

Introducción

En el año 1986, en respuesta a la demanda de información, el INE realizó la primera Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías, que permitió cuantificar e identificar los distintos tipos de discapacidades de la población española de acuerdo a la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) de la OMS.

La información que proporcionó esta investigación supuso en su día un gran avance en la información de carácter social y ha sido ampliamente utilizada por diversas instituciones y expertos en bienestar social. Sin embargo, como consecuencia de varios procesos coincidentes en el tiempo, esta información ha ido perdiendo actualidad y ha sido preciso llevar a cabo una nueva Encuesta cuyo contenido pretende reflejar la situación actual de las personas con discapacidad.

Por ello, la nueva Encuesta, que se ha realizado en el año 1999, no puede considerarse una repetición exacta de la anterior. Entre las novedades que introduce cabe destacar:

- Se amplía significativamente la cantidad de información desde la perspectiva de la persona y no de las deficiencias padecidas, como se hizo en la Encuesta del año 1986.
- Se estudia para cada tipo de discapacidad, el número y características de las personas que las padecen según el grado de severidad (leve, moderada o grave). Este aspecto tiene gran importancia, puesto que el nivel de gravedad de cada discapacidad está directamente relacionado con el grado de apoyo que estas personas demandan a las distintas instituciones y, por tanto, con la futura provisión de servicios sociales y sanitarios. Así, si la anterior Encuesta permitió conocer el número de personas que padecía algún tipo de discapacidad, el nuevo proyecto tiene previsto clasificar éste según el nivel de gravedad permitiendo estimar el número de personas dependientes.
- Se investiga el tipo de ayudas (técnicas o de otra persona) que reciben, así como las características de las personas cuidadoras.
- Se analiza la utilización de servicios sociales y sanitarios, su régimen económico y el tipo de centro donde se han recibido.
- Respecto al empleo, se incorpora una batería de preguntas sobre los cambios habidos en la actividad económica como consecuencia del padecimiento de discapacidades, sobre medidas de fomento del empleo, sobre tipos de contrato, y características de la empresa y búsqueda de empleo.
- En lo que se refiere a la formación, se investiga el nivel de integración escolar y de educación especial.
- También se introducen en la Encuesta preguntas que permiten deducir el grado de atracción de las distintas provincias como consecuencia del padecimiento de discapacidades.

- Por último, el marco integrador de las estrategias de salud que se desarrollan en nuestro país, cuyo objetivo es mejorar la salud de la población, precisa de otro tipo de información adicional sobre morbilidad percibida que, aunque quede fuera del fenómeno de la discapacidad, resulta imprescindible, tanto para determinar las diferencias socio-sanitarias existentes entre el colectivo que padece discapacidades y el que no las padece, como para conocer otros problemas de salud que también afectan a la población.

Esta nueva perspectiva incluida en la investigación abarca diversos temas de interés general sobre autovaloración del estado de salud, características antropométricas, limitaciones temporales de las actividades cotidianas, accidentalidad en el hogar, en lugares de ocio, ...prevalencia de enfermedades crónicas, hábitos de vida, medida de la utilización de los servicios, victimación, ...

Esta parte de la investigación se ha diseñado en consistencia con la información recogida por la Encuesta Nacional de Salud, realizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo, a fin de permitir la comparabilidad de los datos.

I Elaboración del proyecto

Con objeto de planificar con antelación suficiente los trabajos preparatorios de la Encuesta, se constituyó un grupo de trabajo consultivo de expertos del IMSERSO en el estudio de discapacidades, deficiencias y minusvalías que conjuntamente con los responsables del INE, durante el año 1998, trabajaron en las fases preparatorias del proyecto de la Encuesta.

El principal objetivo del grupo consistió en obtener a partir de la CIDDM una relación de discapacidades y deficiencias que abarcara la casuística de estos fenómenos en España, manteniendo en la medida de lo posible la comparabilidad con la encuesta anterior, así como a nivel internacional.

Asimismo, se analizaron las principales características que, a criterio del grupo, debían ser investigadas. A este respecto, la Fundación ONCE solicitó al INE la incorporación en el proyecto de una serie de preguntas concretas relacionadas con el empleo de las personas con discapacidad.

El INE, basándose en las conclusiones del grupo de trabajo, realizó en noviembre de 1998 una encuesta piloto cuyo objetivo fundamental consistió en detectar y valorar las posibles dificultades que pudieran tener los hogares para responder a la encuesta y aquéllas que pudieran encontrar los agentes al realizar las entrevistas en los distintos aspectos de las mismas, tales como incidencias con los informantes, problemas en la comprensión y presentación de los cuestionarios, contenido, extensión, tiempos efectivos y tiempos de espera necesarios para su cumplimiento, etc., con el fin de planificar adecuadamente los trabajos de campo de la encuesta definitiva.

La prueba piloto dispuso de un equipo de 8 entrevistadores para investigar una muestra de 500 viviendas familiares.

II Objetivos

La Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999 tiene los siguientes objetivos:

Objetivos fundamentales

1. Estimar el total de personas residentes en viviendas familiares que padecen alguna discapacidad y conocer cuáles son éstas.
2. Conocer la entidad de los distintos tipos de deficiencias que dan lugar a dichas discapacidades, identificando las deficiencias asociadas a cada uno de los grupos sociales.
3. Conocer las causas que hayan podido generar dichas deficiencias, obteniendo datos que son indispensables para la elaboración de políticas sociales orientadas a la reducción de aquellas deficiencias que son susceptibles de prevención.
4. Estimar el número de personas que, como consecuencia de padecer una deficiencia, sufren algún tipo de desventaja en relación con su entorno y analizar éstas últimas.
5. Conocer la estructura de la población residente en viviendas familiares que padece alguna discapacidad buscando el perfil de los estados de necesidad en que se encuentra la población, aportar información sobre los factores de riesgo que están vinculados a estos fenómenos y sobre la problemática de las familias en las que algún miembro padezca alguna discapacidad.

Otros objetivos

6. Aportar información indispensable para determinar las diferencias socio-sanitarias existentes entre el colectivo de personas con discapacidades y el que no las padece.
7. Identificar factores de riesgo que inciden en el estado de salud general de la población mediante la investigación de determinados hábitos de vida, así como de la utilización de los servicios sanitarios.
8. Atender las demandas de información estadística de carácter nacional e internacional.

III Principales aspectos metodológicos

ENFOQUE DEL ESTUDIO

La Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), establece tres niveles de consecuencias de la enfermedad.

El primer nivel está formado por los síntomas, señales o manifestaciones de una enfermedad a nivel de órgano o función de un órgano, cualquiera que sea su causa.

