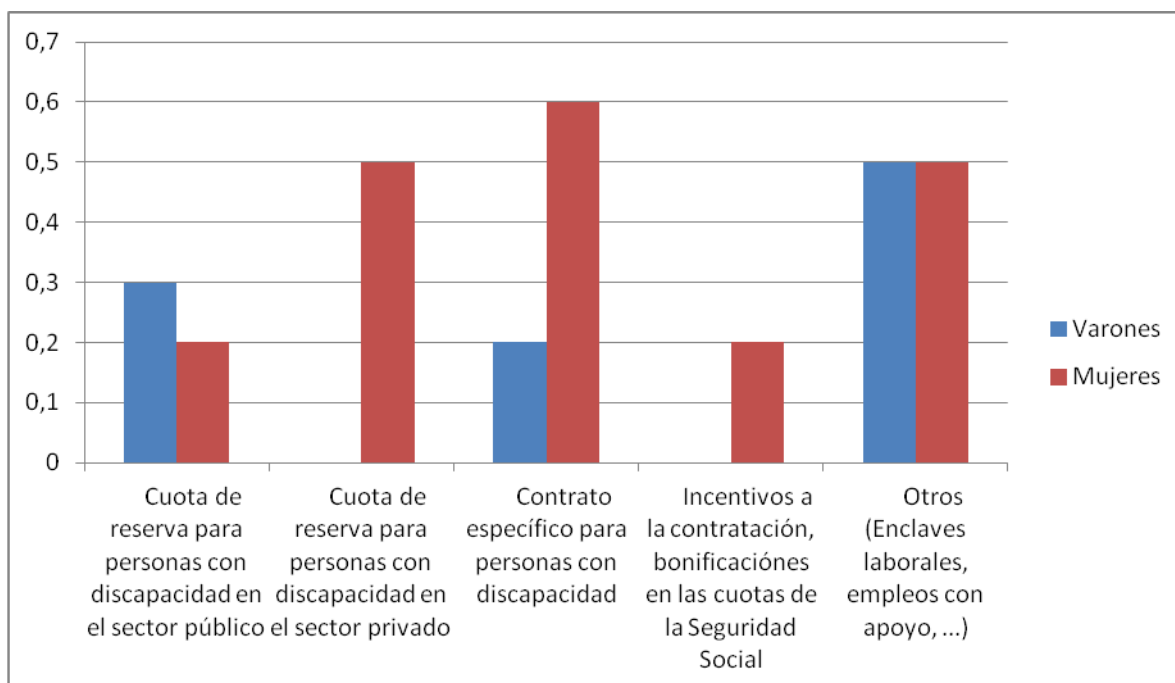
"Un día te levantas y ya no eres el mismo, ya no es el mismo padre, ni el mismo hijo, ni el mismo marido" (Anónimo, 2015) No ser el mismo de un día para otro supone muchas

cosas, por eso interpretamos que al ser una persona con discapacidad tiene unas relaciones sociales en función de la edad que tenga, en el momento que tuviera la discapacidad, los motivos por la cual la tuvo o la familia que tenga, son mucho factores a tener en cuenta cuando queremos interpretar esta gráfica. Los más jóvenes se ven arropados y protegidos por sus familias, cosa que puede hacer que haya una barrera entre la familia y la sociedad, las personas de mediana edad ya tienen un círculo de amistades formado y, seguramente, una familia, y las personas mayores suelen tener hijos que los cuiden o están en residencias donde pueden establecer contacto con otras personas fuera de su entorno familiar.

Sin obviar el papel que la familia forma a partir del momento en que sufre un D.C.A. y, más, cuando vuelve a su casa en cuanto a relaciones sociales, muchas veces son las únicas y este puede suponer un desgaste para la familia pues el cuidador "(...) Se convierte en el responsable de una persona que presenta cierto grado de discapacidad." (Anónimo 2015) y aunque desde la institución donde trabaja la entrevistada se realiza un trabajo de adaptación para volver al hogar, "(...) una de las carencias y necesidades detectadas al retorno del hogar es poder hacer un seguimiento de la adaptación, enseñar al paciente a ser más independiente en su casa y fuera de ellos" (Anónimo, 2015), tanto a nivel funcional como relacional.

