

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS NECESIDADES PERCIBIDAS POR LAS PERSONAS DISCAPACITADAS DE EDAD EN FUNCIÓN DEL TIPO DE DISCAPACIDAD

**Antonio-León Aguado Díaz
María Ángeles Alcedo Rodríguez**

Departamento de Psicología
UNIVERSIDAD DE OVIEDO

RESUMEN

El propósito del presente artículo estriba en analizar las principales necesidades percibidas según las distintas tipologías de discapacidad presentes en una muestra de 325 personas con discapacidad mayores de 45 años¹. Para ello se ha utilizado una entrevista personal semiestructurada elaborada siguiendo el modelo teórico de calidad de vida de Schalock. Los resultados obtenidos muestran gran variabilidad inter-grupos, en función de las distintas tipologías de discapacidad, en lo relativo a necesidades y preocupaciones percibidas, soluciones propuestas, medidas y apoyos requeridos y perspectivas de futuro. Dicha heterogeneidad no permite hablar de un modo específico de envejecimiento del conjunto de la población de personas con discapacidad. Por tanto, tampoco podemos pensar en planificar medidas y recursos sin

1 Este trabajo ha sido objeto de un contrato de investigación (referencia CN-01-249-B1), dentro del "Programa de estudios sobre discapacidad y envejecimiento", entre el IMSERSO y la Universidad de Oviedo.

Correspondencia: Departamento de Psicología, Universidad de Oviedo. Plaza Feijoo, s/n. 33003 Oviedo. Fax:98-5104144. Tel. 98-5103284. E-mail: aaguado@correo.uniovi.es.

previamente adecuarlos, como mínimo, a las necesidades específicas de los distintos colectivos de discapacidad, sin olvidar por ello que la mejor actuación consiste en personalizar las soluciones.

Palabras clave.- ENVEJECIMIENTO, DISCAPACIDAD, TIPOS DE DISCAPACIDAD, CALIDAD DE VIDA, NECESIDADES PERCIBIDAS, EVALUACIÓN, INTERVENCIÓN.

SUMMARY

The purpose of this paper is to analyse the main perceived needs in a sample of 325 persons with disability older than 45 years of age, according to the different disability types. A semistructured personal interview, developed following Schalock's quality of life theoretical model, is applied. The results show great inter-group variability, according to the different disabilities, related to the perceived needs and concerns, proposed solutions, required measures and support, and future perspectives. Such heterogeneity does not allow to talk specifically of the aging of disabled people considered as a group of population. Therefore, we cannot plan measures and resources without previously adequating them, at least, to the specific needs of the different disability groups, but without forgetting that the best intervention relies on finding personalized solutions.

Key words: AGEING, AGING, DISABILITY, DISABILITY TYPE, QUALITY OF LIFE, PERCEIVED NEEDS, ASSESSMENT, INTERVENTION.

1. INTRODUCCIÓN

La *calidad de vida* (CV) y las *necesidades percibidas* son conceptos que han cobrado gran importancia a lo largo de estas últimas décadas en el ámbito de la discapacidad. Dichos constructos se utilizan hoy en día como eje principal de los intentos de ayudar a las personas con discapacidades y como referencia para los procedimientos con los que se valora la validez social de los programas de educación y rehabilitación (Goode, 1994; Cummins, 1997;

Schalock, 1996). Existe un creciente consenso en admitir, por un lado, que la CV tiene un carácter *contextual* y que está firmemente ligada al *contexto de desarrollo* de las personas. Por otro, que es un *concepto multidimensional*, subjetivo en última instancia, que se traduce en una percepción general de bienestar o satisfacción global con el propio estilo de vida. O lo que es lo mismo, las condiciones de vida deseadas por una persona en relación con la satisfacción de *sus necesidades fundamentales*. Estas *necesidades percibidas* por las personas con discapacidad son reconocidas como uno de los principios conceptuales que conforman el constructo de CV y constituyen un indicador primordial del mismo (Verdugo y Schalock, 2001). Además, los planteamientos del *Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento* (1998) sintonizan con la idea de que dichas *necesidades* se incluyan en el marco de las políticas y medidas diseñadas para la mejora de la calidad de vida de la población anciana en general, y con la puesta en marcha de las ayudas adicionales que requieran para llevar una vida sana y plena.

El interés despertado por estos temas se refleja en el amplio número de publicaciones que al respecto van apareciendo para el colectivo de jóvenes y adultos medios con discapacidad. Baste citar, sólo a modo de ejemplo ilustrativo, la proliferación de trabajos de Schalock (1990, 1995, 1996, 1997a, b, 1999, 2001; Verdugo y Schalock, 2001) sobre CV en personas con retraso mental. Sin embargo, es un tema aún incipiente para el caso de las personas con discapacidad mayores. La carencia de conocimientos al respecto es grande. No sabemos con certeza cuáles son las consecuencias que acarrea en estas personas el envejecimiento, cuáles son sus necesidades más acusadas y cuáles las formas más adecuadas de intervención para satisfacerlas (Gibson, Rabkin y Munson, 1992; Campbell y Herge, 2000; Gardeur, 2000). La *investigación* casi se encuentra a un *nivel precientífico*. Además, existe un predominio de publicaciones teóricas, frente a una escasez y casi ausencia de investigación aplicada y estudios empíricos. En una reciente revisión de la investigación sobre el envejecimiento de las personas con discapacidad (Aguado, 2001) sólo se ha encontrado un grupo de trabajos centrados en el análisis de necesidades generales (Evans, Evans y Alberman, 1990; Zarb, 1991 y 1993; Zarb, Oliver y Silver,

1990; Diard, Ravaud y Held, 1994; McColl y Rosenthal, 1994; Balandin y Morgan, 1997; Anderson y Mattsson, 2001), y otro grupo de publicaciones más específicas que plantean aspectos médico-sanitarios (Burns, Batavia, Smith y DeJong, 1990; Alander, Parker y Stauffer, 1997; Campbell, Sheets y Strong, 1999) o la necesidad de servicios (McCallion y Janicki, 1997). En el entorno español sólo se dispone de dos trabajos, el trabajo que aborda las necesidades de las personas *adultas con grave discapacidad* (Aiguabella y González, 1996), y el estudio transversal de la población discapacitada mayor de 65 años de Melilla (Carilla, Carmona, Gallardo y Sánchez, 1999). Por desgracia, una tónica general en algunas de estas investigaciones es la frecuente presencia de deficiencias metodológicas, lo que limita enormemente la generalización de los resultados obtenidos.

Nuestra investigación nace precisamente con el objetivo de dar respuesta a muchas de estas cuestiones pendientes y contribuir así al *conocimiento científico* de este importante *problema social*. Uno de los objetivos de nuestro estudio estriba en el análisis y detección de las necesidades percibidas por este colectivo. Así, hemos comprobado que las personas con discapacidad de edad participantes en nuestra investigación manifiestan como *necesidades y preocupaciones dominantes* el área de la salud, los recursos económicos, la supresión de barreras, la asistencia domiciliaria, la calidad de los servicios y el incremento de los recursos asistenciales. Además, presentan gran coincidencia a la hora de señalar *carencias importantes en los servicios de apoyo formal e informal*. Ahora bien, este análisis global de necesidades no implica ignorar lo *común y específico* de cada *tipo de discapacidad*. Sabemos que, aunque hay cosas comunes en la experiencia de todas las personas con discapacidad que envejecen, hay aspectos que no lo son en función de los distintos tipos de discapacidad (Trieschman, 1987). Los efectos del envejecimiento variarán, más que en función de la edad cronológica de los sujetos, del estado de salud, de las disfunciones específicas y de la disponibilidad de apoyos y de necesidades cubiertas. El colectivo de personas con discapacidad es, pues, muy heterogéneo. Sus necesidades, por tanto, pueden variar en función de las distintas discapacidades y de las personas que las padecen. Examinar y tener en cuenta lo común y lo específico de envejecer

según cada una de las distintas discapacidades permitirá adecuar los apoyos que se faciliten desde los organismos públicos para ajustarse a las necesidades de estas personas, dada su heterogeneidad, lo que impide tratarlos como a un grupo homogéneo en sus necesidades. Con este fin, en nuestro estudio también nos hemos planteado como objetivo el análisis de las principales necesidades percibidas según las *distintas tipologías* de personas con *discapacidad*, todo ello con vistas a fomentar estilos de vida positivos y planificar apoyos sociales adecuados que incrementen la CV de las personas con discapacidad adultas.