A este nivel de manifestación de una enfermedad se le denomina deficiencia. Una **deficiencia** es, por tanto, cualquier pérdida o anomalía de un órgano o de la función propia de ese órgano. Por ejemplo, ausencia de una mano, mala visión, sordera, retraso mental,

El segundo nivel lo constituyen las **discapacidades**, que son las consecuencias que la enfermedad produce a nivel de la persona. Por ejemplo, dificultad para subir escaleras, para comunicarse, para realizar las tareas del hogar,

El tercer nivel son las **minusvalías**, que recogen las consecuencias que la enfermedad produce a nivel social, es decir, las desventajas que la enfermedad origina en el individuo en su relación con las demás personas que forman su entorno, debido al incumplimiento o a la dificultad de cumplir las normas o costumbres que impone la sociedad.

En relación a la aplicación de esta clasificación, fue preciso resolver, con el asesoramiento del IMSERSO, una serie de dificultades metodológicas surgidas de la propia clasificación.

Los problemas y soluciones pueden resumirse en los siguientes:

- Fue preciso decidir cuál había de ser la pregunta que sirviese de punto de arranque de la investigación. El estudio se inició por el segundo nivel de consecuencias de la enfermedad, es decir, por las discapacidades, debido a que la clasificación de las deficiencias, primer nivel, utiliza una terminología médica que presenta una gran complejidad de respuesta para ser manejada por personal no sanitario.
- Por otra parte, la CIDDM incluye un gran número de deficiencias que no dan lugar a ninguna discapacidad, lo que podría haber convertido una encuesta que pretende ser de carácter social en una investigación exclusivamente sanitaria.
- Por último, las clasificaciones de discapacidades y deficiencias se adaptaron a un lenguaje asequible tanto para los entrevistadores como para los entrevistados.

No obstante, no fueron estos los únicos problemas que surgieron en la fase del proyecto de la Encuesta, sino que fue necesario resolver otros de carácter más general para delimitar el estudio. Estos problemas pueden esquematizarse en los siguientes:

– Partiendo de la base de que la discapacidad se define como una limitación de la capacidad humana que hace imposible o dificulta gravemente la actividad normal de la persona, lo primero que se precisó fue delimitar los actos primarios elementales, como desplazarse, comer, ..., para poder preguntar al encuestado cuál o cuáles de ellos es incapaz de realizar.

Resulta obvio que el número de actividades posibles a realizar por una persona es interminable y, por tanto, para delimitar el estudio fue necesario restringirlo a las fundamentales.

– El segundo punto a tener en cuenta fue que las discapacidades pueden no darse solas, sino que una misma persona puede padecer dos o más discapacidades que pueden ser independientes unas de otras, o bien pueden tener su origen en una misma deficiencia, por lo que hubo que tomar una decisión sobre qué deficiencias se investigarían.

– Otro tema a considerar fue determinar a partir de qué momento una discapacidad es objeto de estudio en la encuesta. En efecto, discapacidades aparentemente importantes, como podría ser una cojera muy notoria, pueden, de hecho, no limitar de forma grave el comportamiento de una persona y a la inversa, por lo que hubo que precisar con claridad en qué casos debía recogerse una discapacidad.

– Relacionado con el punto anterior, hubo que determinar cuándo una discapacidad es objeto de estudio en función del tiempo o permanencia de la misma, puesto que no interesa a efectos de este análisis aquella limitación pasajera que puede ser debida a una situación claramente subsanable (como puede ser la producida por una fractura de pierna o equivalente).

– También surgió el problema relativo a que algunas personas podrían considerar que muchas discapacidades pueden dejar de serlo con la ayuda de algún instrumento, por lo que también hubo que establecer un criterio claro a estos efectos.

– Otro punto importante fue el problema de la edad. En efecto, para los menores, es muy difícil conocer si una discapacidad va a tener carácter de larga duración o transitorio y, por otra parte, existen muchas limitaciones que son inherentes a la edad. Por ejemplo, no se puede decir que un niño de dos meses tenga una discapacidad para andar; sin embargo, puede tener algún problema que le ocasione esta limitación en el futuro y no siempre sea detectable en el momento. Un problema análogo se presenta con los ancianos, pues es discutible considerar como discapacidad el que una persona de 80 años no pueda conducir un vehículo. Estas consideraciones han llevado a establecer distintos grupos de edades a la hora de presentar los resultados.

Las soluciones a tomar en la Encuesta que han permitido paliar estas dificultades, se especifican a continuación:

– Se entiende por discapacidad, a efectos de este estudio, toda limitación grave que afecte de forma duradera a la actividad del que la padece y tenga su origen en

una deficiencia. Se hace, sin embargo, una excepción, recogiendo también algunas discapacidades que no tienen su origen en una deficiencia claramente delimitada, sino que, más bien, obedecen a procesos degenerativos en los que la edad de la persona influye decisivamente.

– Para cada persona entrevistada se recogen todas las discapacidades que padece, ya sean independientes o no entre sí.

– Se considera que una actividad está limitada gravemente cuando así lo estima el propio sujeto, es decir, se trata de cuantificar las discapacidades percibidas por la población española.

– Una limitación se considera de larga duración cuando la naturaleza de la misma lleve implícito este carácter, como es el caso de las limitaciones que provienen, por ejemplo, de un retraso mental o, cuando el tiempo que se lleva padeciendo o la suma del tiempo que se lleva padeciendo y el que se espera padecer sea igual o superior al año.

– Se investigan todas las discapacidades que padecen las personas aunque las tengan superadas con el uso de alguna ayuda técnica. A este respecto, es importante puntualizar que sólo se consideran discapacidades aquellas que se hayan superado con el uso de ayudas técnicas externas (muletas, sillas de ruedas, prótesis que sustituyen algún miembro, aparatos auditivos, oxígeno, sondas, ...), quedando excluidas aquellas otras que hayan sido superadas con el uso de ayudas técnicas internas (marcapasos, lentes intraoculares de cataratas, prótesis articulares de la rodilla, válvulas cardíacas, válvulas de descompresión cerebrales, clavos, ...).

Así, por ejemplo, una persona que con la ayuda de un marcapasos no tenga ningún tipo de dificultad para realizar las actividades en la vida cotidiana que se investigan, es decir, que tiene superada la discapacidad con el uso de marcapasos (ayuda técnica interna), se considera que no padece discapacidad. Ahora bien, si esta persona que tiene implantado un marcapasos se encuentra limitada para desarrollar alguna de las actividades aun con el uso de la ayuda técnica interna, se considera que tiene discapacidad.

Por el contrario, una persona que con la ayuda de una silla de ruedas o una pierna ortopédica (ayudas técnicas externas) no tenga ningún tipo de dificultad para realizar las actividades de la vida cotidiana que se investigan sí se considera que padece discapacidad.

Se hace una salvedad en el caso de las discapacidades de la visión: sólo se recogen las discapacidades que subsisten con el uso de gafas o lentillas y no aquellas que hayan sido superadas con el uso de estas ayudas técnicas aunque éstas son externas.

