



UNIVERSIDAD DE JAÉN

Facultad de Trabajo Social

Trabajo Fin de Grado

LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL EN LA DISCAPACIDAD SOBREVENIDA

Alumno/a: Manuel Antonio Gallego Gutiérrez

Tutor/a: Yolanda M. de la Fuente Robles

Dpto: Psicología, Área de Trabajo Social y
Servicios Sociales

Índice

1.	Resumen.....	5
2.	Introducción	7
3.	Marco teórico	9
3.1	Motivos desencadenantes de las Discapacidades: Trastornos perinatales, accidentes y las enfermedades.....	9
3.2	Discapacidad Sobvenida y empleo.....	10
3.2.1	Cambios de actividad al aparecer la Discapacidad.....	10
3.2.2	El perfil laboral de la discapacidad sobrevenida	10
3.2.3	La normativa vigente no favorece a que la persona con discapacidad sobrevenida conserve su empleo	12
3.3	Discapacidad Sobvenida y realidad socio-sanitaria.	13
3.4	Asunción de la discapacidad: impacto personal y familiar	16
3.4.1	Asunción	16
3.4.2	Impacto personal	17
3.4.3	Impacto Familiar	18
3.5	Situación legal de la Discapacidad Sobvenida.....	19
4.	Objetivos	23
4.1	Objetivo general	23
4.2	Objetivos específicos.....	23
5.	Metodología	25
6.	Aplicabilidad del colectivo con el Trabajo Social.....	27
7.	Discusión.....	29
7.1	Motivos desencadenantes de las discapacidades.....	29
7.2	Análisis crítico de la normativa de empleo para personas con discapacidad sobrevenida.....	29
7.3	Realidad socio-sanitaria en la Discapacidad Sobvenida	31
7.4	Impacto familiar	32
8.	Conclusiones	35
9.	Bibliografía	39
10.	Anexos.....	41
10.1	Anexo I.....	41
10.2	Anexo II	43

1. Resumen

Cuando hablamos de discapacidad, siempre solemos vincularla a una discapacidad desde el nacimiento. Sin embargo, no caemos en la cuenta de que un gran porcentaje de la población padece algún tipo de discapacidad que le ha sobrevenido a lo largo de su vida. Es en ese momento en el que le sobreviene, cuando comienzan las complicaciones, pues existen grandes vacíos y aspectos a mejorar muchos ámbitos, tales como la normativa que regula el empleo para dichas personas o la realidad socio-sanitaria a la que tienen que hacer frente. Por otro lado, también es un reto tanto para la propia persona como para la familia, ya que esto, genera un gran impacto en ambos a la hora de asumir su discapacidad.

Abstract

When we talk about disability, always link it to a disability from birth. However, we realize that a large percentage of the population suffers from some form of disability that has befallen him throughout his life. It is at that moment that ensues when he begins complications since there are large gaps and areas for improvement many areas, such as the rules governing the employment of those persons or socio-medical reality we have to face. On the other hand, it is also a challenge for both the person and the family itself, as this will generate a large impact in assuming his disability.

2. Introducción

La realidad que vivimos hoy en día en nuestra sociedad en cuanto a las discapacidades es bastante compleja desde el punto de vista jurídico y social, ya que no existe una conciencia donde se integren los valores de una sociedad igualitaria, con las mismas oportunidades sea cual sea el tipo de funcionalidad de cada persona.

En un primer acercamiento a esta realidad, vamos a definir el concepto de discapacidad. Centrados en el ámbito de la salud, podemos definir la discapacidad como la privación, a causa de una deficiencia, de la capacidad para poder ejecutar una labor o actividad en relación con lo considerado corriente o habitual. Por otro lado, la discapacidad se manifiesta objetivamente, es decir, refleja las alteraciones de la persona que la padece, ya sea a la vista de habilidades o comportamientos.

Una vez analizado que es la discapacidad teniendo como base la OMS, nos vamos a centrar en el epicentro del trabajo, es decir en la discapacidad sobrevenida, ya que esta revisión bibliográfica gira en torno a este tipo de discapacidad. Por ello, según Martínez, la discapacidad sobrevenida es la pérdida o disminución que, como consecuencia de una enfermedad o accidente, se produce en las capacidades de una persona que hasta ese momento no las tenía restringidas. La discapacidad sobrevenida difiere de la congénita en el tiempo de producirse, pero no en su consideración en cuanto a las necesidades específicas de integración social y laboral de quien la padece.

Por otro lado, una vez que sabemos la definición de discapacidad sobrevenida, es necesario que la diferenciamos de la discapacidad adquirida, ya que en numerosas ocasiones son motivo de equívoco. Esta equivocación tan común es motivo de que existe un escaso conocimiento de las semejanzas que hay entre la discapacidad adquirida y la sobrevenida. Por otro lado, sí es cierto que existe cierta semejanza entre los términos, pero ambos varían si nos centramos en la variable emocional que repercute en las personas. En primer lugar las causas de una discapacidad sobrevenida son lesiones que guardan relación con enfermedades o accidentes que pueden dar lugar desde la infancia hasta la adultez, sin embargo, una discapacidad adquirida es aquella que se exterioriza durante el periodo de gestación y/o nacimiento, por diferentes motivos como por ejemplo la herencia genética, malos hábitos maternos durante el embarazo e incluso negligencia médica.

Como vemos, existen diferencias entre los términos que en muchas ocasiones pueden repercutir en la concepción acerca de las discapacidades e incluso se estigmaticen a las

personas. A lo largo de la revisión bibliográfica en la que se va a centrar este documento, se expondrán los motivos desencadenantes de dicha discapacidad, además vamos a hacer mención y a plasmar la problemática en la que se ven envueltas las personas a las que le sobreviene la discapacidad, abordando ámbitos laborales, socio-sanitarios e incluso el impacto y la asunción de esta, tanto para el paciente como para su entorno más cercano, como es la familia.

3. Marco teórico

3.1 Motivos desencadenantes de las Discapacidades: Trastornos perinatales, accidentes y las enfermedades.

Según el Colectivo IOÉ, entre los motivos o causas externas de las discapacidades se distinguen tres grandes capítulos: los trastornos perinatales (7% del total); los accidentes (9%), y las enfermedades (60%). El resto se debe a otras causas (16%) o “no constan” (8%). Entre los trastornos perinatales se distinguen los congénitos (5,9%) y los relacionados con el parto (1,2%). De los accidentes destacan los laborales (2.5%), los domésticos (1.9%) y los de tráfico (1.8%). Pero la causa más dominante son las enfermedades, entre las que se distinguen las comunes (57.1%) y las profesionales (4.1%). (Ioé, 2012)

Según una encuesta de EUROSTAT aplicada en 1996 en catorce países comunitarios, España era el país con un mayor incremento de la prevalencia de discapacidades en función de la edad: de tener una tasa tres veces inferior a la media comunitaria entre los 16 y los 29 años, pasaba a situarse por encima de la media a partir de los 60 años, en una progresión continua a medida que avanzaban los tramos de edad. Según esto, y teniendo en cuenta que la mayoría de las limitaciones funcionales tienen su origen próximo en las enfermedades y los accidentes, habría que deducir que las condiciones de vida y de trabajo en España son más nocivas para la salud y provocan más discapacidades que en el resto de la Unión Europea. (Ioé C. , 2003)

En cuanto a los accidentes, los más frecuentes son los laborales, por encima de los de tráfico (que han disminuido significativamente) y los domésticos. Desde 1995 hasta el año 2000 los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales venían registrando un continuo incremento, que ha remitido a partir de entonces. No obstante, España destaca en el contexto europeo por su mayor siniestralidad laboral, lo que se ha puesto en relación con «el crecimiento de las formas de contratación temporal a partir de 1985, la generalización de los contratos por obra, así como el crecimiento y alargamiento de la cadena de subcontratación» (Bilbao, 1997)