2. MÉTODO

2.1. Participantes

La muestra está formada por 325 personas con discapacidad mayores de 45 años, con una media de edad de 64,4 años y una desviación típica de 11.66. En cuanto al género, destaca el predominio de mujeres, 54.8%, sobre hombres, 45.2%. En lo relativo a la residencia, según el volumen de población, existe un ligero predominio de personas residentes en núcleos de población de 10.000 ó más habitantes (54,1%), *áreas de tipo urbano*, mientras que el 45,5% reside en el *área rural* de Asturias. Por lo que atañe al nivel cultural, predomina el nivel bajo-primario (53,5%), con un 20,6% de sujetos neolectores. El nivel o cualificación profesional que prevalece es de tipo medio (experiencia profesional que requiere cierta especialización), que alcanza al 21,8%. Respecto a la ocupación o situación laboral, destaca el elevado número de personas pensionistas (48%) y jubiladas (21.5%), representadas mayoritariamente por hombres. Por lo que concierne al tipo de ingresos, un 40% de nuestros sujetos percibe una pensión de tipo no contributivo, frecuentemente por razones de su grado de discapacidad reconocido, y un 33,5% recibe una pensión contributiva. En lo relativo al tipo de convivencia, más de la mitad de nuestros sujetos, un 61,8%, vive con su familia propia, esposa y/o hijos, y un 14,2% con su familia de origen.

Respecto a las *características clínicas*, las personas de nuestra muestra presentan distintos *tipos de discapacidad*, concretamente, retraso mental, discapacidad física, deficiencia visual, deficiencia auditiva, trastornos mentales, Alzheimer y Parkinson. Existe un claro predominio de personas afectadas *de discapacidad física*, 44,9%, que constituyen casi la mitad de la muestra. El resto de las personas se agrupa de forma más homogénea en el resto de las categorías: deficiencia visual (11,4%), Alzheimer (10,2%), deficiencia auditiva (8,9%), Parkinson (8,6%), trastorno mental (8,3%) y retraso mental (7,7%). Atendiendo a la etiología, en el 67,1% de los casos la causa de la discapacidad ha sido la enfermedad, seguida a distancia de la causación congénita/perinatal (13,8%), en la que se sitúa el grupo de retraso mental casi por completo. En cuanto al grado de minusvalía reconocido, el rango medio coincide con el 71,7%, lo que supone un nivel de gravedad bastante alto. En lo relativo a la edad de adquisición de la discapacidad, aparece como media un valor de 35,3 años para el grupo total.

2.2. Instrumentos de evaluación

Para la recogida de datos relativos a las *necesidades percibidas* se han construido unas *entrevistas semiestructuradas* siguiendo, en parte, el *modelo de calidad de vida* propuesto por Schalock (1996). Dichas entrevistas estaban destinadas a las personas con discapacidad.

Paralelamente, se construyó una entrevista para la familia y otra para los profesionales de los centros e instituciones en que son atendidas estas personas con discapacidad mayores. En este artículo presentamos los resultados de la *entrevista personal*. Para más información acerca de las entrevistas a los *familiares y profesionales* remitimos al informe completo (Aguado, Alcedo, Fontanil, Arias y Verdugo, 2001).

La *entrevista personal* consta de 94 preguntas y recoge información sobre diferentes aspectos de la vida de las personas discapacitadas mayores, concretamente sobre *variables descriptivas relacionadas con la discapacidad* y sobre *variables sociodemográficas*

y ambientales. A mayor abundamiento, los principales componentes de esta entrevista personal son:

- Datos personales y sociodemográficos: género, edad, estado civil, lugar de nacimiento, lugar de residencia, procedencia, nivel cultural, nivel profesional, ocupación actual, ingresos, presencia de padres, hermanos e hijos y tipo de convivencia.
- Datos clínicos: tipo y descripción de la discapacidad, etiología, edad de adquisición, grado de minusvalía reconocido.
- Preocupaciones y necesidades generales y específicas sobre salud personal, recursos económicos, recursos asistenciales sanitarios, recursos de servicios sociales, existencia de barreras y otras preocupaciones y necesidades.
- Soluciones que consideran necesarias.
- Medidas y apoyos institucionales que echan en falta.
- Pensamientos sobre su futuro.
- Problemas señalados.
- Aparece como última una pregunta abierta para “*alguna otra consideración que añadir*”.

2.3. Procedimiento

Una vez elaboradas las entrevistas y antes de proceder a su aplicación, un equipo de 23 personas, licenciados en *psicología*, estudiantes de segundo ciclo de dicha licenciatura y de *educación especial*, fue *entrenado* para desarrollar el trabajo de campo. Para la selección de la muestra se ha recurrido principalmente a las *asociaciones y entidades públicas y privadas* que están en contacto y atienden a los distintos colectivos de personas con discapacidad. Con el objetivo de conseguir que ésta fuese lo suficientemente heterogénea y representativa de la población discapacitada mayor de 45 años del Principado de Asturias, se ha tratado de equiparar la muestra en función del tipo de discapacidad, rangos de edad, género, zona geográfica y ámbito de residencia. Las entrevistas fueron realizadas individualmente en locales accesibles de las asociaciones o acudiendo al domicilio o residencia de la persona evaluada. Las 325 personas con discapacidad de edad

que conforman la muestra han cumplimentado la entrevista personal en un tiempo medio aproximado de 60-75 minutos.

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Uno de los principales objetivos de nuestro estudio es conocer si existe relación entre las preocupaciones y necesidades percibidas por nuestros sujetos y el tipo de discapacidad. Para ello, hemos realizado *un análisis unifactorial de la varianza*, tomando como variable independiente atributiva el tipo de discapacidad [retraso mental (RM), deficiencia visual (DV), deficiencia auditiva (DA), trastorno mental (TM), Alzheimer, Parkinson, DF lesión medular (LM), DF sin afectación cerebral (DF sin AC), DF por enfermedad (DF Enf) y DF con afectación cerebral (DF con AC)], y como dependientes el número de preocupaciones y necesidades percibidas, el número de soluciones propuestas, el número de apoyos requeridos y el número de problemas de que informan nuestros sujetos. Este análisis nos permitirá establecer relaciones e inferencias sobre la asociación entre tales variables. Para dichos análisis adoptamos el nivel de significación a priori de $\alpha = ,05$.

3.1. Preocupaciones y necesidades percibidas y tipo de discapacidad

El objetivo es comprobar si existen o no diferencias significativas en el *número de preocupaciones y necesidades percibidas* en función de que los sujetos presenten un tipo u otro de discapacidad. En la *tabla 1* puede observarse que en las categorías *otras preocupaciones* y *preocupaciones de salud* no aparecen diferencias significativas, mientras que en el resto de los contrastes se da una amplia significación de diferencias. Por tanto, puede afirmarse que existen diferencias en el número y tipo de preocupaciones y necesidades percibidas por nuestros sujetos en función del tipo de discapacidad que presenten. Concretamente estas diferencias significativas aparecen tanto en relación con el *número total de preocupaciones y necesidades* ($\alpha = ,01$) como en las cuestiones relativas a *falta de*

Tabla 1.- Diferencias en número de preocupaciones y necesidades percibidas en función del tipo de discapacidad

	SC	gl	MC	F	Sig.
N° Preocupaciones y necesidades	Inter-grupos	65,158	9	7,240	2,638 ,006
	Intra-grupos	864,522	315	2,745	
	Total	929,680	324		
N° Preocupaciones salud	Inter-grupos	4,620	9	,513	1,869 ,056
	Intra-grupos	86,537	315	,275	
	Total	91,157	324		
N° Precoc. falta recursos económicos	Inter-grupos	4,277	9	,475	2,516 ,009
	Intra-grupos	59,495	315	,189	
	Total	63,772	324		
N° Precoc. falta recursos asistenciales	Inter-grupos	10,040	9	1,116	3,012 ,002
	Intra-grupos	116,680	315	,370	
	Total	126,720	324		
N° Precoc. Bienestar emocional	Inter-grupos	16,594	9	1,844	3,628 ,000
	Intra-grupos	160,096	315	,508	
	Total	176,689	324		
N° Precoc. Existencia de barreras	Inter-grupos	6,620	9	,736	2,465 ,010
	Intra-grupos	94,008	315	,298	
	Total	100,628	324		
N° Otras preocupaciones	Inter-grupos	2,395	9	,266	1,293 ,240
	Intra-grupos	64,835	315	,206	
	Total	67,231	324		