– Para salvar el problema de los menores y de los ancianos, antes apuntado, se consideran tres grupos de edad. Un primer grupo para niños con edades comprendidas entre 0 y 5 años, el segundo grupo entre los 6 y 64 años, y el tercero para las personas que tienen 65 y más años.

Para el primer grupo, es decir, para los niños menores de 6 años, se prescinde del estudio de las discapacidades propiamente dichas dada la dificultad que tiene su detección.

En efecto, puede haber sido diagnosticada alguna enfermedad que haya dado origen a una deficiencia pero no se haya traducido en discapacidad alguna debido a la corta edad, aunque en el futuro pudiera derivar en discapacidades .

Por ello, para este grupo se investiga un conjunto de limitaciones para realizar las actividades propias de edades tempranas que pueden considerarse indicativas de discapacidades futuras, como, por ejemplo, dificultad para mantenerse sentado o de pie si el niño tiene una edad superior a 6 meses, dificultad para nombrar un objeto,

Respecto al grupo de mayores de 64 años, las variables que se investigan coinciden con las consideradas para las personas del grupo de edad de 6 a 64 años, pero la explotación de los datos se realiza de forma independiente en ambos grupos.

FASES DE LA ENCUESTA

Definido ya el concepto de discapacidad, que es el punto de partida de la investigación, y establecido el criterio de cuáles son las discapacidades que interesa detectar, se ha planteado la realización del estudio en tres fases, que se identifican con los siguientes cuestionarios: un **Cuestionario de Hogar**, un **Cuestionario de Discapacidades y Deficiencias** (personas de 6 y más años), un **Cuestionario de Limitaciones y Deficiencias** (niños de 0 a 5 años) y un **Cuestionario de Salud**.

Primera fase. Cuestionario de Hogar

En la primera fase se intentaba captar a todos los miembros del hogar o personas residentes en el hogar entrevistado que padecieran alguna discapacidad o limitación. Para ello, se pasaba una batería de preguntas que trataba de determinar las discapacidades que padece cada persona, donde la discapacidad se presentaba en términos comprensibles para cualquier nivel cultural.

Asimismo, se solicitaba información de todos los residentes en el hogar (miembros del hogar y otras personas residentes en el hogar) sobre *edad, sexo, nacionalidad, estado civil, relación de parentesco con la persona principal* y otros temas fundamentales como *nivel de estudios terminados y tipo de centro donde los cursó; relación con la actividad económica, situación profesional, ocupación, actividad del establecimiento; cobertura sanitaria; posesión del certificado de minusvalía; internamiento en un establecimiento colectivo durante los 12 últimos meses.*

En esta primera fase, se solicitaba también información sobre el *tipo de hogar y composición del mismo, así como el nivel mensual de ingresos regulares del hogar y prestaciones sociales extraordinarias* recibidas por sus miembros.

Segunda fase

A. Cuestionario de Discapacidades y Deficiencias (Personas de 6 y más años)

En esta segunda etapa, se trataba de entrevistar a las personas de 6 y más años objeto de estudio, es decir, que padecen alguna discapacidad. En los casos de menores de 18 años o en los que la afección que padece les impidiera contestar, se solicitó la información al padre, a la madre, tutor o persona del hogar suficientemente informada. Se abría un Cuestionario de Discapacidades y Deficiencias a cada una de las personas de 6 o más años que manifestaban en el Cuestionario de Hogar que padecían alguna discapacidad y se preguntaba por el *grado de severidad de cada discapacidad, el pronóstico evolutivo, edad de inicio y sobre las ayudas técnicas y de asistencia personal solicitadas (recibidas y no recibidas)*, así como por la *deficiencia* que ha originado cada una de ellas. Para cada discapacidad manifestada sólo se considera una deficiencia.

Una vez determinadas para cada persona las discapacidades que han sido causadas por una misma deficiencia, y partiendo ya de ésta, se preguntaba sobre el *problema que causó la misma, su duración y la edad de inicio*. Asimismo, se requería información relativa a los *cuidados personales, a su pertenencia a ONGs y a cambios de residencia debidos al padecimiento de la discapacidad, la medida de la utilización de los servicios sanitarios y sociales: tipos de servicios, frecuencia de la utilización y demandas satisfechas y no satisfechas*. Se investigó también si habían *percibido o percibían algún tipo de prestación monetaria y/o beneficios fiscales*.

Para analizar el grado de integración social que este colectivo llega a alcanzar, se solicitó información sobre *la relación con la actividad económica anterior y posterior a la discapacidad, la ocupación anterior y posterior a la discapacidad, medidas de fomento al empleo y sobre problemática de las personas paradas y de las inactivas*. También se obtuvo información más específica relativa al *nivel de estudios terminados, estudios en curso e integración escolar*.

B. Cuestionario de Limitaciones y Deficiencias (Personas de 0 a 5 años)

Este cuestionario está dirigido a la población de menores de 6 años que en la actualidad padece alguna limitación objeto de estudio en la Encuesta.

Se abría un Cuestionario de Limitaciones y Deficiencias a cada niño menor de 6 años para el que figuraba alguna limitación en el Cuestionario de Hogar.

De la misma forma que en el Cuestionario de Discapacidades y Deficiencias, se solicitaba información sobre las *limitaciones* padecidas; su *severidad, su pronóstico evolutivo, las ayudas técnicas y de asistencia personal solicitadas (recibidas y*

no recibidas), la edad de inicio de la limitación y la deficiencia origen. Para cada una de las deficiencias se preguntaba por la causa, la edad de origen, y si son permanentes o no.

También se obtuvo información relativa a cuidados personales especiales al niño, cambios de residencia debido a alguna limitación del niño; pertenencia a ONGs y sobre prestaciones sanitarias, sociales y económicas.

Tercera fase. Cuestionario de Salud

En esta etapa se recogía información de un único miembro de cada hogar seleccionado aleatoriamente dentro del hogar. Para ello, se realizaba una serie de preguntas de opinión referentes a temas tales como: *medida de la utilización de los servicios* (en el caso de que la persona entrevistada padeciera alguna discapacidad o limitación, se investigaban aquellos servicios no relacionados directamente con las deficiencias padecidas, ya que sobre estos se preguntaba en el Cuestionario de Discapacidades y Deficiencias), *autovaloración del estado de salud, características antropométricas, limitaciones temporales de las actividades cotidianas, hábitos de vida, accidentalidad, prevalencia de enfermedades crónicas, victimación, accesibilidad y hábitos de nutrición.*

ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

- Ámbito poblacional

La investigación cubre el conjunto de personas que residen en viviendas familiares principales.

Cuando una misma vivienda esté constituida por dos o más hogares, el estudio se extiende a todos ellos, pero de manera independiente para cada hogar.