3.2 Discapacidad Sobrevenida y empleo

3.2.1 Cambios de actividad al aparecer la Discapacidad

Según el Colectivo Ioé (2012), De las personas en edad laboral con discapacidad (1,48 millones), más de un tercio (266.000 hombres y 230.000 mujeres, que representan el 42 y 32% de cada sexo) reconoce que tuvo que modificar su relación con la actividad o el empleo al manifestarse o agravarse su discapacidad. La proporción es mucho menor entre los jóvenes de 16 a 29 años, con una tasa de cambio de actividad del 14% que se incrementa en el tramo de edad de 30 a 44 años (34%) y, más todavía, en el de 45 a 64 (41%). Esta progresión indica que el impacto en la actividad es mayor en los casos de discapacidad sobrevenida en la vida adulta que en los de origen congénito o infantil (cuyo peso es mayor entre la juventud con limitaciones). El cambio de actividad consistió en la mayoría de los casos (85%) en abandonar el empleo remunerado que tenían para convertirse en pensionistas (41%), ser declarados «incapacitados/as para trabajar» (25%), ir al paro (13%) o dedicarse a las tareas domésticas (3%). Además de estos cambios de actividad, una de cada veinte personas con discapacidad entre 16 y 65 años se vio obligada a cambiar de ocupación o profesión concreta, aunque pudo mantener el empleo remunerado y, por tanto, el tipo de actividad. Según esto, desde el punto de vista de la actividad principal, la aparición o agravamiento de la discapacidad ha tenido un impacto muy fuerte en una única dirección: abandonar el mercado de trabajo y pasar al paro (65.000 personas) o adscribirse a diversas categorías de «inactividad»: incapacitados/as para trabajar (123.000 sujetos), pensionistas que perciben una pensión contributiva (180.000) o no contributiva (21.000) y «tareas domésticas» (15.000, casi todas mujeres). (Ioé C. , 2012)

3.2.2 El perfil laboral de la discapacidad sobrevenida

Colectivo Ioé (2012) señala que los cambios de actividad afectaron a 430.000 personas; otras 66.000 se vieron obligadas a cambiar de empleo a causa de la discapacidad, situación que afectó más a los hombres (45.000) que a las mujeres (21.000) debido a que la tasa de actividad masculina es mayor que la femenina. Si nos fijamos en las 10 ocupaciones más frecuentes antes y después de la discapacidad, sólo dos se mantienen en la lista (dependiente de comercio y camarero/a); el resto presenta una evolución que va de ocupaciones manuales en los sectores de la construcción, la industria y los transportes hacia oficios en el sector de los servicios (comercio, administración, limpieza...).

Ocupaciones más frecuentes de quienes cambiaron de empleo	
ANTES DE DECLARARSE LA DISCAPACIDAD:	PERSONAS
1. Albañil	3.795
2. Dependiente de comercio	3.083
3. Camarero	2.801
4. Mecánico y ajustador de maquinaria	2.392
5. Peón de la construcción	2.294
6. Conductor de camiones	2.051
7. Ferrallista, enfoscador, etc.	1.886
8. Industria alimentaria, bebida, tabaco	1.723
9. Cocinero	1.438
10. Mecánico electricidad/electrónica	1.325
DESPUÉS DE DECLARARSE LA DISCAPACIDAD:	
1. Cajero, taquillero y asimilados	6.058
2. Vigilante y asimilados	4.070
3. Dependiente de comercio	3.825
4. Aux. administrativo sin trato con el público	3.360
5. Conserje, limpiacristales y asimilados	3.065
6. Empleado, recepcionista, etc.	2.754
7. Personal de limpieza	2.629
8. Vendedor ambulante	1.503
9. Aux. administrativo con trato al público	1.347
10. Camarero	1.263

Las limitaciones de movilidad son las que más determinan los cambios de actividad o de ocupación en el momento de aparecer o agravarse la discapacidad, en estrecha correlación con los dos tipos de deficiencia que están en el origen de esos trastornos: los del sistema nervioso y los osteoarticulares. En cambio, el impacto de las limitaciones de audición y comunicación es menor. (Ioé C. , 2012)

3.2.3 La normativa vigente no favorece a que la persona con discapacidad sobrevenida conserve su empleo

La normativa reguladora vigente se encuentra en el capítulo primero del Real Decreto 1451/1983, de 11 de mayo, por el que en cumplimiento de la Ley 13/1982, se regula el empleo selectivo.

Son causa de la extinción del contrato de trabajo las situaciones de incapacidad permanente total o absoluta, además de la de gran invalidez. Por otro lado, la incapacidad permanente parcial no se considera causa concreta para dar resolución al contrato de trabajo.

Si la situación de incapacidad del trabajador tiene como pronóstico una mejoría, el contrato de trabajo no se resuelve, sino que se suspende por un plazo limitado, dos años, hasta que el trabajador pueda volver a ocupar su puesto de trabajo en plenas facultades. En este caso dicho trabajador tendrá prioridad absoluta para volver a su puesto de trabajo. No obstante si pasan estos dos años y no se a reincorporado será motivo de la extinción de la relación laboral.

a) Trabajadores en situación de incapacidad permanente parcial

En esta situación, el contrato de trabajo no será extinguido, sino que en el caso de que la incapacidad no afecte directamente al rendimiento de este, el empresario deberá reincorporarlo o mantener su nivel retributivo. Si por el contrario el rendimiento del trabajador desciende, este deberá buscarle un puesto de trabajo acorde con la capacidad del trabajador. En el caso de que no existiera dicho puesto de trabajo, el empresario podrá reducirle el salario hasta un 25%, sin que disminuya del salario mínimo interprofesional siempre y cuando realice la jornada completa.

Si el incapacitado parcial vuelve a estar en plenas capacidades para desempeñar su actividad laboral, siempre y cuando no hayan transcurrido tres años, tendrá derecho a reincorporarse a si puesto de trabajo de origen.

b) Trabajadores en situación de incapacidad permanente total y absoluta

En caso de la incapacidad permanente total y absoluta sí existe causa para extinguir la relación laboral. Por otro lado, si tras haber recibido prestaciones de recuperación a nivel profesional el trabajador retoma su plena capacidad laboral, es preferente a la hora de la readmisión en la última empresa donde trabajó, esperando a que se produzca una vacante en su ámbito. Si por el contrario se le reconoce una incapacidad permanente parcial, también tendrá preferencia para la readmisión pero en una vacante adecuada a sus capacidades.

Si el empresario se niega a reincorporar al trabajador en la empresa o no da la preferencia en cuanto a reincorporación tras quedar una vacante en la empresa, se pueden interponer ante estas acciones ante la Jurisdicción Social.

Si existe pronóstico de previsible mejoría en cuanto a la invalidez, se suspendería el contrato de trabajo con reserva del puesto durante dos años, contados desde la declaración de incapacidad permanente.

Por tanto, haciendo un análisis global vemos que por un lado existe una declaración de invalidez previsiblemente definitiva, la cual extingue el contrato de trabajo, y por otro lado una declaración de invalidez de probable revisión por mejoría que es suspensiva de la relación laboral.

3.3 Discapacidad Sobrevenida y realidad socio-sanitaria.

La Discapacidad Sobrevenida es, como su propio nombre indica, una discapacidad que al igual que las demás discapacidades guarda relación con la realidad social y sanitaria. Además, requiere de una atención y cuidados por parte de los servicios sociales y sanitarios a través de los cuales puedan paliar sus limitaciones y a su vez facilitar su reinserción social.