Las relaciones sociales también se forman en el ámbito laboral. A lo largo del presente documento se han expuesto los beneficios de la contratación de personas con un grado de discapacidad reconocido por parte de las empresas. Pero no todas las personas pueden trabajar debido a las secuelas que tienen y a su discapacidad. Estas medidas establecidas en las leyes a nivel estatal permite una inclusión social e inclusión laboral a la vez. Para saber si realmente las empresas aprovechan estas oportunidades y, por lo tanto, si existe una inclusión laboral y social real analizaremos la siguiente gráfica donde se expone la población con discapacidad que han sido contratadas y beneficiadas de estas medidas de acceso al empleo.

VI. Población que ha trabajado o trabaja y se ha beneficiado de medidas del acceso de empleo en las Islas Baleares



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la EDAD en el INE.

En un primer momento apreciamos que hay una separación entre el sector público y el sector privado. Si bien en la cuota de reserva para personas con discapacidad en el sector público predominan las mujeres por 0'1% más, en la cuota de reserva en el sector privado únicamente hay el sector masculino, doblando la cantidad de mujeres que el sector público (0'5%). Por otra parte, apreciamos como las mujeres predominan en el contrato específico para personas con discapacidad triplicando la tasa masculina (0'6% frente a 0'2% respectivamente). Finalmente, estimamos que sólo se han beneficiado mujeres de los incentivos de contratación, a diferencia de otros beneficios a los cuales han accedido por igual mujeres y hombres.

Aunque las medidas para una inclusión social y laboral son buenas muy pocas empresas se benefician de ellas y, por tanto muy poca población con discapacidad. El hecho de que el proceso de rehabilitación sea largo para una persona con D.C.A. y que tiene que esperar "los tiempos marcados por la Ley para poder pasar a ser activo o cobrar una pensión por Invalidez" (Anónimo, 2015) hace que el acceso al mercado laboral sea más complicado.

Si bien existen estas medidas para favorecer el acceso a un puesto de trabajo en el mundo laboral "(...) falta mucha sensibilización para que podamos ver a las personas con diversidad funcional, sea cual sea su etiología, con posibilidades de formar parte de una plantilla de trabajo". (Anónimo, 2015).

5. Conclusiones

La vulnerabilidad y la exclusión social van cogidas de la mano, y con ellas el estigma y la discriminación hacia los colectivos más vulnerables. Las personas discapacitadas, y con D.C.A, son un colectivo vulnerable y con un fuerte estigma: poder ser autosuficientes y autónomos por ellos mismos. Esto implica que hay una exclusión social y laboral y, por tanto, una discriminación en ciertos ámbitos de la sociedad.

Por otra parte, apreciamos como las personas con discapacidad se sienten discriminadas por tener alguna limitación en su funcionalidad. El estigma con el que se les marca, y se ha marcado hasta el momento, es muy fuerte y con una gran huella, por ello es fundamental que la sociedad tenga conciencia que cualquiera puede ser discapacitado. Son necesarias unas campañas de sensibilización y un fuerte trabajo en equipo y en red para poder demostrar a la población que muchas personas con un grado de discapacidad pueden relacionarse con normalidad con la otra gente y puede formar parte de su plantilla de trabajo.

Como observamos a lo largo de la investigación; las estadísticas y la entrevista cualitativa afirman que hay un cierto rechazo social, o falta de integración en la sociedad, así como una inclusión laboral más activa que las medidas tomadas por el Gobierno Central, pues sólo se benefician de algunas de ellas un 0'2% de la población con discapacidad.

Podemos afirmar que existe cierta exclusión y vulnerabilidad hacia las personas con D.C.A. pues cambian de la noche a la mañana y sus secuelas pueden ser muy graves, hecho que implica un cambio de vida a nivel familiar, social y laboral, perdiendo, en muchos casos, estos dos ámbitos o, al menos, parte de ellos. Por eso, podemos afirmar que el D.C.A. deja, sin lugar a duda, unas consecuencias a nivel laboral y social que se pueden sufragar trabajando en red y dando apoyo a estas personas para que en un futuro la población esté más concienciada y no haya tanto estigma y discriminación.