- Ámbito geográfico

La Encuesta se realizó en todo el territorio nacional.

- Ámbito temporal

La recogida de la información se realizó durante el segundo trimestre de 1999.

DISEÑO MUESTRAL

1. Tipo de muestreo

La encuesta está dirigida a la población que reside en viviendas familiares principales por lo que el diseño que ha utilizado es el de la Encuesta General de Población, fijando un tamaño de muestra que permite cumplir con los objetivos de la investigación.

Como tipo de muestreo se ha utilizado un muestreo bietápico estratificado. En primera etapa se seleccionaron secciones censales.

En cada provincia las secciones se agrupan en estratos según la importancia demográfica del municipio al que pertenecen y la categoría socioeconómica de los hogares ubicados en las mismas.

En segunda etapa se seleccionaron viviendas familiares, con igual probabilidad mediante muestreo sistemático con arranque aleatorio.

En cada vivienda se ha investigado a toda la población residente en la misma.

Para la cumplimentación del Cuestionario de Salud se seleccionó aleatoriamente una persona dentro del hogar.

2. Estratificación

De acuerdo con el diseño de la EGP en cada provincia las secciones se agrupan en estratos según la importancia demográfica del municipio a que pertenecen y la categoría socioeconómica de los hogares ubicados en las mismas.

Para formar los estratos se considera dos tipos de municipios:

Autorrepresentados: Son aquéllos que dada su categoría dentro de la provincia deben tener siempre secciones en la muestra.

Son municipios autorrepresentados:

- La capital de la provincia
- Municipios que tienen un número de habitantes tal, que en la afijación proporcional dentro de la provincia le corresponden al menos 12 secciones en la muestra.
- Municipios que teniendo una situación demográfica destacada dentro de la provincia no hay otros similares con que agruparlos, aunque proporcionalmente le correspondan menos de 12 secciones en la muestra.

Correpresentados: Son aquéllos que dentro de la provincia forman parte de un grupo de municipios demográficamente similares y que son representados en común.

De acuerdo con esta clasificación, los **estratos** considerados responden a los siguientes conceptos:

- **Estrato 1.** Municipio capital de provincia
- **Estrato 2.** Municipios autorrepresentados, importantes en relación con la capital.
- **Estrato 3.** Otros municipios autorrepresentados, importantes en relación con la capital o municipios mayores de 100.000 habitantes.

- **Estrato 4.** Municipios entre 50.000 y 100.000 habitantes.
- **Estrato 5.** Municipios entre 20.000 y 50.000 habitantes.
- **Estrato 6.** Municipios entre 10.000 y 20.000 habitantes.
- **Estrato 7.** Municipios entre 5.000 y 10.000 habitantes.
- **Estrato 8.** Municipios entre 2.000 y 5.000 habitantes.
- **Estrato 9.** Municipios menores de 2.000 habitantes.

Hay que tener en cuenta que dada la diferente distribución de tamaños de los municipios entre las distintas provincias no se ha podido realizar una estratificación uniforme para todas ellas. Por ejemplo en la provincia de Lugo solamente hay 10 municipios con menos de 2.000 habitantes por lo que se han agrupado los estratos teóricos 8 y 9 en el estrato 8 que contiene a los municipios de menos de 5.000 habitantes. Por el contrario la provincia de Burgos tiene más de 350 municipios de menos de 2.000 habitantes, incluidos en el estrato 9, y sin embargo tiene agrupados los estratos teóricos 7 y 8 en el estrato 7, al no haber apenas municipios entre 2.000 y 5.000 habitantes. No obstante, siempre que ha sido posible, se ha procurado realizar una estratificación uniforme para todas las provincias pertenecientes a una misma Comunidad Autónoma.

Los Censos y Padrones aportan la información necesaria para actualizar la estratificación en cada provincia, en función de la distribución de la población de los municipios.

Para la formación de los **subestratos** hay que tener en cuenta la categoría socioeconómica de los hogares ubicados en la sección.

Las secciones cambian de subestrato debido a la variación de la estructura de la población, por lo que la subestratificación se revisa en cada Censo utilizando la información que éste proporciona sobre las características que intervienen en la definición de categoría socioeconómica.

Esta información permite clasificar la población económicamente activa de la sección en cuatro grandes grupos:

- Agricultores.
- Trabajadores por cuenta propia.
- Directivos y profesionales por cuenta ajena y personal administrativo.
- Resto de trabajadores.

Existen dieciséis subestratos, quince de los cuales se obtienen en función de los porcentajes de población de los grupos 1, 2, 3, y 4 y el decimosexto (subestrato 0) está formado por aquellas secciones con un elevado porcentaje de población inactiva.

La definición de los quince primeros subestratos se establece según: 1) haya un claro predominio de uno de los cuatro grupos sobre los otros tres; 2) predominen dos sobre los otros dos; 3) predominen tres grupos y 4) no hay un claro predominio de ninguno de los cuatro grupos. En alguno de los estratos pueden no existir varios de los subestratos.

3. Tamaño de la muestra. Afijación

Para alcanzar los objetivos de facilitar datos a nivel nacional y provincial con un cierto grado de fiabilidad, y teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la anterior encuesta, se ha fijado un tamaño muestral de 79.000 viviendas familiares, distribuidas en 3.000 secciones censales.

La muestra de secciones se distribuye entre provincias asignando una parte uniformemente y el resto de manera proporcional al tamaño de la provincia.

La distribución entre estratos se ha hecho proporcional al tamaño del estrato, pero potenciando los estratos que contienen municipios de mayor tamaño, ya que ellos cabe esperar una mayor variabilidad en el comportamiento de la población.

El número de viviendas seleccionadas por sección ha sido 30 en las secciones de municipios de más de 100.000 habitantes, de 25 en las secciones de municipios entre 5000 y 10.000 habitantes y de 20 en las secciones de municipios de menos de 5.000 habitantes.

Esta distinción se ha realizado por el hecho de que en los municipios de mayor tamaño es donde generalmente se presentan mayores incidencias en los trabajos de campo.

La distribución de la muestra de secciones por provincias y estratos se presenta en el cuadro I.

4. Selección de la muestra

Las secciones seleccionadas pertenecen a la muestra de la EGP por lo que se han seleccionado con probabilidad proporcional al tamaño.

Las viviendas se seleccionan, en cada sección, con igual probabilidad mediante muestreo sistemático con arranque aleatorio.

Para la selección de la persona que cumplimenta el **cuestionario de salud** se ha utilizado un procedimiento aleatorio que asigna igual probabilidad a todas las personas del hogar, (Kish, 1949).