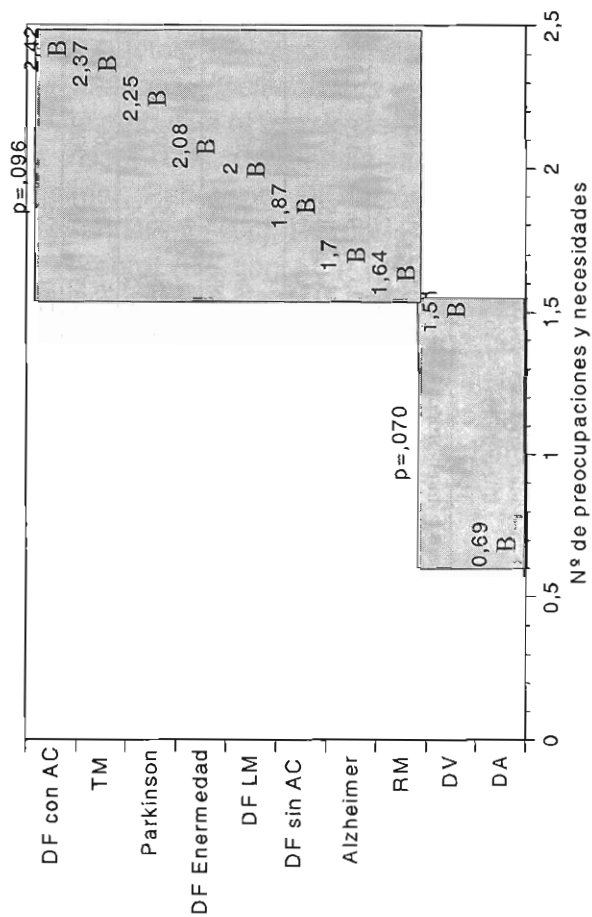


Gráfico 1.- Diferencias en número de preocupaciones y necesidades percibidas en función del tipo de discapacidad. (Prueba de Duncan)

recursos económicos (alfa = ,01), *falta de recursos asistenciales* (alfa = ,01), *bienestar emocional* (alfa = ,001) y *existencia de barreras* (alfa = ,05).

Para conocer entre qué discapacidades concretas existen tales diferencias hemos realizado un análisis de varianza utilizando la prueba de *significación post-hoc de Duncan*. Respecto a la variable *número total de preocupaciones y necesidades*, el análisis de Duncan (*gráfico 1*) arroja dos grupos netamente diferenciados. El primero agrupa a todas las discapacidades, excepto DV y DA, con un rango desde 1,64, para RM, hasta 2,42, para DF con AC (p intra = ,096). El segundo está constituido por DA y DV que manifiestan, respectivamente, una media de 0,69 y 1,51 (p intra = ,070). Es decir, las personas con DV y DA presentan una media de preocupaciones y necesidades menor que el resto de las personas con otras discapacidades.

Respecto al *número de preocupaciones sobre recursos económicos* (*gráfico 2*), encontramos tres grupos claramente diferenciados. Por un lado, las personas con Parkinson, DF con AC, DV y DA, Alzheimer y DF Enf, con las puntuaciones más bajas. Por otro, los sujetos con TM, RM y LM, con puntuaciones intermedias. Por último, el grupo de DF sin AC, que presenta las puntuaciones más altas.

Por lo que atañe al *número de preocupaciones sobre recursos asistenciales* (*gráfico 3*), los enfermos de Parkinson, que conforman el grupo con puntuaciones más altas, y los afectados de TM, DF Enf y DF con AC, con puntuaciones intermedias, se diferencian significativamente del grupo restante, que presenta las puntuaciones más bajas. Dicho de forma más directa, los enfermos de Parkinson comparten el mayor número de preocupaciones por la falta de recursos asistenciales.

La variable *número de preocupaciones relativas al bienestar emocional* (*gráfico 4*) nos ofrece asimismo tres grupos diferenciados, aunque con solapamiento. Un primer grupo estaría formado por las personas con TM, donde aparecen las puntuaciones más altas. A continuación, el segundo grupo de los enfermos de Parkinson, las personas con RM y DF con AC. El tercer grupo, el resto.

Por último, en el análisis de las diferencias del *número de preocupaciones por la existencia de barreras*, el análisis post-hoc de

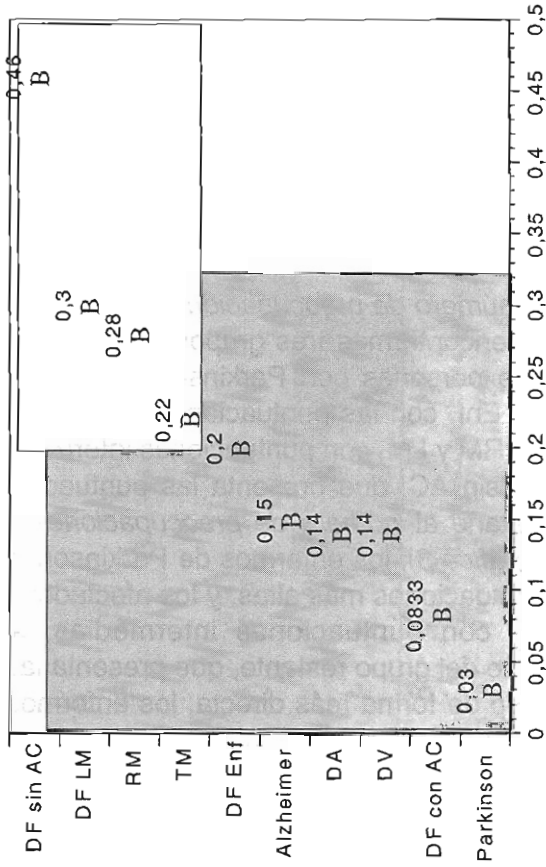


Gráfico 2.- Diferencias en número de preocupaciones sobre recursos económicos en función del tipo de discapacidad. (Prueba de Duncan)

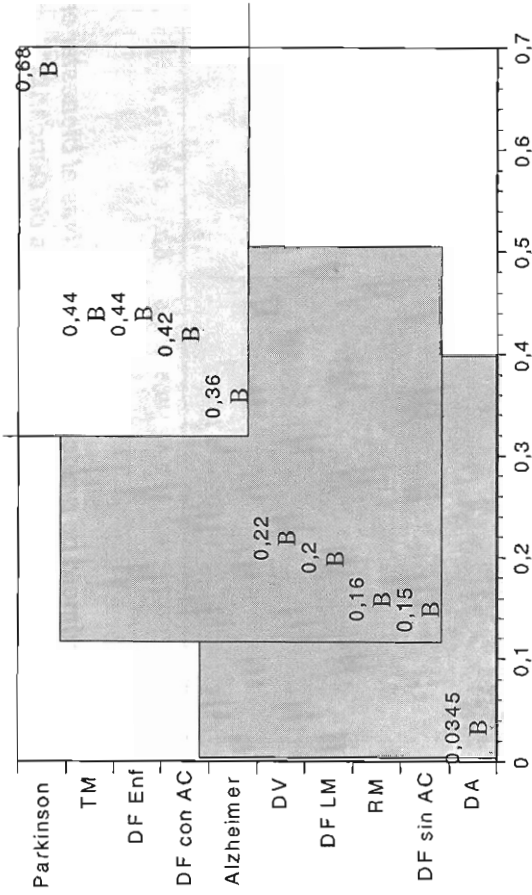


Gráfico 3.- Diferencias en número de preocupaciones sobre recursos asistenciales en función del tipo de discapacidad. (Prueba de Duncan)

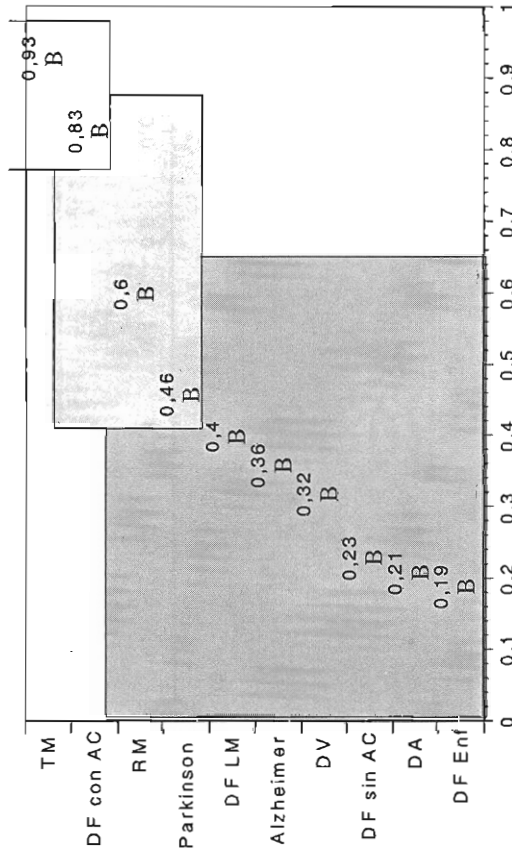


Gráfico 4.- Diferencias en número de preocupaciones relativas al bienestar emocional en función del tipo de discapacidad. (Prueba de Duncan)