A pesar de lo anterior, no existe una conexión entre los dos ámbitos, social y sanitario, a la hora de prestar atención a las personas con algún tipo de Discapacidad sobrevenida. Esto es debido a que ambas estructuras no se encuentran en el mismo punto evolutivo, de modo que hoy día existe un gran avance médico, sin embargo los aspectos sociales sufren un

estancamiento en cuanto a recursos, capacitación y aceptación de personas con algún tipo de discapacidad.

El sistema sanitario español se encuentra en uno de sus mejores momentos de desarrollo, debido a la mejora de las tecnologías, además de un mayor conocimiento por parte de los profesionales sanitarios acerca de las Discapacidades y su tratamiento.

Centrándonos en el aspecto social, vemos como entra en juego a la hora en la que al paciente se le da el alta. Es decir, durante la estancia de este en el hospital o en manos de los servicios sanitarios, la información y el tratamiento es adecuado, sin embargo en el momento en el que se da el alta al paciente, el aspecto social comienza a entrar en crisis debido a la escasa información que reciben los familiares a lo largo del proceso.

Según un estudio realizado en Castilla la Mancha la falta de información recibida por la familia lleva a dos déficits importantes en la atención familiar por parte del hospital:

1. *“La falta de información adecuada respecto a la discapacidad, sus consecuencias y alternativas de rehabilitación”*
2. *“El desbordamiento de la familia cuando se le entrega el paciente estabilizado, aunque con graves secuelas, ante el desentendimiento del sistema sanitario, a tratar en la mayor parte del territorio de una continuidad asistencial, ya sea hacia la rehabilitación o los servicios sociales”* (García, 2006)

Para entenderlo mejor, nos centraremos en estos dos déficits que actualmente caracterizan la atención sanitaria y social española en personas afectadas por Daño Cerebral Sobrevenido (DCS) según el defensor del pueblo (2005).

Cuando hablamos del primer déficit, nos referimos a la poca información en cuanto al problema, que ha ocurrido, el futuro, las consecuencias de este, afrontamiento...

Si queremos subsanar dicho problema, la información a reclamar por las familias debe ser tanto médica (Secuelas, diagnóstico, pronóstico, indicaciones...) como asistencial, sin embargo es la primera la que suele darse correctamente por el equipo médico, dejando de lado o con grandes aspectos a mejorar las aclaraciones sociales.

Esa carencia de información debe desaparecer y llegar a una satisfacción de las familias. Una solución, según el Defensor del Pueblo (2005), por parte de las asociaciones sería la

existencia de un trabajador social que asumiera la función de informar, ser el apoyo y atender a la familia y el paciente en la orientación social, esta información y orientación deberá ser clara y concreta debido a la dificultad de entendimiento de las personas al sufrir un hecho tan traumático como es la afección de un Daño Cerebral.

La unión entre la familia y el trabajador social deberá empezar en el hospital en el momento en el que el paciente se encuentre aun ingresado, de modo que el trabajador social sea un aliado más para superar la crisis emocional de la situación en la que se encuentran envueltos, protagonizada por el desconocimiento de las secuelas del afectado.

El segundo déficit se plantea en el momento en el que la familia y la persona afectada abandonan el hospital y regresan al hogar. Es en este momento cuando realmente comienza el problema, ya que los servicios sanitarios se desvinculan del problema y la familia queda un tanto desamparada y con cierta incertidumbre ante la problemática que acontece, pues no comprenden las secuelas a las cuales se tienen que enfrentar. Es en este momento cuando se dan cuenta de que el afectado es una persona dependiente y que necesitará de una tercera persona en determinados momentos de su vida, unos más que otros.

Por todo ello, sería conveniente que en el momento en el que al hospitalizado le dan el alta, las familias se preparen sobre lo que ocurrirá a partir de ese momento así como adaptarse a la situación. Es en este momento donde el trabajador social deberá orientar hacia la “salida” a una nueva vida, explicando cuales serán las necesidades futuras con las que se van a encontrar, tanto sanitarias como sociales y los diferentes recursos que podrán encontrar para conseguir un apoyo y una evolución en esta situación en la que se encuentran actualmente.

Según el Defensor del Pueblo (2005), el papel del trabajador social es fundamental para el apoyo familiar pero *“la efectividad del asesoramiento por parte de los trabajadores sociales hacia las familias depende (...) de aspectos organizativos internos del hospital, como es la disposición de personal y tiempos necesarios para esta labor, de factores externos, como la existencia y disposición de recursos rehabilitadores y sociales en el territorio, o en un tercer grupo, el desconocimiento por parte de los trabajadores sociales, de los recursos, incluida como tal la asociación, de cobertura a las situaciones de Daño Cerebral Sobrevenido”*. (Defensor del Pueblo, 2005, pp.162).

3.4 Asunción de la discapacidad: impacto personal y familiar

3.4.1 Asunción

En términos generales y como es de esperar, la aparición de la discapacidad conlleva en todas las personas afectadas la aparición de crisis depresivas con mayor o menor calado según el carácter más o menos grave de la problemática. La resolución de estas crisis, al igual que sucede con las discapacidades congénito infantiles, no llega hasta la constatación de la irreversibilidad (o no) de la afección, por lo que las estrategias personales y familiares se centran inicialmente en el intento de solucionar la situación a través de la vía médico-sanitaria. El recurso de esta vía tiene, evidentemente, el objetivo de recuperar la situación anterior a la aparición de la discapacidad aunque, resulta frecuente, que una vez admitida la imposibilidad de la plena recuperación, las estrategias se dirijan, en algunos casos, a mantener el estado en el que quedan tras la afección (típico de enfermedades degenerativas, sean físicas o sensoriales, mientras que en otros sólo queda la posibilidad de iniciar un proceso de aprendizaje y adaptación a las nuevas condiciones de vida. En estos últimos casos, la resolución de la crisis depresiva resulta más costosa y, como veremos más adelante, ocasiona secuelas identitarias que se arrastran negativamente (a modo de marca que estigmatiza) el resto de la vida; por contra, en las discapacidades menos graves, a pesar de lo incierto del carácter degenerativo, la salida de la fase depresiva se realiza con mayor rapidez siempre y cuando se puedan seguir desarrollando en la vida cotidiana según la trayectoria vital anterior, por lo que las secuelas en la identidad de los sujetos tienen menor relevancia negativa (discapacidad como marca menos estigmatizante). Debemos concluir, por tanto, que el *tipo y grado de discapacidad* aparece como una primera dimensión diferenciadora a la hora de valorar el impacto generado por la discapacidad sobrevenida.

También *la edad* aparece como un factor de trascendental importancia en el mayor o menor impacto generado por la discapacidad. Cuando la discapacidad tiene lugar en edades jóvenes en las que todavía no se ha concretado o está en ciernes el proyecto vital (inserción laboral consolidada, formación de nuevo grupo familiar, monoparental o no, etc), se ve facilitada la superación de la crisis depresiva y, por tanto, la posibilidad de reformular el propio proyecto vital, que suele construirse en aras de conseguir la máxima normalización. Proyecto de normalización que, cuando se produce en el espacio de la familia de origen, suele buscar la independencia económica del grupo familiar, sea mediante el trabajo ordinario, protegido o mediante la vía pensión digna; mientras que la inserción socioafectiva (relación con amigos, noviazgo, futuro matrimonio y familia) se constituye

como ámbito más complejo de resolver. Cuando la discapacidad sobreviene en edades avanzadas, el impacto más o menos negativo también estaría en función del impedimento, o no, para seguir cumpliendo con los roles desempeñados hasta el momento en el que aparece la problemática.