Cuadro I. Distribución de la muestra

Provincia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Total
	27				3		6			36
02. Albacete	19				9		3	6	5	42
03. Alicante	16	12		6	19	10	9	3	3	78
04. Almería	20				10	4	3	8	3	48
05. Avila	16						4	7	9	36
	11				12	5	10	10	6	54
	30				15	11	8	8		72
	70		47	20	28	15	10	5	3	198
	20				7		3		6	36
10. Cáceres	9				4	3	6	8	12	42
	11	12	6	19	11	8	5			72
	14				11	6	3	3	5	42
	8	5			8	8	10	4	5	48
	24				12	6	10	8		60
15. La Coruña	17			12	5	17	16	5		72
	9						6	6	15	36
17. Girona	8				10	9	5	8	8	48
18. Granada	20				10	7	9	8	6	60
19. Guadalajara	20					4		3	9	36
20. Guipúzcoa	15			5	7	16	6	5		54
	15					12	6	9		42
	12					10	6		8	36
	9	5			10	8	10	9	3	54
	14	6				7	3	7	11	48
25. Lleida	17					4	4	8	9	42
	22					4	4	4	8	42
	12					10	7	13		42
	125		44	16	12	5	8			210
	33			8	14	8	9			72
30. Murcia	26	12		5	16	12	7			78
	20				4	8	7	12	9	60
32. Ourense	15					4	3	15	5	42
33. Asturias	15	19		14	5	14	5	6		78
34. Palencia	20						3	6	7	36
35. Las Palmas	26			6	14	5	7	2		60
	7	20			11	16	8	4		66
	24					4	4		10	42
	16	10			11	9	10	4		60
	22	6				10	8	8	6	60
40. Segovia	18						4	4	10	36
	40			8	18	13	9	8		96
	19						5	6	6	36
	10	8			4	7	5	6	8	48
	11					4	11		10	36
45. Toledo	7	7					12	12	10	48
	38			9	25	12	10	8	6	108
47. Valladolid	32					4	6		6	48
48. Vizcaya	24	7		14	8	6	6	7		72
49. Zamora	19					5			12	36
50. Zaragoza	44					3	6		7	60
51. Ceuta	18									18
52. Melilla	18									18
Total	1132	129	97	142	333	333	325	263	246	3000

5. Estimadores

De acuerdo con el proyecto de la encuesta se van estimar dos tipos de características:

- Relativas a limitaciones, discapacidades y deficiencias.
- Relativas al estado de salud.

En el primer caso se investiga a todas las personas de la vivienda y en el segundo caso para analizar las características sobre el estado de salud se selecciona aleatoriamente una persona de entre los que forman el hogar.

Para estimar ambos tipos de características se utilizan estimadores de razón con el propósito de equilibrar la distribución de la muestra con la distribución de la población conocida a través de fuentes externas.

Las variables utilizadas en el ajuste son:

- Población en viviendas familiares distribuida por provincia y estrato.
- Población en viviendas familiares distribuida por provincias y grupos de edad y sexo.

En ambos casos las poblaciones se obtienen de las Proyecciones Demográficas de población.

TERMINOLOGÍA UTILIZADA

\hat{X}_p = Estimador de la característica X en la provincia P.

\hat{X}_h = Estimador de la característica X en el estrato h de la provincia P.

P_h = Proyección de población referida a mitad del segundo trimestre de 1999 del estrato h, provincia P.

V_h = Total de viviendas en el censo en el estrato h de la provincia P.

c_{ih} = Coeficiente de actualización de la sección i que representa el crecimiento de dicha sección desde el momento censal hasta el momento de realización de la encuesta.

v_{ih} = Viviendas efectivas de la muestra en la sección i, estrato h.

m_{ih} = Total de hogares en las viviendas de la muestra en la sección i, estrato h.

p_{jih} = Población en el hogar j de la sección i, estrato h.

x_{jih} = Total de personas que poseen la característica X en el hogar j, de la sección i, estrato h.

n_h = Número de secciones afijadas en el estrato h.

ESTIMADOR PARA CARACTERÍSTICAS RELATIVAS A LIMITACIONES, DISCAPACIDADES Y DEFICIENCIAS

El estimador inicial para una característica X es un estimador de razón que tiene en cuenta la probabilidad de selección de las viviendas, la corrección de la falta de respuesta a nivel de sección y el ajuste de la población por estrato. Su expresión es la siguiente:

$$\hat{X}_h = \frac{\sum_{i=1}^{n_h} \frac{V_h}{n_h \cdot v_{ih}} \cdot c_{ih} \sum_{j=1}^{m_{ih}} x_{jih}}{\sum_{i=1}^{n_h} \frac{V_h}{n_h v_{ih}} \cdot c_{ih} \sum_{j=1}^{m_{ih}} p_{jih}} P_h$$

El estimador para el total de la provincia será:

$$\hat{X}_P = \sum_{h \in P} \hat{X}_h$$

Este estimador se puede expresar de la forma:

$$\hat{X}_P = \sum_h \sum_i \sum_j k_{ih} x_{jih}$$

El estimador final se obtiene encontrando un nuevo peso d_{ih} de tal forma que se verifique:

a) La estimación, a partir de la muestra, de la población por grupos de edad y sexo en cada provincia coincida con la proyección de la población, es decir

$$\hat{P}_{(es)} = \sum_h \sum_i \sum_j d_{ih} \cdot p_{jih(es)} = P_{(es)}$$

siendo:

$\hat{P}_{(es)}$ = Total estimado de personas que pertenecen al grupo de edad y sexo (es), en la provincia P.

$P_{(es)}$ = Proyección demográfica de población del grupo (es), en la provincia P.

$p_{jih(es)}$ = Total de personas en la muestra del hogar j que pertenece al grupo de edad y sexo (es).

- b) La distancia entre k_{ih} y d_{ih} sea mínima, según una función de distancia previamente determinada.
- c) Los pesos d_{ih} sean los mismos para todos los miembros del hogar i.

Se ha aplicado el método **Raking Ratio** que utiliza una función de distancia logarítmica, utilizando el software CALMAR desarrollado por la oficina estadística de Francia (INSEE).

6. Errores de Muestreo

La estimación de los errores de muestreo se ha obtenido mediante el **método de los conglomerados últimos**, utilizando la expresión equivalente del estimador de la varianza:

$$\hat{v}(\hat{X}) = \frac{n}{n-1} \sum_{i=1}^n \left(\hat{X}_i' - \frac{\hat{X}}{n} \right)^2$$

donde:

n = Número de unidades primarias (conglomerados últimos).