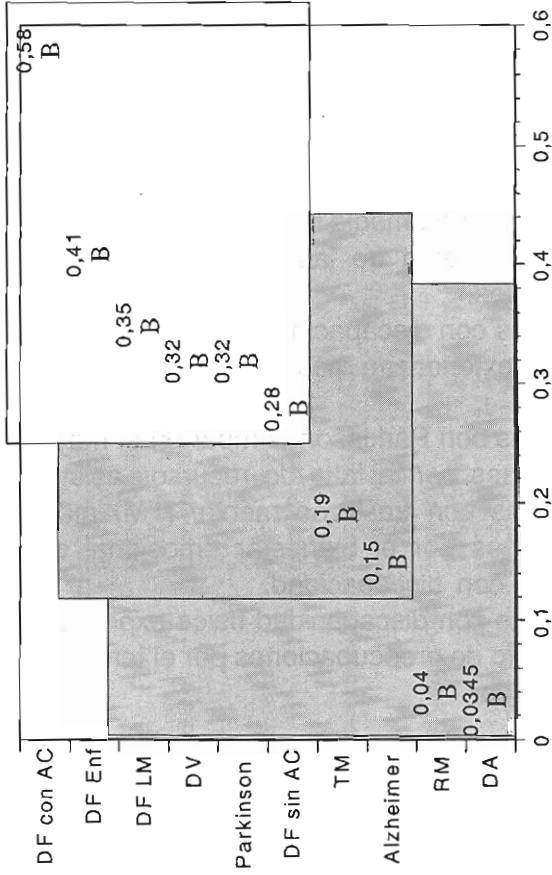


Gráfico 5.- Diferencias en número de preocupaciones por la existencia de barreras en función del tipo de discapacidad. (Prueba de Duncan)

Duncan (*gráfico 5*) señala la existencia de tres grupos, también con ciertos solapamientos. El primero estaría formado por las personas con DA y RM, subconjunto que presenta puntuaciones más bajas. El segundo, con puntuaciones intermedias, recoge a los enfermos de Alzheimer y a las personas con TM. El tercero, las puntuaciones más elevadas corresponden a las distintas tipologías de discapacidad física.

Los anteriores resultados nos permiten afirmar que el número de preocupaciones y necesidades de nuestros sujetos varía en función del tipo de discapacidad que presentan, observándose como datos más relevantes los siguientes:

- Las personas con deficiencia visual (DV) y deficiencia auditiva (DA) presentan una media de preocupaciones y necesidades menor que el resto de las personas afectadas de otras discapacidades.
- Las personas con discapacidad física sin afectación cerebral (DF sin AC) exteriorizan más preocupaciones sobre recursos económicos.
- Las personas con Parkinson comparten el mayor número de preocupaciones por la falta de recursos asistenciales.
- Las personas con trastorno mental (TM) manifiestan más preocupaciones por el bienestar emocional que sus otros compañeros con discapacidad.
- Las personas con discapacidad física expresan como grupo mayor número de preocupaciones por el tema de las barreras arquitectónicas.

3.2. Soluciones propuestas y tipo de discapacidad

En relación a la variable *número de soluciones propuestas*, se observan diferencias significativas (*tabla 2*) en cuatro de los contrastes realizados: *número total de soluciones* (alfa = ,01), *número de soluciones asistenciales* (alfa = ,05), *número de soluciones de apoyo emocional* (alfa = ,05) y *número de soluciones referidas a barreras* (alfa = ,01). Por tanto, todas estas categorías de soluciones propuestas se encuentran asociadas a la variable tipo de discapacidad. Sin

Tabla 2.- Análisis unifactorial de varianza entre las variables número de soluciones propuestas y tipo de discapacidad

	SC	gl	MC	F	Sig.	
Nº Soluciones	Inter-grupos	33,394	9	3,710	3,283	,001
	Intra-grupos	356,003	315	1,130		
	Total	389,397	324			
Nº Soluciones sanitarias	Inter-grupos	2,113	9	,235	1,898	,052
	Intra-grupos	38,964	315	,124		
	Total	41,077	324			
Nº Soluciones económicas	Inter-grupos	2,497	9	,277	1,322	,224
	Intra-grupos	66,106	315	,210		
	Total	68,603	324			
Nº Soluciones asistenciales	Inter-grupos	7,887	9	,876	2,052	,034
	Intra-grupos	134,525	315	,427		
	Total	142,412	324			
Nº Soluciones apoyo emocional	Inter-grupos	1,364	9	,152	2,089	,030
	Intra-grupos	22,863	315	7,258E-02		
	Total	24,228	324			
Nº Soluciones referidas barreras	Inter-grupos	1,860	9	,207	2,486	,009
	Intra-grupos	26,183	315	8,312E-02		
	Total	28,043	324			
Nº otras soluciones	Inter-grupos	1,891	9	,210	1,186	,303
	Intra-grupos	55,801	315	,177		
	Total	57,692	324			

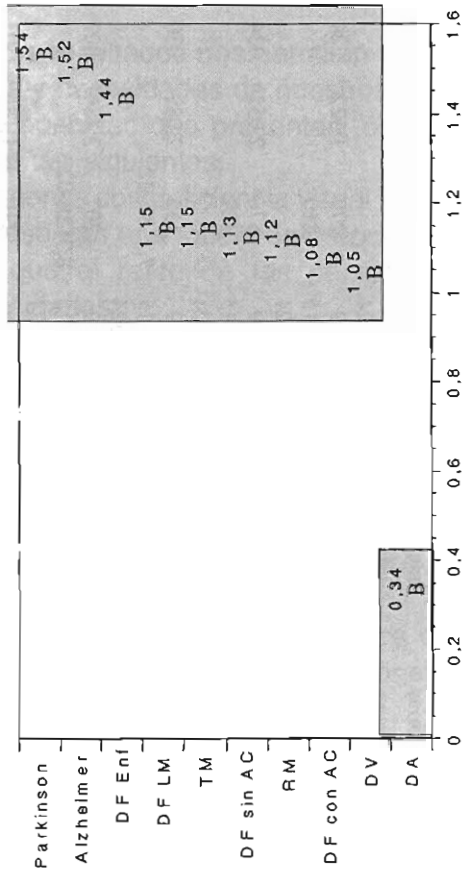


Gráfico 6.- Diferencias en número total de soluciones propuestas en función del tipo de discapacidad. (Prueba de Duncan)

embargo, no aparecen diferencias por el *número de soluciones económicas, número de soluciones sanitarias y otras soluciones*. No obstante, conviene destacar que la variable *número de soluciones sanitarias* está muy próxima al nivel de significación del 5% (.052).

Los análisis de las diferencias entre las variables dependientes y la variable tipo de discapacidad (prueba de significación post-hoc de Duncan) proporcionan los siguientes resultados.

Respecto a la variable *número total de soluciones propuestas*, el análisis de Duncan (*gráfico 6*), encuentra dos grupos netamente diferenciados. El primero agrupa las puntuaciones más bajas, que corresponden a las personas con DA (p intra = 1.000). El segundo está constituido por el resto de las distintas tipologías de personas con discapacidad (p intra = ,171).

En un análisis desglosado de las relaciones entre los distintos tipos de soluciones propuestas y el tipo de discapacidad, y por lo que atañe al *número de soluciones asistenciales* (*gráfico 7*), las personas afectadas de Parkinson y Alzheimer y las personas con DF con AC y con DF Enf, conforman el grupo con puntuaciones más altas (p intra = ,110), diferenciados claramente del otro subgrupo, formado por el resto de tipologías de discapacidad (p intra = ,102). Dicho de otra forma, las personas con trastornos de tipo neurológico y con DF con AC o DF Enf proponen un mayor número de soluciones asistenciales que el resto de colectivos de personas con discapacidad mayores.