Finalmente, este trabajo ha supuesto conocer un poco más sobre el D.C.A. y saber cómo afecta a nivel laboral y social, permitiendo verificar en cifras oficiales lo que su experiencia en el campo de prácticas le había permitido conocer. La vivencia como investigador a resultado interesante, aunque a veces frustrante, pues actualmente con el Internet tienes acceso a mucha información y el espacio para desarrollar la investigación es limitado.

5. Bibliografía

- Bilbao, A. (2010). Guía de familias (I). Federación Española de Daño Cerebral. Madrid.
- Busso, G. (2001). *Vulnerabilidad social: nociones e implicancias de políticas para Latinoamérica a inicios del Siglo XXI*. Trabajo presentado en el Seminario Internacional "Las diferentes expresiones de vulnerabilidad Social en América Latina y el Caribe, Santiago, Chile.
- Cañadas, E. (2010). España*. *En Federación Iberoamericana de Ombudsman. (Ed.), Personas con Discapacidad. VII Informe sobre derechos humanos* (pp.273-298). Madrid, España: Trama Editorial.
- García, M.A. (2009). Familias y el Daño Cerebral Adquirido. *Cuadernos FEDACE* (9). pp.13-15.
- García, R. (2008). Las personas con Daño Cerebral Adquirido y el Acceso al Empleo. *Cuadernos FEDACE* (8). pp. 62-70.
- Instituto Nacional de Estadística. *Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Dependencia*, [en línea].2008. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p418/a2008/hogares/p02/modulo1&file=pcaxis>
- Laparra et al (2007). Una propuesta de consenso sobre el concepto de exclusión: implicaciones metodológicas (1). *Revista Española del Tercer Sector*,5, 15-57.
- Lozano, B. (2003).El aniversario de Erving Gooffman (1922-1982). *Revista Española de investigaciones sociológicas*. [en línea], 102(15). Disponible en: <http://www.reis.cis.es/REIS/jsp/REIS.jsp?opcion=articulo&ktitulo=1868&autor=BLANCA+LOZANO+MANEIRO>. Consulta [2015, 10 de Agosto]
- Pereda, C., de Prada, M.A. & Actis, W. (2012). *Discapacidad e inclusión social*. Barcelona: Obra Social "la Caixa" (Colección Estudios Sociales, nº33).

6. Anexos

Anexo I

Entrevista a una trabajadora social del ámbito sanitario, específicamente de la área de neuro- rehabilitación. Trabaja con gente que padece daño cerebral adquirido desde hace 10 años.

1) **¿Qué supone para usted trabajar con personas que han sufrido un D.C.A.?**

Trabajar con pacientes con DCA, me ha supuesto descubrir no solo una enfermedad muy nueva para la sociedad, sino también el sufrimiento de la familia/cuidador principal, la escasez de recursos adecuados a las secuelas.

2) **Hace años que trabaja en este sector, ¿podría definir un perfil específico de la gente que padece ICTUS?**

Es un poco arriesgado hacer un perfil de los pacientes, esto supondría hacer un estudio de la población diana, pero sí podemos acercarnos al perfil de los pacientes que han pasado por la Unidad de Neuro Rehabilitación del Hospital. Podemos hablar de hombre, mediana edad, con factores de riesgo: obesidad, tabaquismo, sedentarismo, hipertensión, edad, consumo de sustancias tóxicas.

Pero este perfil, no excluye que hayan pasado por la Unidad, personas mayores, mujeres, jóvenes, con los mismos factores de riesgo.

3) **¿Cree que está relacionado el abuso de drogas y alcohol, así como de la exclusión, con el D.C.A. interno? ¿La rehabilitación de la gente que consume es más difícil que la que no?**

Si, es evidente que el consumo de drogas, sean del tipo que sean, afectan de forma negativa en nuestra salud, y el DCA es una enfermedad que nos puede afectar a todos, pero las personas con más factores tienen más riesgo de padecerla.

La exclusión social como tal, no es un factor de riesgo, pero todos sabemos que estar en esa situación, habitualmente conlleva alguno de los factores, por no decir varios.