\hat{X}_i' = Contribución de la unidad primaria $i^{\text{ésima}}$ al estimador general \hat{X}

En el caso particular de los estimadores de la encuesta y de acuerdo con la terminología utilizada (apartado 5.5), la estimación de la varianza del estimador de una característica X viene dada por:

$$\hat{v}(\hat{X}) = \sum_h \hat{v}(\hat{X}_h) = \sum_h \frac{n_h}{n_h-1} \left(\hat{X}_{ih}' - \frac{\hat{X}_h}{n_h} \right)^2$$

siendo \hat{X}'_{ih} la aportación de la sección i del estrato h a la estimación del estrato h , \hat{X}_h , obtenida como

$$\hat{X}'_{ih} = \sum_j d_{ih} x_{jih}$$

En las tablas se publica el error de muestreo relativo en porcentaje, coeficiente de variación, cuya expresión es:

$$c\hat{V}(\hat{X}) = \frac{\sqrt{\hat{V}(\hat{X})}}{\hat{X}}$$

El error de muestreo permite obtener el intervalo de confianza, dentro del cual, con una determinada probabilidad se encuentra el valor verdadero de la característica estimada.

La teoría del muestreo determina que en el intervalo comprendido entre

$$\left(\hat{X} - 1,96\sqrt{\hat{V}(\hat{X})} , \hat{X} + 1,96\sqrt{\hat{V}(\hat{X})} \right)$$

existe una confianza del 95 por ciento de que se encuentre el valor verdadero del parámetro X .

Así por ejemplo, el total estimado de personas entre 6 y 64 años con alguna discapacidad originada por una deficiencia mental es de 287.039 y tiene un error de muestreo relativo de 3,45 por ciento. Esto significa, que hay una gran confianza, en términos de probabilidad del 95 por ciento, de que el total verdadero se encuentre en el intervalo comprendido entre 267.629 y 306.449.

IV Conceptos y definiciones. Características fundamentales objeto de estudio

A continuación se proporcionan las definiciones de las características fundamentales objeto de estudio.

Las definiciones del resto de las variables investigadas pueden consultarse en la Metodología de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999.

DISCAPACIDAD

Se entiende por discapacidad, a efectos de la Encuesta, toda limitación grave que afecte o se espere que vaya a afectar durante más de 1 año a la actividad del que la padece y tenga su origen en una deficiencia. Se considera que una persona tiene una discapacidad aunque la tenga superada con el uso de ayudas técnicas externas.

Discapacidades en personas de 6 y más años

1. Ver

Se refiere a personas con dificultades graves o importantes de visión, ya sea de lejos o de cerca. A diferencia de todos los demás casos de discapacidades, dentro de los que son subsanables por medio de ayudas técnicas externas, este grupo sólo recoge aquellas limitaciones importantes que no han sido superadas mediante el uso de gafas o lentillas sea cual fuere la causa.

1.1 Discapacidad para recibir cualquier imagen

Se refiere a personas que padecen ceguera total en ambos ojos, independientemente de la deficiencia que la ha producido (deficiencia de la vista, deficiencia endocrino-metabólica, ...).

1.2 Discapacidad para tareas visuales de conjunto

Se refiere a personas con pérdida o reducción de la capacidad para ejecutar tareas que requieren una adecuada visión a distancia (por ejemplo, identificar objetos en la calle, ...). Los ciegos de un ojo que no tengan en el otro ojo dificultad alguna de visión se deberán incluir en esta discapacidad 1.2. Si además tienen dificultades en el otro ojo, se clasificarán también en la rúbrica que corresponda con dicha dificultad.

1.3 Discapacidad para tareas visuales de detalle

Se refiere a personas que, aún con gafas o lentillas, tienen una dificultad grave o importante para distinguir las imágenes del televisor, leer el periódico, coser o ver la hora de un reloj de pulsera a una distancia normal. Incluye la pérdida o reducción de la capacidad para ejecutar tareas que requieren una agudeza visual adecuada.

1.4 Otras discapacidades de la visión

Se refiere a las personas que tienen dificultades graves o importantes en la visión nocturna, diferenciación de colores, ...

2. Oír

2.1 Discapacidad para recibir cualquier sonido

Se refiere a personas que debido a una sordera total son incapaces de recibir ningún sonido aun cuando estos se amplifiquen.

2.2 Discapacidad para la audición de sonidos fuertes

Se refiere a personas que tienen dificultades graves o importantes para oír sirenas, alarmas, dispositivos de advertencia,

2.3 Discapacidad para escuchar el habla

Se refiere a personas que debido a una pérdida o reducción de la capacidad auditiva son incapaces de entender una conversación en tono normal. Las personas con sordera total en un oído que no tengan en el otro oído dificultad alguna de audición deberán incluirse en esta discapacidad. 2.3. Si además tienen dificultades en el otro oído deberán clasificarse también en la discapacidad que se corresponda con dicha dificultad.

3. Comunicarse

Se refiere a personas con dificultades graves o importantes para formular y entender mensajes verbales y no verbales (expresión facial, gestos, signos).

3.1 Comunicarse a través del habla

Se refiere a personas con dificultades graves o importantes para articular palabra alguna (mudez).

3.2 Comunicarse a través de lenguajes alternativos

Se refiere a personas con dificultades graves o importantes para entender y/o producir mensajes por medio de lenguajes alternativos formales de signos (lenguaje de sordos, lenguajes asistidos por ordenador, ...). Excluye el lenguaje escrito y Braille.

3.3 Comunicarse a través de gestos no signados

Se refiere a personas con dificultades graves o importantes para entender y/o producir mensajes por medio de gestos u otras expresiones faciales, corporales, etc. no signados.

3.4 Comunicarse a través de escritura-lectura convencional

Se refiere a personas con dificultades graves o importantes para comprender y/o producir lenguaje escrito. El lenguaje Braille se considera un lenguaje convencional.

4. Aprender, aplicar conocimientos y desarrollar tareas

Se refiere a personas con dificultades graves o importantes para adquirir conocimientos (a través tanto de instrucciones como por propia experiencia) y aplicar estos, debidas exclusivamente a la existencia de deficiencias cognitivas y/o intelectuales.

4.1 Reconocer personas, objetos y orientarse en el espacio y en el tiempo

Se refiere a personas con dificultades graves o importantes para reconocer personas, objetos y orientarse, debido exclusivamente a deficiencias intelectuales y/o cognitivas (retrasos, demencias, enfermedades mentales). Por tanto no incluye aquellas limitaciones debidas a deficiencias sensoriales (vista, oído, ...).

4.2 Recordar informaciones y episodios recientes y/o pasados

Se refiere a personas con dificultades graves o importantes de la memoria, de la atención y/o de la concentración.

4.3 Entender y ejecutar órdenes sencillas y/o realizar tareas sencillas

Se refiere a personas con dificultades graves o importantes para entender y asimilar la información y los elementos del aprendizaje de una tarea con un componente principal.

4.4 Entender y ejecutar órdenes complejas y/o realizar tareas complejas

Se refiere a personas con dificultades graves o importantes para reconocer la naturaleza de los problemas, analizarlos, elegir la mejor alternativa, realizarla y controlar el resultado y hacer los ajustes o correcciones de las actividades desarrolladas.