En relación al *número de soluciones de apoyo emocional* (*gráfico 8*), encontramos un primer subgrupo, los enfermos de Parkinson, con las puntuaciones más elevadas (rango de ,30). Un segundo subgrupo lo conforman las personas con RM, TM, Alzheimer y DF sin AC, con puntuaciones intermedias. El tercer subgrupo, con las puntuaciones más bajas, agrupa al resto de tipologías, menos LM y DF con AC, que no puntúan en esta variable. Son, por tanto, los enfermos de Parkinson quienes se diferencian del resto en el mayor número de soluciones de apoyo emocional propuestas. Además, también podemos afirmar que las personas con LM y los discapacitados físicos con AC apenas plantean soluciones de apoyo emocional.

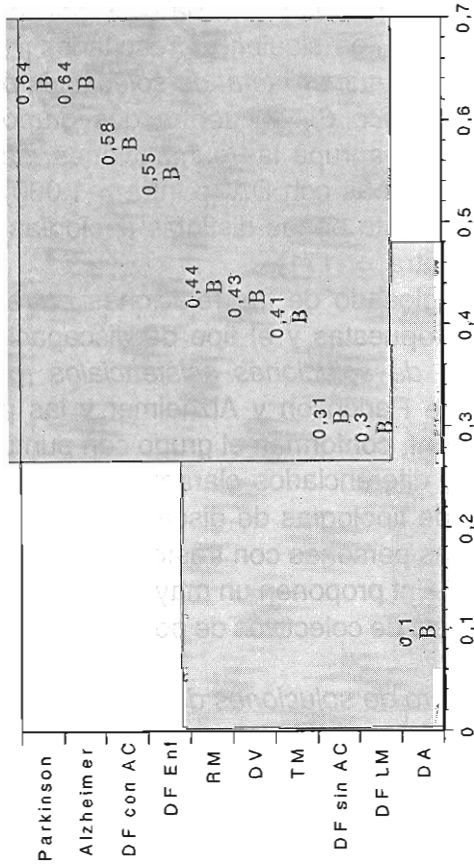


Gráfico 7.- Diferencias en número de soluciones asistenciales en función del tipo de discapacidad. (Prueba de Duncan)

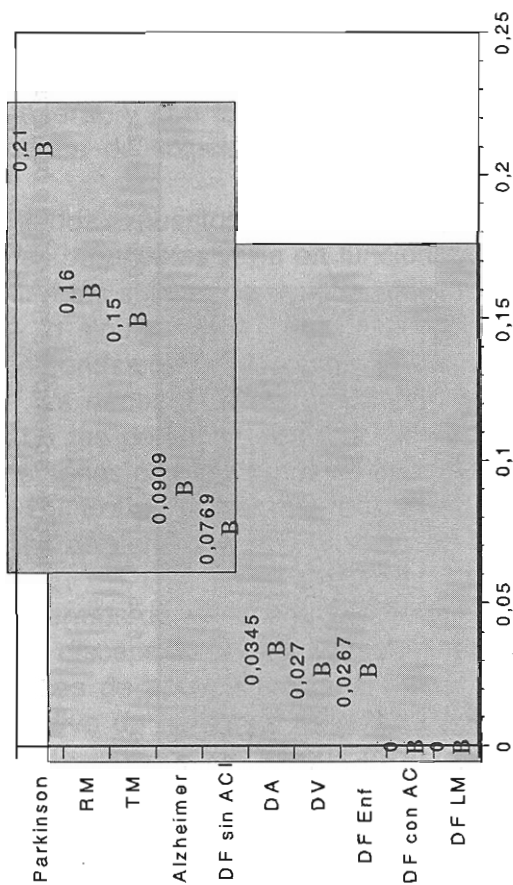


Gráfico 8.- Diferencias en número de soluciones de apoyo emocional en función del tipo de discapacidad. (Prueba de Duncan)

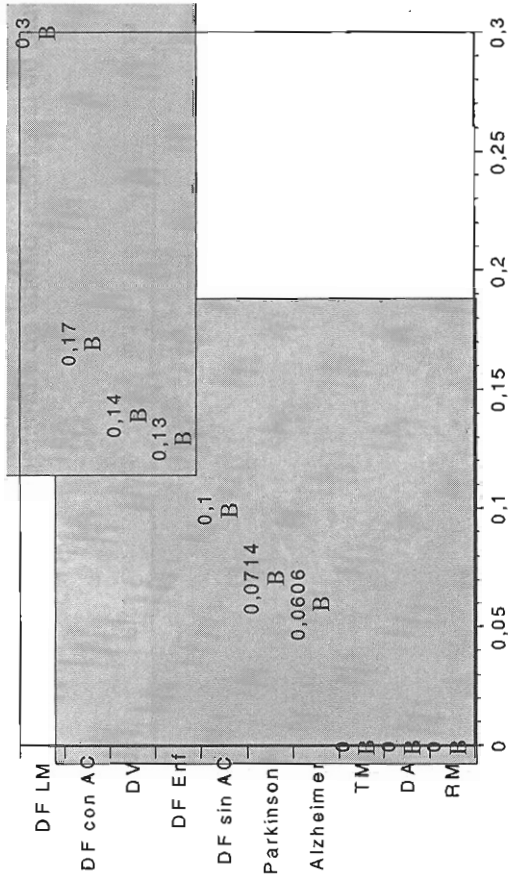


Gráfico 9.- Diferencias en número de soluciones referidas a barreras en función del tipo de discapacidad. (Prueba de Duncan)

Por último, el *número de soluciones referidas a barreras* (gráfico 9) presenta un grupo netamente diferenciado del resto, el de personas con LM, grupo que adquiere las puntuaciones más altas (,30). Un segundo grupo, con puntuaciones intermedias, agrupa al resto de personas con discapacidad física (rango de ,17 a ,10). El tercer grupo engloba al resto de las discapacidades, RM, DA, TM, Alzheimer y Parkinson, colectivos que no consideran el tema de las barreras como prioritario o importante para la solución de sus necesidades. Como era de esperar, el colectivo de personas con discapacidad física, en general, y con LM, en particular, son los que proponen mayor demanda de soluciones relacionadas con la supresión de barreras.

Los resultados expuestos permiten confirmar que el *número y tipo de soluciones propuestas* varía en función del tipo de discapacidad que presentan los sujetos de nuestra muestra. De estos resultados destacamos lo siguiente:

- Las personas con DA proponen un menor número de soluciones a las necesidades y preocupaciones percibidas que el resto de las personas con otra discapacidad.
- Las personas con trastornos de tipo neurológico y con DF con AC o DF Enf presentan mayor número de demandas de soluciones asistenciales que el resto de colectivos de discapacidades.
- Los enfermos de Parkinson se diferencian del resto de personas con discapacidad en la propuesta de un mayor número de soluciones de apoyo emocional.
- El colectivo de personas con discapacidad física en general, y el de lesionados medulares en particular, demandan más soluciones al problema de las barreras.
- Ningún grupo se separa del resto a la hora de reivindicar soluciones económicas.

3.3. Medidas y apoyos requeridos y tipo de discapacidad

Por lo que respecta a las *medidas y apoyos requeridos* (tabla 3), se puede observar que la relación con la variable tipo de discapacidad adquiere significación estadística en prácticamente todos los con-

Tabla 3.- Análisis unifactorial de varianza entre las variables número de medidas y apoyos requeridos y tipo de discapacidad

	SC	GI	MC	F	Sig.
Nº Apoyos requeridos	135,471	9	15,052	6,935	,000
Inter-grupos	683,686	315	2,170		
Intra-grupos	819,157	324			
Total	6,832	9	759	3,980	,000
Nº Apoyos sanitarios	60,091	315	191		
Inter-grupos	66,923	324			
Intra-grupos	5,237	9	582	2,864	,003
Total	63,994	315	203		
Nº Apoyos económicos	69,231	324			
Inter-grupos	5,515	9	613	2,448	,010
Intra-grupos	78,842	315	250		
Total	84,357	324			
Nº Apoyos asistenciales	8,373	9	930	3,821	,000
Inter-grupos	76,703	315	244		
Intra-grupos	85,077	324			
Total	6,708	9	745	5,827	,000
Nº Apoyos en el entorno	40,295	315	128		
Inter-grupos	47,003	324			
Intra-grupos	1,477	9	164	1,205	,291
Total	42,880	315	136		
Total	44,357	324			