3.4.2 Impacto personal

Según el impacto será más o menos grave en relación al *género* (el rol desempeñado antes de la aparición de la discapacidad) y a la *situación socioeconómica* de la persona afectada y/o del grupo familiar del que forma parte. Sin que requiera mayor explicación, parece evidente que, a menor nivel socioeconómico el impacto de la discapacidad será tanto más grave siempre y cuando ésta conlleve el hándicap de quedar excluido del mercado laboral y/o no se encuentre otra fuente de ingresos alternativa, sea en otro trabajo, sea vía pensión contributiva de cuantía suficiente para las necesidades a cubrir. Los casos, por tanto, serán tanto más preocupantes o impactantes en el sentido negativo, cuando el afectado sea el cabeza de familia y éste constituya el pilar de la economía familiar, mientras que será, en apariencia, menos grave cuando la afectada sea la esposa-madre-ama de casa, siempre que ésta no tenga papel activo como fuente de ingresos, y algo más impactante cuando ésta sí tiene un peso específico en la economía del hogar. Habría que concluir, de esta forma, que el impacto de la discapacidad sobrevenida se articularía en función de los efectos, más o menos incapacitantes, que genera en la situación vital de cada sujeto afectado. Así, podemos clasificar dicho impacto como:

- *Impacto muy negativo*, en aquellos casos en los que la discapacidad conlleva una ruptura plena (o casi) con el modelo o modo de vida anterior, lo que llevará a los sujetos afectados a la construcción de una identidad básicamente resentida, a pesar de que pueda seguir cumpliendo con sus roles fundamentales.
- *Impacto relevante*, Ruptura con el modelo de vida anterior. Impacto negativo que deriva en identidades “luchadoras” y/o realistas/adaptativas.
- *Impacto de grado medio*, en la medida que supone una ruptura relativa con los modos de vida anteriores a la aparición de la discapacidad. Situación frecuente en las mujeres de edades medias, en las que predomina su función como madres y amas de casa. La resultante identitaria tiende al pseudoconformismo y resignación adaptativa ante la discapacidad.

- *Impacto de escasa relevancia*, en el que no existen rupturas sustanciales con las formas y modelos de vida anteriores. Se genera un efecto negativo de la discapacidad: negativa a reconocer los límites de la discapacidad para seguir cumpliendo los roles habituales.

(Cimop, 1997)

3.4.3 Impacto Familiar

Una persona, al sufrir una Discapacidad sobrevenida, todos los ámbitos de su vida se ven afectados, sin embargo, es la red familiar la que se ve más perjudicada, puesto que será la encargada de cuidar al paciente. Se enfrentarán a un cambio brusco en el que su familiar demandará toda la atención posible.

En una primera fase, es decir, durante el ingreso hospitalario, el cuidado del paciente estará a cargo de familia y amigos, sin embargo, a la salida de este es cuando comienza la verdadera carga en cuanto al cuidado del afectado entre los familiares más cercanos (Padres, hijos o hermanos)

Para (Barreto, 2009) un miembro de la familia asumirá la responsabilidad de cuidado, normalmente debido a la cultura actual el cuidador suele ser el perfil de mujer, hija o hermana. El cuidador deberá hacerse cargo de todas las necesidades del afectado, necesidades básicas (cocinar, hacer las tareas de la casa, ir a comprar), las necesidades basadas en el cuidado personal (vestirse, asearse, trasladarse), las necesidades de cuidado y apoyo (hablar, escuchar, opinar, animar), las necesidades del cuidado de las relaciones (completar las relaciones sociales con otras personas, conversar), las necesidades ambientales (las conductas, las tomas de decisiones).

Como vemos, las funciones a llevar a cabo por el cuidador son bastante complejas y por consiguiente no todas las personas tienen la capacidad de realizarlas satisfactoriamente. Además, con el paso del tiempo la persona cuidadora se va viendo afectada, ya que su fragilidad aumenta y suelen atravesar por un estrés y crisis emocional causada por el cambio en su vida, tanto en el ámbito familiar, social como laboral.

En algunos casos la vida del cuidador se centra tanto en la atención del paciente que llega a crearse una “dependencia mutua” llevando a un abandono de las redes sociales y creando una relación basada en la sobreprotección que con el tiempo congestionará toda la vida del cuidador. (Barreto, 2009)

Por todo ello, y viendo el esfuerzo que supone en el cuidador , las familias y sobre todo este, es considerado uno de los puntos más importantes a tener en consideración por los profesionales, además, se intenta que este sepa distinguir cual es su rol, consiga llevar la dependencia del familiar de una forma normalizada y natural y además organice su tiempo de tal manera que pueda realizar actividades personales.

3.5 Situación legal de la Discapacidad Sobrevenida

La Discapacidad Sobrevenida podrá obtener unos beneficios legales, pudiendo ser recursos económicos o recursos en servicios. Por otro lado, la vida laboral de las personas con este daño cambia por completo, lo que supone también un factor traumático para el afectado.

La situación legal y laboral en la que se encuentre una persona con Discapacidad Sobrevenida afecta en la forma de afrontarla, en la rehabilitación, en la relación familiar y en la actitud frente a las redes sociales.

Al sufrir la discapacidad, la familia debe centrarse en tres puntos legales: La minusvalía de su familiar, la posible dependencia y la situación laboral en la que va a vivir.

- Minusvalía- Discapacidad.

Según el Real Decreto 1971/1999, la minusvalía es *“desventaja social en un individuo afectado por una deficiencia o limitaciones en su actividad.”*

Por otro lado, la discapacidad se clasifica en grados mediante Baremos. La clasificación del grado de minusvalía responde a criterios técnicos unificados y como objeto de la valoración entrarán a formar parte las discapacidades del sujeto así como factores sociales que dificulten que se integre socialmente.

El grado de minusvalía tendrá que ser igual o mayor de 33% para poder percibir los beneficios y derechos que ofrece la calificación de minusvalía. Estos beneficios no son de carácter económicos sino dirigidos.

- Dependencia:

La dependencia es el estado permanente en el que se encuentra una persona por diversas razones, que precisa de la atención de una tercera o terceras personas a la hora de realizar determinadas actividades básicas de la vida diaria. Por otro lado también podemos incluir a las personas con algún tipo de discapacidad intelectual o enfermedad mental que requieran de apoyos para ser autónomos.

Los grados de dependencia son tres:

- ✓ Grado I. Dependencia moderado: Si la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD, al menos 1 vez al día, o requiere de un apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.
- ✓ Grado II. Dependencia severa: Si necesita la ayuda 2 o 3 veces al día, pero no necesita un apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso pero no permanente para su autonomía personal.
- ✓ Grado III. Gran Dependencia: En este caso se incluirían las personas que precisan ayuda a lo largo del día, es decir, varias veces, debido a la pérdida de independencia mental, física, intelectual o sensorial, donde se requiere un amparo continuado.

Fuente: Ley 39/2006, de 14 de diciembre.

Existen dos niveles en cada uno de los grados anteriores, y estos están marcados según la de independencia y de la magnitud del cuidado que precisa.