5. Desplazarse

Se refiere a personas con dificultades graves o importantes para desarrollar los movimientos básicos del cuerpo debido tanto a deficiencias físicas como psíquicas.

5.1 Cambios y mantenimiento de las diversas posiciones del cuerpo

Se refiere a personas con dificultades graves o importantes para mantener y cambiar los pesos de las partes del cuerpo en los diferentes decúbitos. Incluye las personas encamadas sin posibilidad de movimiento alguno en la propia cama.

5.2 Levantarse, acostarse, permanecer de pie o sentado

Se refiere a personas con dificultades graves o importantes para realizar y mantener dichas posiciones.

5.3 Desplazarse dentro del hogar

Se refiere a personas con dificultades graves o importantes para caminar y desplazarse sin ayuda en el hogar y actividades relacionadas. Incluye usuarios de sillas de ruedas.

6. Utilizar brazos y manos

Se refiere a personas con dificultades graves o importantes para mover y manipular objetos con los miembros superiores debido tanto a deficiencias físicas como psíquicas.

6.1 Trasladar-transportar objetos no muy pesados

Se refiere a personas con dificultades graves o importantes para realizar actividades que implican el uso del brazo y la mano y para alcanzar, sostener y llevar objetos de poco peso.

6.2 Utilizar utensilios y herramientas

Se refiere a personas con dificultades graves o importantes para coger, guardar o soltar útiles domésticos y de trabajo.

6.3 Manipular objetos pequeños con manos y dedos

Se refiere a personas con dificultades graves o importantes para desarrollar actividades que requieren la utilización de movimientos finos y la destreza de los dedos de la mano (p. ej.: uso de teclados, contar monedas, ...).

7. Desplazarse fuera del hogar

Se refiere a personas con dificultades graves o importantes para desarrollar actividades que se requieren para que la persona pueda moverse en el entorno de su ambiente habitual (incluye personas en silla de ruedas).

7.1 Deambular sin medio de transporte

Se refiere a personas con dificultades graves o importantes para realizar desplazamientos a distancias cortas (50 m.), subir y bajar escaleras (10 peldaños), moverse entre objetos, gente, ... (por ej.: calle, tiendas, ...).

7.2 Desplazarse en transportes públicos

Se refiere a personas con dificultades graves o importantes para acceder y utilizar vehículos públicos (autobuses, trenes, metros, ...). Se incluyen personas que sólo pueden utilizar vehículos adaptados.

7.3 Conducir vehículo propio

Se refiere a personas con dificultades graves o importantes para manejar un vehículo en situaciones donde existan otros vehículos en movimiento.

8. Cuidarse de sí mismo

Se refiere a personas con dificultades graves o importantes para realizar actividades de la vida diaria de autocuidado e higiene personal.

8.1 Asearse solo: lavarse y cuidarse de su aspecto

Se refiere a personas con dificultades graves o importantes para el uso de utensilios e instalaciones (ducha, baño) para el lavado y aseo de las diferentes partes del cuerpo (manos, cabeza, pies, ...).

8.2 Control de las necesidades y utilizar solo el servicio

Se refiere a personas con dificultades graves o importantes para planificar y llevar a cabo las actividades relacionadas con la excreción en las formas culturalmente aceptadas.

8.3 Vestirse, desvestirse, arreglarse

Se refiere a personas con dificultades graves o importantes para realizar las actividades destinadas a ponerse o quitarse la ropa de las diferentes partes del cuerpo, abrocharse, atarse los zapatos,

8.4 Comer y beber

Se refiere a personas con dificultades graves o importantes para realizar acciones tales como el uso de utensilios para cortar, llevar la comida a la boca, beber sin derramar el contenido,

9. Realizar las tareas del hogar

Se refiere a personas con dificultades graves o importantes para realizar las actividades de la vida diaria que tiene por objeto obtener y cubrir las necesidades de mantenimiento y cuidado del hogar.

9.1 Cuidarse de las compras y del control de los suministros y servicios

Se refiere a personas con dificultades graves o importantes para seleccionar y pagar los artículos y controlar los suministros y servicios.

9.2 Cuidarse de las comidas

Se refiere a personas con dificultades graves o importantes para manejar los utensilios y objetos necesarios para manipular y cocinar los alimentos, fregar o utilizar electrodomésticos (cocina, lavavajillas, hornos, ...).

9.3 Cuidarse de la limpieza y el planchado de la ropa

Se refiere a personas con dificultades graves o importantes para realizar las actividades destinadas al lavado, secado, planchado (según culturas) y cuidado de la ropa. Usar lavadora.

9.4 Cuidarse de la limpieza y mantenimiento de la casa

Se refiere a personas con dificultades graves o importantes para realizar actividades como barrer, quitar el polvo, asear las habitaciones, los cuartos de baño, realizar pequeñas reparaciones,

9.5 Cuidarse del bienestar de los demás miembros de la familia

Se refiere a personas con dificultades graves o importantes para cuidar a miembros de la familia enfermos, con discapacidades, ... (aseo, comidas, control de medicamentos, ...).

10. Relación con otras personas

Se refiere a personas con dificultades graves o importantes relacionadas con las conductas interpersonales, bien sea en la familia o fuera de ella.

10.1 Mantener relaciones de cariño con familiares próximos

Se refiere a personas con dificultades graves o importantes para desarrollar relaciones (contactos, consideración, ...) con padres, hijos, esposa,

10.2 Hacer amigos y mantener la amistad

Se refiere a personas con dificultades graves o importantes para mantener relaciones con amigos, iniciar nuevas relaciones,

10.3 Relacionarse con compañeros, jefes y subordinados

Se refiere a personas con dificultades graves o importantes para mantener relación e interacción social en el ámbito laboral, en función de reglas formales establecidas.

LIMITACIÓN

Se considera una limitación a efectos de esta encuesta, toda dificultad grave o importante que afecte a niños menores de 6 años y tenga su origen en una deficiencia.

1. Retrasos importantes para mantenerse sentado, de pie o empezar a caminar

Se considera que la edad normal de un niño para mantenerse sentado es de nueve meses, para mantenerse de pie de doce meses y para empezar a caminar de dieciocho meses.

2. Dificultades importantes para ver

3. Ceguera total

Se refiere a aquellos niños que tienen una discapacidad para percibir cualquier imagen.

4. Dificultades importantes para oír

5. Sordera total

Se refiere a aquellos niños que tienen una discapacidad para percibir cualquier sonido.

6. Dificultades para mover los brazos o debilidad o rigidez en los brazos

7. Dificultades para caminar o debilidad o rigidez en las piernas

Debilidad entendida como una falta importante de fuerza. Se refiere a aquellos niños que tienen gran dificultad para elevar brazos o piernas, para levantar objetos o para ponerse de pie, gatear, ..., como consecuencia, por ejemplo, de una distrofia muscular.