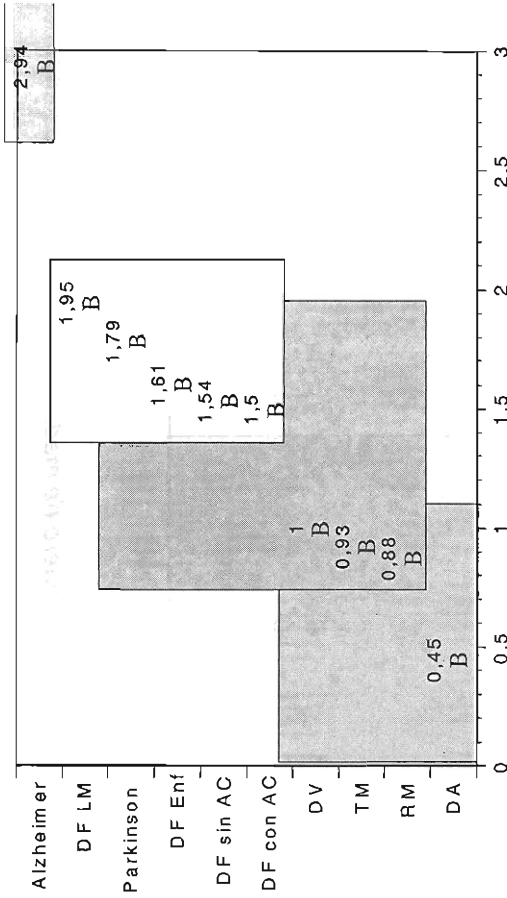


Gráfico 10.- Diferencias en número total de medidas y apoyos requeridos en función del tipo de discapacidad. (Prueba de Duncan)

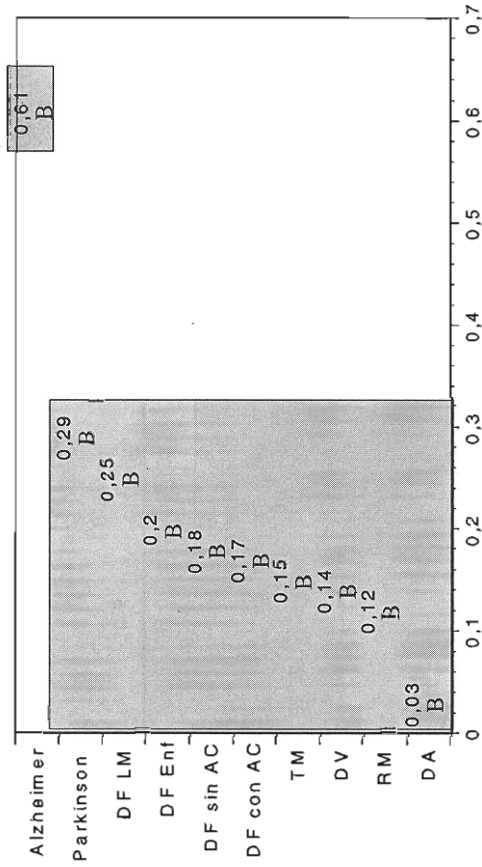


Gráfico 11.- Diferencias en número de medidas y apoyos sanitarios en función del tipo de discapacidad. (Prueba de Duncan)

trastes, con niveles de significatividad elevados, excepto para la categoría *otros apoyos* que no alcanza significación estadística. Por tanto, podemos afirmar que existen diferencias en el número y tipo de medidas y apoyos requeridos en función del tipo de discapacidad.

La prueba de *significación post-hoc de Duncan* para la variable *número total de medidas y apoyos requeridos* (gráfico 10) establece diferencias entre tres subgrupos. Un primer subgrupo, con las puntuaciones más altas, lo forman las personas afectadas de Alzheimer (p intra = 1,000). Un segundo subgrupo, con puntuaciones intermedias, recoge a los distintos tipos de discapacidad física y a los enfermos de Parkinson. El tercero agrupa a DV, DA, RM y TM, con las puntuaciones más bajas.

Si atendemos a la variable *número de medidas y apoyos sanitarios* (gráfico 11), el análisis de Duncan arroja dos grupos netamente diferenciados. El primero agrupa a las personas con Alzheimer, con una puntuación media de ,61 (p intra = 1.000). El segundo está constituido por el resto de las tipologías de discapacidad, con un rango de puntuaciones más bajo, desde ,12 a ,19 (p intra = ,078).

Respecto al *número de medidas y apoyos económicos* (gráfico 12), encontramos tres grupos claramente diferenciados. Por un lado, DA, TM, RM, DV y LM, con las puntuaciones más bajas. Por otro, DF Enf, DF con AC, Parkinson y DF sin AC, con puntuaciones intermedias. Por último, Alzheimer, que presenta las puntuaciones más altas.

En lo relativo al *número de medidas y apoyos asistenciales* (gráfico 13) aparece una configuración similar. El grupo de Alzheimer se diferencia del resto presentando el mayor número de demandas. Un segundo grupo con puntuaciones intermedias lo conforman Parkinson, TM, DF con AC, LM y DF Enf. El grupo con puntuaciones más bajas en la variable lo forman DA, RM, DV y DF sin AC.

En la variable *número de medidas y apoyos institucionales* (gráfico 14), también se observan diferencias significativas entre grupos de discapacidad.. Por un lado, y con las puntuaciones más altas, las personas con Parkinson y Alzheimer. Por otro, y con las puntuaciones más bajas, DA y RM. El resto se agrupan presentando puntuaciones intermedias en la variable.

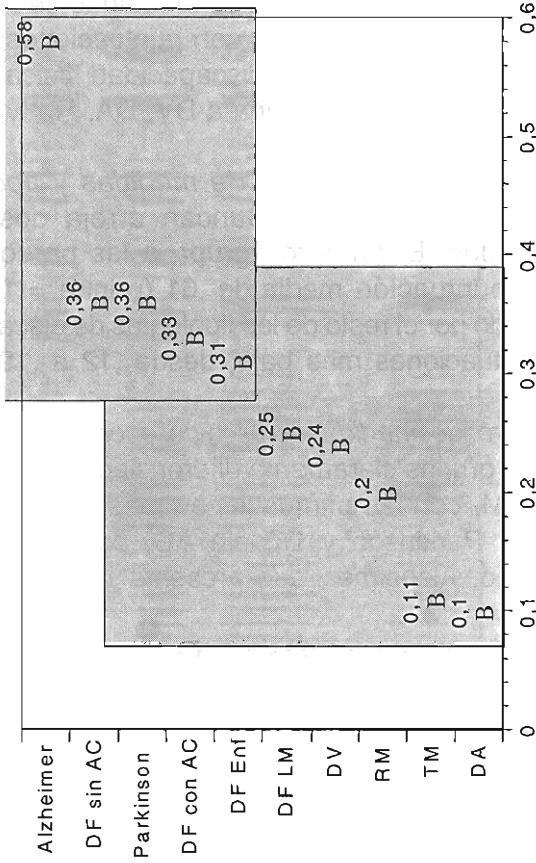


Gráfico 12.- Diferencias en número de medidas y apoyos económicos en función del tipo de discapacidad. (Prueba de Duncan)

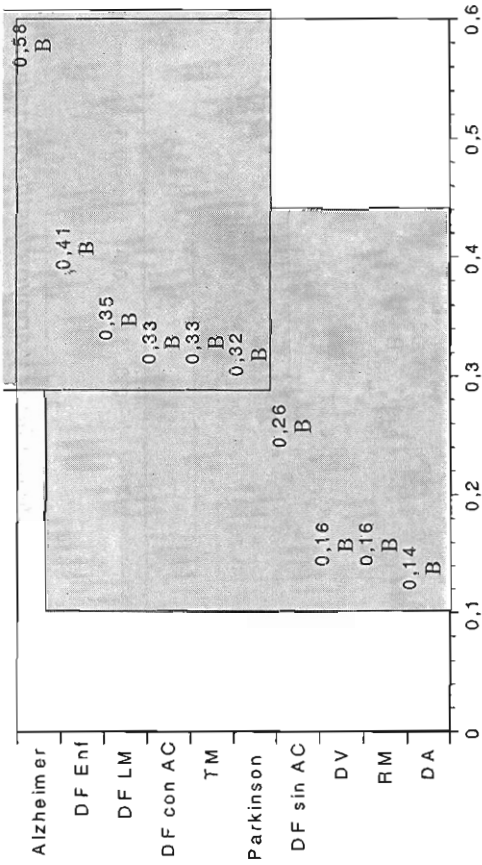


Gráfico 13.- Diferencias en número de medidas y apoyos asistenciales en función del tipo de discapacidad. (Prueba de Duncan)