Las afectaciones suelen ser más importantes porque ya partimos de un cerebro frágil y dañado por un consumo indebido. Así como también, la reintegración a la sociedad es mucho más complicada ya que las redes de apoyo familiar son muy pocas o inexistentes.

4) **¿Qué cambios hay en la vida de las personas que tienen D.C.A., en relación a sus relaciones sociales, a la vida con su familia, a la autonomía personal y en el mundo laboral?**

Las secuelas que quedan después haber padecido esta enfermedad, son múltiples y tan distintas como pueden ser las personas. Los cambios son bruscos, inesperados y esto es lo que hace tan complicado la adaptación a la nueva situación, tanto para los pacientes como para las familias. No hay tiempo para hacerse a la idea. Un día te levantas y ya no eres el mismo, ya no es el mismo padre, ni el mismo hijo, ni el mismo marido. Y también depende de las afectaciones, si son más cognitivas, o físicas.

Los cambios no solo son personales, si no también afectan a toda la familia, cambios de rol, cambios de domicilio, reducción de los ingresos, claudicaciones, etc...

5) La familia y/o apoyos personales que tienen los pacientes también sufren. ¿Cómo lo viven? ¿Qué cambios has podido ver desde tu experiencia?

Como ya he comentado anteriormente, para la familia y sobre todo para el cuidador principal supone un shock. Pasan por distintas fases, desde en el momento que te dicen que va a fallecer, pasando a “Vivirá” pero no sabemos con qué secuelas, a, tenemos que hacer rehabilitación para aprovechar las capacidades y saber hasta dónde recuperará y por último, el retorno al domicilio.

Es, en esta última fase, donde son más conscientes de las limitaciones y secuelas que su familiar va a tener, y que hasta ahora estaba en un medio protegido, el hospitalario, y en casa no habrá timbre al que tocar o avisar al celador para que le ayude. Se convierte en el responsable de una persona que presenta cierto grado de discapacidad.

Nosotros en el Hospital intentamos mitigar este golpe, enseñando el manejo del paciente y que necesidades hay que cubrir y cuales otras necesitan solo supervisión o mínima ayuda.

Una de las carencias y necesidades detectadas al retorno del hogar, es poder hacer seguimiento de la adaptación, enseñar al paciente a ser más independiente en su casa y fuera de ella.

6) Aunque usted está en el período de rehabilitación, sabe cómo se ve afectada la inclusión en el mundo laboral. ¿Cree que existe una dificultad por parte de la sociedad, empresarios y Estado a contratar o formar proyectos para personas discapacitadas?

Cuando se termina la fase de Hospitalización sigue la rehabilitación de forma ambulatoria. El paciente no tiene el alta médica, por lo que el retorno a su trabajo no es algo inminente, tienen que pasar los tiempos marcados por la Ley para poder pasar a ser activo o cobrar una pensión por Invalidez.

Pero está claro que, ese momento llega y la situación física o cognitiva es la que va a marcar esa incorporación de forma total o parcial.

Si puedo decir que, a pesar de las facilidades que se facilitan al mundo empresarial, falta mucha sensibilización para que podamos ver a las personas con diversidad funcional, sea cual sea su etiología, con posibilidades de formar parte de una plantilla de trabajo.

7) ¿Cree que la sociedad es consciente de los efectos que tiene el D.C.A. en las personas y el cambio que supone para las personas?

Sigue faltando información, recursos adecuados y tejido asociativo que ayuden no solo a las personas afectadas, sino que también puedan trabajar con todo el núcleo de convivencia, autonomía del paciente, recursos adecuados a sus secuelas.

8) ¿Cree que el Estado debería hacer más campañas de sensibilización y prevención, dentro de lo posible, para que la población conozca el D.C.A.?

Debo reconocer que en nuestra Comunidad Autónoma, ha habido pequeñas mejoras, que suponen grandes cambios, pero solo hemos iniciado el camino. Queda todo un campo abierto donde trabajar sensibilización, prevención, fomento tejido asociativo y social, apoyo y creación de nuevos proyectos, etc.