La determinación de grado y nivel de la dependencia de la persona valorada se obtiene a partir de la puntuación final obtenida en la aplicación del Baremo de Valoración a la Dependencia de acuerdo con la siguiente puntuación:

- ✓ Grado I. Dependencia Moderada
 - Nivel I 25/39
 - Nivel II 40/49
- ✓ Grado II. Dependencia Severa
 - Nivel I 50/64
 - Nivel II 65/74

✓ Grado III. Gran Dependencia

- Nivel I 75/89
- Nivel II 90/100

Fuente: Resolución del 12 de julio de 2010

- Situación laboral – Discapacidad:

La situación laboral de las personas con discapacidad es modificada completamente debido su situación. Su incapacidad laboral dependerá del grado de discapacidad:

Situación Laboral	Descripción
Incapacidad permanente total	Invalida al trabajador para que pueda realizar las tareas básicas de la profesión, siempre que pueda desempeñar otra. Pensión: 50% de la Base Reguladora
Incapacidad Permanente Absoluta	Inhabilita por completo al trabajador para toda profesión u oficio. Pensión: 100% de la Base Reguladora
Gran Invalidez	Se encuentra en la situación del trabajador con incapacidad permanente y necesita a una tercera persona para realizar las tareas básicas de la vida diaria, tales como desplazarse, comer o vestirse. Pensión: 150% de la Base Reguladora.

Fuente: Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio.

4. Objetivos

4.1 Objetivo general

- El objetivo principal de esta revisión bibliográfica es recoger información existente de la Discapacidad Sobvenida en diversos ámbitos. De esta manera se puedan identificar tanto las problemáticas con las que se encuentran las personas con este tipo de discapacidad y a raíz de esto proponer unos objetivos específicos a través de los cuales se consiga una acción y mejora de esta problemática.

4.2 Objetivos específicos

- Proponer medidas de inclusión laboral en la discapacidad sobvenida
- Mayor coordinación entre los servicios sanitarios y los servicios sociales
- Incluir una metodología de intervención no solo para las personas con discapacidad, sino también para los/as cuidadores/as que deben enfrentarse a ella.
- Concienciar a la sociedad sobre las causas derivadas de accidentes por imprudencias

5. Metodología

La metodología empleada ha sido la revisión bibliográfica a través de la recopilación de la información más relevante sobre la discapacidad sobrevenida, a través de libros, artículos y páginas web, siempre buscando la información más actual en torno a este tema y recabando la información de las principales bases de datos bibliográficas de diferentes bibliotecas.

Por ello se ha ampliado la investigación bibliográfica al buscador Google Académico donde se revisó los documentos más citados por importantes autores, se buscó las revistas mediante la página de la Universidad y con facilidad en su acceso. Además de una búsqueda en fuentes más divulgativas a través de artículos de prensa realizados por Atecea en la revista *Interviú* y cuadernos FEDACE sobre Daño Adquirido realizados por la Fundación Española de Daño Cerebral, entre otros.

La técnica empleada durante la realización del proyecto para conocer y estudiar el problema que supone una discapacidad sobrevenida. ha sido la recopilación documental, bibliográfica y distintas páginas web.

Se ha comenzado con unas descripciones sobre el término de Discapacidad y Discapacidad Sobrevenida, posteriormente hemos ido avanzando sobre distintos ámbitos como es el empleo, la realidad socio-sanitaria existente en torno a la discapacidad y la asunción de esta.

Para esta recopilación, algunos de los libros más utilizados han sido “Discapacidades e inclusión social”, “Discapacidad y trabajo en España”, “Discapacidad: Paternidad y cambios familiares”, entre otros. Además, se ha consultado documentación perteneciente a distintas páginas web, como la web de Fundación ONCE y ATECEA.

6. Aplicabilidad del colectivo con el Trabajo Social

Debido al desconocimiento profesional, al vacío institucional de recursos especializados y a la falta de información que sufren las familias es necesaria la existencia de una figura profesional encargada de ayudar a las familias a superar esos problemas que caracterizan la Discapacidad Sobrevenida, esa figura debe ser, el/la trabajador/a social.

El/la trabajador/a social a lo largo del proceso realizará diferentes funciones, siempre dependiendo de la situación en la que se encuentre el afectado y su familia.

Las funciones descritas de un/una trabajador/a social según FEDACE (2006) son: fuente de información y orientación, asesor y acompañante, facilitador del acceso a los sistemas de apoyo, cauce de derivación a los servicios de apoyo.

- El/la trabajador/a social como fuente de información y orientación:

El paciente y la familia tras sufrir el daño necesitan información acerca de lo ocurrido, de las secuelas, del futuro y de los recursos que van a proporcionarle cuando salga del hospital. Esta función dependerá de la intervención que se pueda realizar en los hospitales, sería imprescindible poder acudir cuando la paciente continua en el hospital para informar y asesorar desde el primer momento consiguiendo así que el alta hospitalaria no fuera tan traumática, pero en muchos casos las Asociaciones (el/la trabajador/a social) no pueden acceder al hospital para proporcionar la información necesaria.

- El/la trabajador/a social como asesor y acompañante:

El/la trabajador/a social debe conocer los recursos disponibles para personas con Discapacidad sobrevenida y sus familias, por ello, deben informar sobre los recursos pero también apoyar y animar proporcionando una visión positiva y ayudarles a desarrollar los recursos que puedan necesitar.

- El/la trabajador/a social como facilitador del acceso a los sistemas de apoyo:

Cuando la familia y el paciente han accedido a los recursos, el sistema de apoyo proporcionado por el/la trabajador/a social continua, este debe seguir dando información sobre nuevos recursos y debe proseguir con un seguimiento del caso existiendo una coordinación entre los recursos y el profesional.

- El/la trabajador/a social como cauce de derivación a los servicios de apoyo:

El/la Trabajador/a Social es parte del equipo interdisciplinar por lo que cumple una doble función, por una parte, evalúa los aspectos socio familiares como profesional del equipo y por otra, es el locutor de los profesionales ante la familia, es decir, es el lazo de unión entre ambos. Existen programas de apoyo a las familias que deben ser conocidas por el/la Trabajador/a Social para poder ofrecerlas a las familias.

7. Discusión

7.1 Motivos desencadenantes de las discapacidades

Según Colectivo Ioé (2012), los motivos o causas desencadenantes de las discapacidades son primordialmente las enfermedades, los accidentes y por último los trastornos perinatales.

Si desglosamos estos tres grandes bloques, en primer lugar y con mayor peso dentro de los motivos desencadenantes de las discapacidades sobrevenidas, tenemos las enfermedades, las cuales podemos clasificarlas en comunes y profesionales. Es en este punto donde nos debemos de para a analizar la situación, es decir, donde hay que comenzar a reflexionar y a analizar la forma de paliar las discapacidades derivadas de este gran bloque. Actualmente hay un gran avance en el campo de la medicina que ha frenado las discapacidades procedentes de las enfermedades, pero no obstante hay que seguir investigando y mejorando la calidad de vida.

Por otro lado tenemos los accidentes, entre los que destacan los laborales, domésticos y los accidentes de tráfico. Este segundo bloque tiene una gran representación en cuanto discapacidades derivadas de estos. Además, bajo mi punto de vista, considero que es en el que más presión se puede hacer a la hora de reducir estas discapacidades. En este caso se podría realizar una campaña de sensibilización donde se tome conciencia social de los problemas en los que puede derivar un accidente. Por otro lado, si conseguimos que la legislación en cuanto a riesgos laborales sea menos permisiva o se establezca un control más riguroso, este motivo causante de numerosas discapacidades se verá notablemente reducido.

Para finalizar, y no menos importantes, tenemos los trastornos perinatales, los cuales pueden ser congénitos o derivados del parto, donde al igual que el primer bloque se debería apostar por seguir investigando y por consiguiente mejorar la calidad de vida.