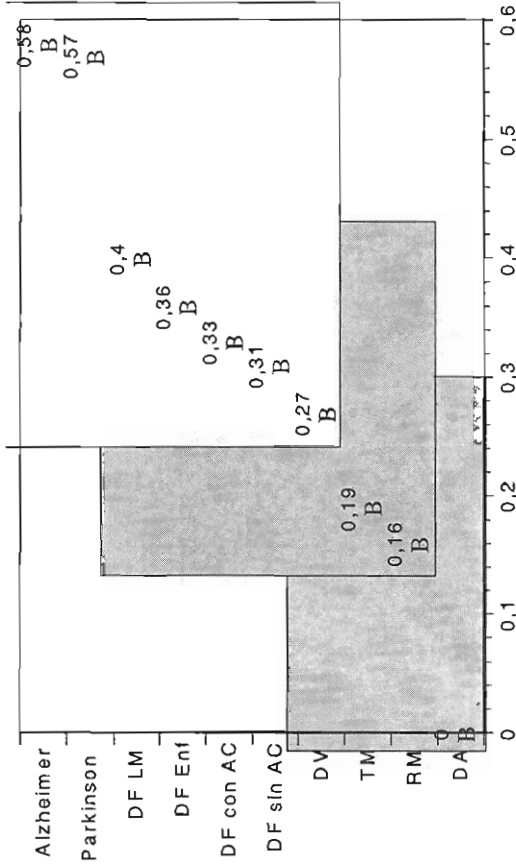


Gráfico 14.- Diferencias en número de medidas y apoyos institucionales en función del tipo de discapacidad. (Prueba de Duncan)

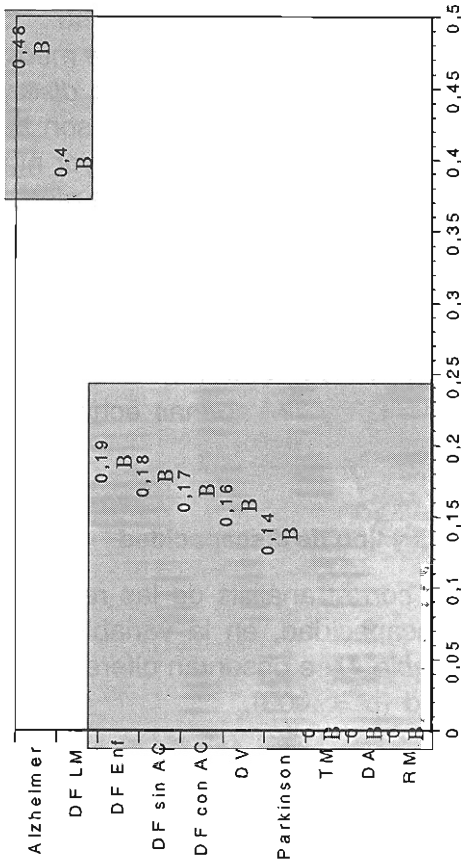


Gráfico 15.- Diferencias en número de medidas y apoyos en el entorno en función del tipo de discapacidad. (Prueba de Duncan)

Por último, en la variable *número de medidas y apoyos en el entorno* (gráfico 15) los resultados muestran diferencias significativas entre dos grupos. Uno formado por personas con LM y afectados de Alzheimer, que recoge las puntuaciones más altas, ,40 y ,48 respectivamente. Otro, agrupa al resto de las discapacidades con puntuaciones cuyo rango va desde ,19 a ,14. En esta variable los grupos de RM, DA y TM no puntúan. O lo que es lo mismo, no echan en falta ninguna medidas o apoyos en el entorno.

Los anteriores datos reflejan que el *número de medidas y apoyos requeridos* también varía en función del *tipo de discapacidad*. Las conclusiones que al respecto podemos extraer son las siguientes:

- Las personas con Alzheimer requieren mayor número de medidas y apoyos que el resto de las personas afectadas de otras discapacidades, principalmente medidas y apoyos sanitarios, económicos, asistenciales e institucionales.
- Las personas con LM y los que presentan Alzheimer difieren significativamente del resto en cuanto a una mayor demanda de medidas y apoyos en el entorno.
- Los grupos de RM, DA y TM apenas echan en falta apoyos en el entorno.

3.4. Problemas señalados y tipo de discapacidad

Tratando de finalizar con el análisis de las relaciones entre necesidades y tipo de discapacidad, en la variable *número total de problemas* señalados (tabla 4) se observan diferencias significativas por tipo de discapacidad ($p = ,000$).

Tabla 4.- Análisis unifactorial de varianza entre las variables número total de problemas y tipo de discapacidad

Nº Problemas	SC	gl	MC	F	Sig.
Inter.-grupos	211,833	9	23,537	6,195	,000
Intra-grupos	1196,739	315	3,799		
Total	1408,572	324			

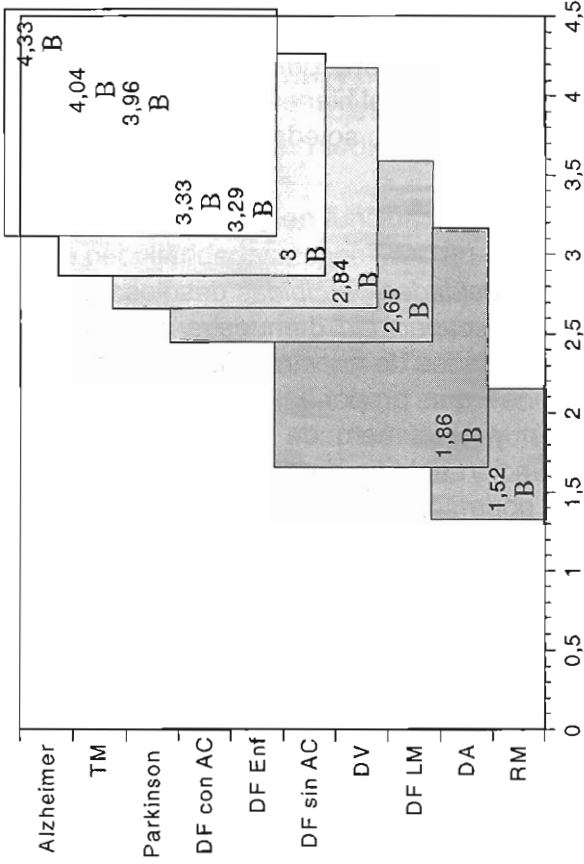


Gráfico 16.- Diferencias en número total de problemas en función del tipo de discapacidad. (Prueba de Duncan)

El análisis de Duncan del número total de *problemas* señalados en función del tipo de discapacidad (*gráfico 16*) arroja tres grupos netamente diferenciados. El primero de tales grupos reúne a las personas con Alzheimer y con TM como los que presentan mayor número de problemas genéricos. Un segundo grupo, con puntuaciones intermedias, agrupa a enfermos de Parkinson, DF con AC, DF Enf y DF sin AC. Por último, un tercer grupo acoge a las personas con RM, DA, LM y DV como subgrupo que presenta un menor número de problemas genéricos. Recordamos que en esta variable nuestros sujetos mayores aludían, principalmente, a problemas relacionados con la salud física y el bienestar psicológico (problemas de ansiedad, memoria, insomnio, soledad, inseguridad, etc).

4. CONCLUSIONES

El análisis de las *necesidades percibidas* desglosadas según las distintas *tipologías de discapacidad* demuestra que el número de preocupaciones y necesidades de nuestros discapacitados de edad, el número de soluciones que proponen, el número de medidas y apoyos que requieren y el número de problemas genéricos que presentan, varía en función del tipo de discapacidad que les afecte. A modo de síntesis, podemos destacar los siguientes aspectos:

- El tipo de discapacidad aparece como variable influyente que determina preocupaciones y/o necesidades distintas en el proceso de envejecimiento de las personas con discapacidad. Así, las personas con deficiencia visual y deficiencia auditiva presentan una media de *preocupaciones y necesidades* menor que el resto de las personas que presentan otras discapacidades; las personas con Parkinson comparten el mayor número de preocupaciones por la *falta de recursos asistenciales*; las personas con discapacidad física expresan un mayor número de preocupaciones por el tema de las *barreras arquitectónicas*, y las personas con trastorno mental comparten y manifiestan más preocupaciones por el *bienestar emocional* que el resto de los colectivos.

- El tipo de discapacidad también establece diferencias en el *número y tipo de soluciones propuestas*. Destaca, por un lado, la mayor demanda de *soluciones asistenciales* por parte de las perso-

nas con trastornos de tipo neurológico y con DF por enfermedad, colectivos que también presentan la media de edad más elevada. Por otro, la unanimidad de todos los colectivos de discapacidad en la propuesta de *soluciones de tipo económico*, principalmente subida de pensiones e incremento de las ayudas, como respuesta a sus necesidades.

- El *número de medidas y apoyos requeridos* también varía en función del tipo de discapacidad. Encontramos dos colectivos que difieren significativamente del resto en sus demandas de medidas y apoyos. Las personas con RM y DA que apenas requieren *medidas y apoyos institucionales*, y los sujetos con Alzheimer quienes echan en falta muchas de estas medidas, sanitarias, económicas y asistenciales, principalmente.

Llegados a este punto, y en función de los datos expuestos, todo apunta hacia peculiaridades específicas en el modo de envejecer de las personas con discapacidad. Pese a que todos ellas comparten problemas similares y están próximas en muchas cuestiones, no son un grupo homogéneo. Sus necesidades y preocupaciones, sus demandas y propuestas de solución, y sus problemas, y la intensidad de todos estos aspectos, varían en función de las distintas discapacidades, sin olvidar, además, las inherentes variabilidades intraindividuales. Dicho de otra forma, y ante la heterogeneidad que en algunas cuestiones presenta esta población, no podemos hablar de un modo específico de envejecimiento del conjunto de la población de personas con discapacidad. Por tanto, tampoco podemos pensar en planificar medidas y recursos sin previamente adecuarlos, como mínimo, a las necesidades específicas de los distintos colectivos de discapacidad, sin olvidar por ello, que la mejor actuación estriba en *personalizar las soluciones*.

En su conjunto, los resultados de nuestra investigación ponen de relieve carencias en los recursos y servicios de atención a las personas con discapacidad que están envejeciendo. La respuesta de las distintas entidades y organismos no responde aún a las demandas que este colectivo plantea. El proceso de envejecimiento de las personas con discapacidad necesita de una profunda revisión multidisciplinar que aborde con profundidad cuestiones variadas, desde las políticas de acción social, hasta los programas y recursos disponibles. Urge,

pues, la puesta en marcha de actuaciones y soluciones adecuadas a estas necesidades no cubiertas y tan frecuentemente reivindicadas y solicitadas por estas personas, con el fin último de mejorar su *calidad de vida*.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Aguado, A.L.** (2001): "¿Investigación en discapacidad y envejecimiento?: Panorámica de las publicaciones sobre el envejecimiento de las personas con discapacidad". *Ponencia invitada al III Seminario de Actualización en Investigación sobre Discapacidad: Cuestiones Metodológicas y Procedimentales (SAID)*. Salamanca, INICO, 13 de diciembre de 2001.
- Aguado, A.L., Alcedo, M.A., Fontanil, Y., Arias, B. y Verdugo, M.A.** (2001): *Discapacidad y envejecimiento: Necesidades percibidas por las personas discapacitadas mayores de 45 años y propuesta de líneas de actuación*. Informe de proyecto de investigación, IMSERSO y Departamento de Psicología, Universidad de Oviedo. (Inédito).
- Aiguabella, J. y González, M.** (1996): *Análisis de necesidades de personas adultas con grave discapacidad*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- Alander, D.H., Parker, J. y Stauffer, E.S.** (1997): "Intermediate-term outcome of cervical spinal cord-injured patients older than 50 years of age". *Spine*, 22 (11), 1189-1192.
- Anderson, C. y Mattsson, E.** (2001): "Adults with cerebral palsy: a survey describing problems, needs and resources, with special emphasis on locomotion". *Developmental Medicine and Child Neurology*, 43 (1), 76-82.
- Balandin, S., Alexander, B. y Hoffman, D.** (1997): "Using the Functional Independence Measure to assess adults with cerebral palsy: An exploratory report". *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 10 (4), 323-332.
- Burns, T.J., Batavia, A.I., Smith, Q.W. y DeJong, G.** (1990): "Primary health care needs of persons with physical disabilities: what are the research and service priorities?" *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 71 (2), 138-43.
- Campbell, J.E y Herge, E.A.** (2000): "Challenges to aging in place: The elder adult with MR/DD". *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics*, 18 (1), 75-90.

- Campbell, M.L., Sheets, D. y Strong, P.S.** (1999): "Secondary health conditions among middle-aged individuals with chronic physical disabilities: implications for unmet needs for services". *Assistive Technology*, 11 (2), 105-22.
- Carilla, M.P., Carmona, T., Gallardo, M.C. y Sánchez, P.** (1999): *Envejecimiento y discapacidad: Estudio de la población de Melilla*. Melilla: IMSERSO: Documento Interno (Xerocopiado).
- Cummins, R. A.** (1997): "Assessing Quality of Life". En R.I Brown (Ed): *Quality of Life for People with Disabilities. Models, Research and Practice*, (ps. 116-150). Cheltenham (GB): Stanley Thornes Ltd.
- Diard, C., Ravaud, J.F. y Held, J.P.** (1994): "French survey of postpolio sequelae. Risk factors study and medical social outcome". *American Journal of Physical Medicine Rehabilitation*, 73 (4), 264-267.
- Evans, P. M., Evans, S. J. M. y Alberman, E.** (1990): "Cerebral palsy: why we must plan for survival". *Archives of Disease in Childhood*, 65, 1329-1333.
- Gardeur, P.** (2000): "Aging of the mentally disabled. Evolution and perspectives of management". *Bulletin of the Academy of National Medicine*, 184 (1), 59-63.
- Gibson, J.W., Rabkin, J. y Munson, R.** (1992): "Critical issues in serving the developmentally elderly". *Journal of Gerontological Social Work*, 19 (1), 35-49.
- Goode, D.** (1994): *Quality of Life for Persons with Disabilities*. Cambridge: Brooklines Book.
- McColl, M.A. y Rosenthal, C.** (1994): "A model of resource needs of aging spinal cord injured men". *Paraplegia*, 32 (4), 261-70.
- McCallion, P. y Janicki, M.P.** (1997): "Area agencies on aging: Meeting the needs of persons with developmental disabilities and their aging families". *Journal of Applied Gerontology*, 16 (3), 270-284.
- ONU** (1998): *International Plan of Action on Ageing*. Nueva York: Division for Social Policy and Development.
- Schalock, L.** (1990): *Quality of Life: Perspectives and Issues*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Schalock, R. L.** (1995): *Outcome-based Evaluation*. Nueva York: Plenum Press.
- Schalock, R. L.** (1996): *Quality of Life. Vol. 1: Its Conceptualization, Measurement and Use*. Washington, D.C.: American Association on Mental Retardation.
- Schalock, L.** (1997a): "Evaluación de programas sociales: Para conseguir rendimientos organizacionales y resultados personales". Conferencia en las II Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad, Salamanca, 20-22-III, ps. 85-105.

- Schalock, L.** (Ed) (1997b): *Quality of life. Volumen II: Application to persons with disabilities*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Schalock, R. L.** (1999): "Hacia una nueva concepción de la discapacidad". En M.A. Verdugo y F. de Borja (Coors): *Hacia una nueva concepción de la discapacidad. Actas de las III Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad*, (ps. 79-109). Salamanca: Amarú.
- Schalock, R. L.** (2001): "Conducta adaptativa, competencia personal y calidad de vida". En M.A. Verdugo y F. Borja (Coors): *Apoyos, autodeterminación y calidad de vida: Actas de las IV Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad*, (ps. 84-104). Salamanca: Amarú.
- Trieschmann, R.** (1995): *Envejecer con discapacidad*. Barcelona: Fundació Institut Guttmann. (Versión castellana de Aging with a Disability. Nueva York: Demos Publications, 1987).
- Verdugo, M.A. y Schalock, R.** (2001): "El concepto de calidad de vida en los servicios humanos". En M.A. Verdugo y F. Borja (Coors): *Apoyos, autodeterminación y calidad de vida: Actas de las IV Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad*, (ps. 105-112). Salamanca: Amarú.
- Zarb, G.** (1991): "Creating a Supportive Environment: Meeting the Needs of People who are Ageing with a Disability". En M. Oliver (Ed): *Social Work: Disabled People and Disabling Environments*, (ps. 177-203). Londres: Jessica Kingsley.
- Zarb, G.** (1993): "Ageing with a disability". En. J. Johnson y R. Slater (Eds.): *Ageing and later life* (ps. 92-107). California: Sage Publications.
- Zarb, G.J., Oliver, M.J. y Silver, J.R.** (1990): *Ageing with spinal cord injury: The right to a supportive environment?*. Londres: Thames Politechnic, Spinal Injuries Ass.