7.2 Análisis crítico de la normativa de empleo para personas con discapacidad sobrevenida

Haciendo mención a la regulación del trabajador en situación de discapacidad, vemos como esta regulación protege solamente a los trabajadores que, a causa de una discapacidad sobrevenida, posteriormente recuperen de nuevo sus capacidades o presenten

mejoría a la hora de realizar la actividad profesional que desempeñaban previa a la discapacidad sobrevenida. Sin embargo, no se toma en consideración que estos trabajadores puedan acceder a puestos de trabajo acordes con sus capacidades o incluso se puedan hacer adaptaciones para que desempeñen su trabajo eficazmente.

Teniendo en cuenta la igualdad de trato en el empleo y ocupación y los derechos de las personas con discapacidad, nos damos cuenta como esta normativa anteriormente expuesta no se adapta a esto, además puede llevar a una discriminación de las personas con diversidad funcional.

Como vemos, existen distintos efectos en cuanto a la discapacidad en el ámbito laboral, de modo que si existe una declaración de incapacidad total o absoluta, el contrato de trabajo es extintivo, a no ser que exista una mejoría por parte del trabajador, en este caso solo tendrá efecto suspensivo. Por otro lado, si se declara una incapacidad permanente parcial, el trabajador puede acceder al mismo puesto o a otro vinculado con su capacidad residual.

Si tenemos en cuenta la Directiva 2000/78/CE, traspuesta por la Ley 62/2003, vemos como los empresarios tienen la obligación de tener en consideración a las persona con discapacidad, a través de puestos de trabajo adaptados a las necesidades del trabajador, mejorando la accesibilidad de la empresa. De esta manera se permite a las personas con diversidad funcional poder estar empleadas y tener un progreso profesional. También, se pretende que las personas con discapacidad puedan acceder a la formación y puedan desempeñar su trabajo de una forma eficaz y eficiente. Todo ello siempre y cuando estas medidas no supongan para el empresario una carga excesiva. Visto todo esto, vemos como la normativa anteriormente expuesta es bastante inadecuada, ya que conduce a una discriminación por parte del colectivo al no adoptarse las medidas anteriormente expuestas.

Sin embargo, si nos centramos en el contrato de trabajo, vemos como para la vigencia de este se exige que el trabajador pueda realizar su actividad laboral satisfactoriamente, de lo contrario, la otra parte tiene la capacidad de resolver la relación jurídica. Es en esto en lo que se apoya la normativa a la hora de extinguir el contrato frente a una invalidez permanente parcial o absoluta. Pero sin embargo, también tiene en consideración la obligación que tiene la empresa a la hora de realizar ajustes oportunos para que las personas con discapacidad puedan ejercer su actividad profesional.

Por lo que para finalizar, podemos decir que se requiere completar las disposiciones del Estatuto de los Trabajadores y del Real Decreto 1451/1983 para que cumplan con la finalidad de la Directiva Europea, a pesar de que por sí no parezcan discriminatorias.

7.3 Realidad socio-sanitaria en la Discapacidad Sobrevenida

Como dijimos anteriormente, y como señala el Defensor del pueblo (2005), el papel del trabajador social es fundamental para el apoyo familiar pero *“la efectividad del asesoramiento por parte de los trabajadores sociales hacia las familias depende (...) de aspectos organizativos internos del hospital, como es la disposición de personal y tiempos necesarios para esta labor, de factores externos, como la existencia y disposición de recursos rehabilitadores y sociales en el territorio, o en un tercer grupo, el desconocimiento por parte de los trabajadores sociales, de los recursos, incluida como tal la asociación, de cobertura a las situaciones de Daño Cerebral Sobrevenido”*.

Tomando esta referencia en mano, vemos como para mejorar la realidad socio-sanitaria no solo hace falta una mejora de lo social y lo médico, sino que se necesita de una mejora de la organización y coordinación de ambos, y por qué no, una cohesión. Si esto se llevase a cabo, existiría una mayor calidad del servicio donde se dará cobertura al paciente así como a los familiares y por consiguiente a la sociedad en su conjunto.

Por lo tanto, cabe decir como opinión personal, que en primer lugar debería existir una inclusión por parte del hospital vinculada a aspectos sociales, es decir, que no solo existan recursos médicos. Además, estos recursos sociales deberían ser asesores y acompañantes, prestar información y orientación, ser un cauce entre el paciente y la familia, y a su vez entre estos y organizaciones. No solo habría que realizar esta labor sin más, sino que también habría que apostar por la adecuada formación de profesionales en distintas materias.

Una vez conseguido todo esto esa realidad socio-sanitaria que actualmente se encuentra un poco descuadrada se volverá mucho más competente.

7.4 Impacto familiar

El impacto emocional y psicológico que se produce en la familia al sobrevenir una discapacidad, es cuanto menos traumático, además, el estilo de vida anterior a esta discapacidad en las madres puede entorpecer o dificultar la asunción de una nueva forma de vida derivada de la discapacidad que sobreviene, dificultando la adaptación a esta nueva situación.

Al hablar de un hijo con discapacidad, la imagen que se nos presenta es la de un niño que al nacer lo hace con diversidad funcional, donde se genera una gran rotura de ideales en los padres al cambiar la percepción del nacimiento de un niño centrado en los ideales previos de los padres, por lo que esto conlleva sentimientos de tristeza, decepción o negación en los padres que deben hacer frente a una situación nueva.

Ante esto, algunos estudios realizados muestran que ante estas circunstancias, los padres pasan por varias etapas, en las cuales surgen reacciones emocionales en su lucha por adaptarse y lograr comprender los impedimentos de su hijo, aprendiendo generalmente, a adaptarse a la situación. (Ortega, 2007)

Por otro lado, también existen madres que tienen hijos sin ningún tipo de discapacidad y sin embargo a lo largo de su vida le sobreviene algún tipo de discapacidad que altera el estado anterior de este, por lo que la madre y la familia deben afrontar esto. Por ello, dado el importante papel que adquiere la madre en cuanto a la rehabilitación, integración y el cuidado del hijo con discapacidad, es necesario reflexionar sobre los factores que pueden favorecer o entorpecer el desarrollo evolutivo y la adaptación en todas y cada una de las etapas en las que puede acontecer este hecho traumático. También, hemos de aproximarnos a conocer qué variables socio-demográficas pueden influir en la salud y en la sobrecarga de las madres de hijos con discapacidad, a la vez que comparar la sobrecarga y estrés en varias madres que se caracterizan por ser cuidadoras de hijos que adquieren la discapacidad en diferentes etapas de la vida.

Sin embargo, si observamos que afecta el nivel educativo, el cual parece que guarda una relación negativa con el grado de sobrecarga de las madres. De este modo, encontramos que las madres con estudios superiores presentan más sobrecarga que las madres de estudios primarios. Esto, se debe a que las madres con un mayor nivel de formación,

debido al conocimiento de la situación presentan mayor estrés, ya que son más conscientes de la problemática y presentan más debilidad hacia condiciones adversas.

Centrándonos en el número de hijos, vemos como las madres con mayor número de hijos pueden ser víctimas de un mayor estrés. Esto es debido a la comparativa entre hijos, es decir, la madre compara la vida normalizada del hijo que no tiene ningún tipo de discapacidad con la que sí lo tiene, por lo que ello genera unos mayores niveles de estrés en la progenitora. Sin embargo si solamente tiene un hijo aunque tenga algún tipo de diversidad funcional, la madre solo se centrará en la atención de las necesidades de este y no generará tanto estrés.

Con respecto a las propias características de la persona con discapacidad, nos encontramos con que el primer factor influyente es la edad del hijo con discapacidad, observando que las madres de hijos de mayor edad muestran niveles de sobrecarga más elevados. En este sentido, algunos autores inciden en la hipótesis de que cuanto más pequeño es el hijo más fácil es adaptarse a la situación ya que los padres, van desarrollando estrategias en un proceso de adaptación paralelo al crecimiento del hijo, sin embargo, según avanza la edad, el proceso de aceptación se puede volver más difícil por la interacción de otros problemas inherentes a la edad como es la adolescencia, las relaciones sociales, las dificultades de las etapas educativas, la incorporación al mercado de trabajo, etc., pudiendo influir todo ello en una adaptación de mayor complejidad. (Ortega, 2007)

Por todo lo anterior, vemos como hay que avanzar en el estudio sobre madres cuidadoras de hijos con discapacidad, pero además, también hay que hacerlo en cuanto a madres con hijos a los que les sobreviene una discapacidad, por lo que habría que proponer una intervención para las madres que deben hacer frente a estas situaciones.

8. Conclusiones

En relación a los motivos más comunes a través de los cuales se desencadena una discapacidad, hemos visto que el que más repercusión tiene son las enfermedades, seguido por los accidentes y por último los trastornos perinatales.

Centrándonos en una realidad más cercana, vemos como España se sitúa por encima de la media comunitaria en cuanto a incremento de la prevalencia de las discapacidades según la edad, situándose por encima de la media a los 60 años. Esto es debido en gran parte por las condiciones de vida y de trabajo, ya que la mayoría de las limitaciones funcionales tienen su origen próximo en las enfermedades y accidentes como hemos señalado anteriormente.

Por tanto, vemos como muchas de las discapacidades sobrevenidas vienen a consecuencia de la alta siniestralidad laboral en España, por lo que habría que tomar cartas en el asunto y paliar dichas situaciones laborales, ya no solo por cuestiones de seguridad personal, sino porque a nivel social también produce un gran impacto y reflejo de ello es la discapacidad derivada de un accidente de trabajo.

Si nos centramos en el empleo, en primer lugar, vamos a tratar la normativa relacionada con los puestos de trabajo vinculados a personas en situación de invalidez, de modo que actualmente, el principio general es la extinción del contrato de trabajo al declararse a un trabajador en situación de invalidez permanente y la excepción, permanecer en suspensión. Por ello, habría que realizar una modificación para invertir dicha situación, tal que el trabajador conservara el puesto de trabajo, primando la adaptación del mismo y, en su caso, extinguirlo siempre y cuando sea imposible adaptar un puesto. Es decir, sería adaptarla a la directiva 2000/78/CE y a la Convención. Por tanto, lo que se propone sería suprimir la causa automática de extinción del contrato de trabajo cuando hay una invalidez absoluta, obligando a la empresa a ocupar al trabajador de manera efectiva en otro puesto de trabajo distinto del correspondiente a su profesión habitual o en un puesto compatible con su incapacidad.

Si en el momento de la declaración de la invalidez la empresa no dispusiera de una plaza acorde con las demandas del trabajador, debería darse un plazo para que queda alguna plaza vacante, que puede ser de dos años, aunque sería recomendable ampliarlo hasta los

cuatro años. Durante ese periodo existiría una preferencia absoluta a la hora de reincorporarse a la empresa.

Por otro lado, con el fin de incentivar el mantenimiento de personas con discapacidad sobrevenida en su empleo, sería necesario mejorar el porcentaje de la reducción del 50% e la cuota empresarial de la Seguridad Social. Esta es una forma moderada de impulsar la conservación del empleo en personas con discapacidad sobrevenida, y es moderada ya que se justifica por las dificultades que encuentra la propia empresa a la hora de tener que adaptar un puesto de trabajo.

Como vemos, la situación en cuanto a empleo para personas a las que se le diagnostica una situación de invalidez es bastante pésima, por lo que habría que plantearse la anterior modificación, pues todos tenemos un futuro incierto y en cualquier momento nos puede sobrevenir una discapacidad, enfrentándonos a estas condiciones de trabajo que dejan tanto que desear. Sin embargo con la propuesta anterior estamos intentando mejorar la calidad de vida y la vida autónoma e independiente de las personas que hoy en día sufren algún tipo de discapacidad y la de toda la sociedad, puesto que no sabemos si el día de mañana nos puede sobrevenir una discapacidad.

Si nos centramos en la Discapacidad Sobrevenida llevada al ámbito de la realidad socio-sanitaria en la que se ve envuelta, como hemos visto anteriormente, hay muchos aspectos a mejorar. En primer lugar vemos como a pesar de que en el ámbito sanitario existan numerosos avances a nivel tecnológico, existe un déficit a nivel social, es decir, se tiene poca consideración los aspectos sociales. Por otro lado, vemos como a nivel sanitario y social existe una coordinación bastante nula, o dicho de otro modo, con muchos aspectos a mejorar, ya que no existe un vínculo directo entre ambas.

Por todo ello, y como hemos podido comprobar anteriormente, es necesario que se cree un vínculo y una mejor coordinación entre estos dos ámbitos, ya que los dos afectan directamente tanto a la persona a la que le sobreviene una discapacidad como a la familia. Por eso, habría que plantear una nueva política de intervención donde el aspecto social este presente desde que comienza el sanitario, de este modo se llevaría a cabo una participación conjunta de las dos realidades y se lograría una intervención mucho más eficaz, donde se palien conjuntamente los impactos negativos que conlleva una discapacidad sobrevenida, tanto a nivel sanitario como social.

Con todo lo anterior, se procura que exista una mejora de la calidad del servicio a nivel socio-sanitario y con ello una mejora en la calidad de vida tanto de la persona a la que le sobreviene una discapacidad como a su entorno más cercano, como es la familia.

Es un cuestión bastante importante y de gran relevancia social ya que cualquier persona en un determinado momento puede ser cuidador de una persona a la que le sobreviene una discapacidad e incluso ser ella misma la persona afectada.

A modo de conclusión en lo referente a la familia, vemos como a lo largo del tiempo los estudios se ha dirigido hacia la intervención enfocada a las familias que tienen un hijo que nace con discapacidad y personas cuidadoras de personas mayores, sin embargo debemos de profundizar en la importancia de una intervención focalizada en las familias cuidadoras de personas con algún tipo de discapacidad sobrevenida. Es decir, centrarnos en programas basados en la atención de cuidadores o cuidadoras de personas con discapacidad sobrevenida, puesto que a lo largo del tiempo ha sido una cuestión que no se ha desarrollado y que sin embargo es bastante compleja, ya que estos cuidadores, como dijimos anteriormente, son sometidos a severos problemas de estrés e incertidumbre a la hora de tener una persona dependiente a su cargo.

Por lo tanto, vemos como debemos de avanzar no solo en el estudio de las personas cuidadoras de personas que nacen con discapacidad, sino que aún queda mucho que recorrer en cuanto al estudio de las necesidades de las personas cuidadoras de hijos o familiares con algún tipo de discapacidad sobrevenida. Para que esto sea posible, se deberán de establecer diferentes programas que se centren en este colectivo para que puedan enfrentar de la mejor manera dicha situación. Con ello no solo se consigue amparar a las personas cuidadoras, sino a la calidad de cuidado y atención que se ofrece, en este caso, a la persona dependiente.

9. Bibliografía

- Alonso, M. Á. (2013). *Personas con Discapacidad, perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras*. Madrid: Siglo XXI de España.
- Barreto, G. S. (2009). *Actuaciones de soporte y estrategias de intervención en familia. Familias y Daño Cerebral Sobvenido*. Madrid: Obra Social.
- Bilbao, A. (1997). *El accidente de trabajo: entre lo negativo y lo irreformable*. Madrid: Siglo XXI.
- Carlos Pereda, M. A. (2012). *Discapacidades e inclusión social*. Barcelona.
- Cimop, c. I. (1997). *Discapacidad y Trabajo en España*. Madrid: Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales.
- Fundosa Social Consulting (2006). *Estudio sectorial. Discapacidad sobrevenida*.
- García, L. B. (2006). *Daño cerebral sobrevenido en Castilla - La Mancha. Realidad sociosanitaria, desafíos de apoyo e integración comunitaria*. Castilla La Mancha: Fislem.
- Ioé, C. (2012). *Discapacidades e Inclusión Social*. Barcelona: Obra Social La Caixa.
- Ioé, C. (2003). *Inserción laboral de las personas con discapacidad*. Barcelona: Fundación "la Caixa".
- Martínez, R. S. (2011). Discapacidad adquirida y discapacidad sobrevenida. *Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, , 67-84.
- Patricia Ortega, A. S. (2007). *Discapacidad: paternidad y cambios familiares*. Colombia.
- Defensor del Pueblo (2005). *Daño Cerebral Sobrevenido en España: Un acercamiento epidemiológico y sociosanitario*. Madrid.
- Sociales, M. d. (1999). Artículo 4, RD 1971/1999. Madrid, España: BOE.

10. Anexos

10.1 Anexo I

Recomendaciones para el cuidador.

Los cuidadores que mejor se sienten son los que mantienen unos hábitos de vida que les llevan a estar en las mejores condiciones físicas y psicológicas para cuidar de sí mismos y de su familiar.

Algunas recomendaciones pueden ser:

- Vida sana: en situaciones de estrés y sobrecarga física y emocional es importante seguir unas pautas de vida saludables. Mantener una buena alimentación; disponer de periodos de descanso; tener un sueño reparador; evitar estimulantes en exceso; hacer ejercicio físico...
- Separar espacios físicos en que se producen cuidados, de otros en los que se realizan otros aspectos de la vida.
- *Organizar el tiempo*: Intentar combinar de la mejor manera posible obligaciones, necesidades y cantidad de tiempo disponible para sacarle el mayor partido y, como consecuencia, a vivir mejor.
- Salir de casa y buscar momentos de descanso que tengan lugar con cierta regularidad, para que sea posible descansar y recuperarse.
- Mantener aficiones e intereses: no centrarse sólo en los del familiar. Integrarlas poco a poco en la vida diaria.

- Evitar el aislamiento social: como consecuencia de un exceso de trabajo, muchos cuidadores se distancian de sus amigos y familiares. Esto lleva a situaciones de aislamiento que aumentan en el cuidador/a la sensación de sobrecarga. Necesitan disponer de tiempo libre para hacer actividades que les gustan, estar con otras personas...
- Descansar: intentar introducir en su vida diaria momentos de desconexión, sin necesidad de salir fuera de casa, ni dejar solo al familiar. Formas sencillas de distraerse; técnicas sencillas de respiración, visualizaciones...
- Realizar reuniones familiares, para analizar la situación, valorar posibles alternativas para cuidar y tomar decisiones sobre el reparto de tareas. Es importante que todo el mundo opine y contribuya, cada cual según su situación y posibilidades.
- Cada familia es diferente y no existe una fórmula única. Es útil que estas reuniones se repitan periódicamente o cuando la situación así lo requiera.
- Compartir emociones, dudas, opiniones, sentimientos, consecuencias o daños que produce cuidar

10.2 Anexo II

DIEZ MANDAMIENTOS PARA AYUDAR A NUESTRO FAMILIAR EN LA REHABILITACIÓN.

1. Paciencia: El proceso de rehabilitación en muchos casos suele ser muy lento. Debemos tomarnos su recuperación con paciencia y así poder transmitir esta paciencia a nuestro familiar.
2. Pedir información. Las lesiones cerebrales pueden provocar multitud de secuelas. El tratamiento y recuperación de estos déficits es largo y complejo. Es fundamental conocer información sobre el tratamiento.
3. Siempre pedir información: Insistimos en este punto. Antes de tomar la iniciativa para realizar cualquier actividad (realizar ejercicios físicos o mentales, realizar una salida, dar un medicamento) con nuestro familiar y ante cualquier duda debemos preguntar al equipo de rehabilitación. El equipo nos explicará qué actividades son más recomendables y nos advertirá de cualquier peligro o contraindicación con el tratamiento que se esté realizando. Así mismo en muchos casos nos podrán sugerir ideas que hagan que una actividad pueda ser mucho más provechosa para la rehabilitación.
4. Exigir nuestros derechos: Toda persona que recibe un tratamiento tiene derecho a conocer y a que le expliquen los hallazgos de la valoración, los objetivos, coste y tiempo del tratamiento, el pronóstico y los resultados de la intervención una vez finalizada. Toda esta información es muy importante para crear unas expectativas adecuadas.
5. Ser activos: Encontrar ayuda para una persona con una lesión cerebral es difícil ya que hay pocos especialistas y centros que trabajan esta especialidad. Así mismo los recursos y actividades que pueden beneficiar a nuestro familiar no están al alcance de la mano. Es importante buscar estos recursos y reorganizar nuestro entorno, nuestras costumbres y hábitos para poder ofrecer la mejor ayuda posible.
6. Ser positivos: En la recuperación de la persona con lesión cerebral hay que reconocer los pequeños logros que se producen semana por semana. Ayudar a que nuestro familiar dé un pequeño paso es ayudarlo a que llegue al final del camino.

7. Cuidarse: El estrés y el esfuerzo que supone acompañar a una persona con una lesión cerebral puede ser muy duro. Para ayudar mejor a nuestro familiar y ofrecerle nuestra mejor ayuda es fundamental buscar el equilibrio entre las necesidades de nuestro familiar y las nuestras propias, de descanso, comprensión, consuelo y relajación.

8. Pedir ayuda y apoyo: En muchos casos vamos a necesitar ayuda de otras personas y apoyo emocional para poder hacernos cargo de las necesidades de nuestro familiar, de otros miembros de la familia y de las nuestras propias. No debemos avergonzarnos al pedir ayuda para movilizar a nuestro familiar, sacar tiempo para descansar, hacernos cargo de otras responsabilidades y buscar apoyo emocional. En este sentido, que la familia permanezca unida es fundamental.

9. Seguir siendo familia: aunque los profesionales suelen pedir colaboración en el tratamiento, y es fundamental en la rehabilitación el trabajo realizado en casa, no podemos perder la relación que teníamos con nuestro familiar. Mantener los ratos de ocio, divertimento y apoyar a la persona van a ayudarnos a nosotros y a nuestro familiar a mantener una actitud positiva para la rehabilitación y mantener los lazos que nos unen como familia.

10. Ser realistas: Es importante ser positivos y pensar en la mejor recuperación de nuestro familiar. Pero cuando los progresos son muy reducidos y el tiempo de tratamiento ha sido prolongado es momento de pensar en aceptar la situación de nuestro familiar como permanente. La severidad de la lesión, el tiempo de evolución o la velocidad en la que la persona va recuperando sus capacidades físicas y cognitivas nos puede dar una idea de cuál puede ser su pronóstico.

Cuando nuestro familiar no mejora desde hace tiempo puede ser momento de aceptar la situación, dejar de pensar en la recuperación que quisiéramos para nuestro familiar y comenzar a trabajar y pensar con el equipo de rehabilitación qué ayudas, trucos y actividades (compensaciones) podemos ofrecer a nuestro familiar para aumentar su autonomía y calidad de vida.