Rigidez en brazos o piernas. Se refiere a aquellos niños que tienen continuamente los músculos contraídos (agarrotados), con grave dificultad para relajarlos. Por ejemplo, un niño que presente continuamente los puños cerrados y muy apretados sin poder abrir la mano como consecuencia, por ejemplo, de lesiones del sistema nervioso (parálisis cerebral, ...), presentará la limitación 6. Asimismo, un niño que se desplace continuamente de forma incoordinada (como consecuencia de la rigidez de los músculos de las piernas), presentará la limitación 7.

8. Ataques, rigidez del cuerpo o pérdida de conocimiento

Ataque o convulsión. Se refiere a aquellos niños que tienen contracciones violentas e involuntarias de los músculos voluntarios, a consecuencia de las cuales producen movimientos irregulares localizados o generalizados. Ejemplos de convulsiones crónicas o recidivas son las producidas por la epilepsia en algunas de sus variantes, tumores intracraneales, hipoglucemias o malformaciones,

Se recogerán aquellos ataques que se han repetido en varias ocasiones y no aquellos otros que se hayan producido una única vez (convulsiones febriles, convulsiones por tétanos, ...) y que con un tratamiento adecuado han remitido. Si la enfermedad que ha producido estas convulsiones, que se han dado una sola vez, es importante y necesita cuidados o atenciones especiales, quedará recogida en la limitación 14.

9. Dificultades para hacer las cosas como los demás niños de su edad

10. Dificultades por ser un niño lento o estar alicaído

Se considera que un niño está *alicaído* cuando frecuentemente se encuentra triste, deprimido, ausente, retraído, pasivo o excesivamente sumiso.

Se considera que un niño es *lento* cuando presenta lentitud en las respuestas a los estímulos físicos o psíquicos (afectividad, relaciones con otros niños de su edad o con sus familiares, ...), ya que estos comportamientos pueden ser indicativos de enfermedades como autismos o retrasos mentales.

11. Dificultades para comprender órdenes sencillas

Se refiere a niños que tienen dificultad para comprender órdenes sencillas, acordes con su edad.

Un niño de 2 años debe saber contestar a la pregunta *¿cómo te llamas?*, así como señalar objetos como un chupete, un abrigo, un vaso, ..., cuando se le ordena.

Un niño de 3 años debe conocer y decir su nombre, cuando se le pregunta.

Un niño de 4 años debe saber contestar cuando se le pregunta qué hace, si tiene hambre o sueño.

Un niño de 5 años debe saber contestar el uso que se le da a determinados objetos (tenedor, cuchillo, cuchara, lápiz, muñecos, ...).

12. Dificultad para nombrar un objeto

13. Hablar con dificultad

14. Problemas o enfermedades diagnosticadas que precisen de cuidados o atenciones especiales

Se recogen en este apartado aquellos problemas que el niño lleva padeciendo 1 año o más o se espera que su duración sea superior a 1 año. Se refiere a aquellas limitaciones producidas por enfermedades como retrasos mentales, epilepsias, parálisis, parálisis cerebral infantil, tumores, secuelas de enfermedades infecciosas (encefalitis, ...), alteraciones metabólicas congénitas (fenilcetonuria, glucogenosis, hijos de madres diabéticas, ...), trombosis, hemorragias cerebrales,

DEFICIENCIA

Se considera deficiencia a efectos de la Encuesta cualquier pérdida o anomalía de un órgano, o de la función propia de ese órgano, que haya dado lugar a una o varias discapacidades.

1. Deficiencias mentales

1.1 Retraso madurativo

Se refiere a niños con un desarrollo psíquico inferior a lo normal, hasta la edad de 14 años, pudiendo observarse en ellos problemas de conducta y aprendizaje debido a su nivel madurativo.

1.2. Retraso mental profundo y severo

Se refiere a personas con cociente intelectual entre 0-34, con características determinadas según la edad: en las áreas de desarrollo psicomotor y del lenguaje, en habilidades sociales y ocupacionales, en autonomía personal y social, en el proceso educativo y de conducta.

Niños menores de 6 años: niños con retraso en las áreas de desarrollo descritas (por ejemplo niños que a los 3 años no avanzan, no hablan, apenas se comunican por gestos y sonidos articulados, sólo conocen a familiares próximos, no comprenden órdenes sencillas y apenas desarrollan hábitos de autocuidado).

Personas de 6 y más años: personas incapaces de cuidarse por sí mismas en alimentación, excreción, higiene, vestido, y precisan constantemente la ayuda de una tercera persona con asistencia y protección.

1.3. Retraso mental moderado

Se refiere a personas con un C.I. entre 35-49.

Niños menores de 6 años: niños con retraso en las áreas de desarrollo descritos ej.: retraso en el habla en niños mayores de 3 años.

Personas de 6 y más años: personas que pueden aprender habilidades sociales y ocupacionales, aunque no superan 2° de EGB o de Primaria. Pueden contribuir a su mantenimiento en talleres protegidos, bajo estrecha supervisión.

1.4. Retraso mental leve y límite

Se refiere a personas con C.I. de 50-80.

Los adolescentes pueden adquirir habilidades prácticas y conocimientos académicos hasta el nivel de 6° de EGB o de Primaria. Las personas con retraso leve son capaces de adquirir una independencia mínima con sus habilidades sociales y/o laborales y las personas con un C.I. cercano al límite superior pueden alcanzar una independencia total.

1.5. Demencias

Se refiere a todos los tipos de demencia incluso la demencia tipo Alzheimer.

1.6. Otros trastornos mentales

Se refiere a personas con deficiencias de las funciones mentales generales y específicas que tienen su origen en: trastornos mentales orgánicos (por ejemplo una psicosis alcohólica), autismos, esquizofrenias, fobias, obsesiones, trastornos somáticos, hipocondrías, trastornos psicóticos, trastornos del ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos adaptativos y somatomorfos, trastornos disociativos, trastornos de la personalidad,

2. Deficiencias visuales

Se refiere a personas con deficiencias funcionales del órgano de la visión y de las estructuras y funciones asociadas, incluidos los párpados.

2.1 Ceguera total

Se refiere a personas que no tienen percepción de luz en ninguno de los ojos.

2.2 Mala visión

Se refiere a personas con deficiencia de agudeza visual moderada (< 0,3) o grave (< 0,12), o que presentan deficiencias del campo visual moderadas (diámetro de 60° o menor) o graves (diámetro de 20° o menor).

3. Deficiencias del oído

Se refiere a personas con deficiencias de funciones y estructuras asociadas al aparato de la audición.

3.1. Sordera prelocutiva

Se refiere a personas con sordera, previa a la adquisición del lenguaje (niños). Incluye la sordomudez cuya mudez se ha presentado como consecuencia de una sordera prelocutiva.

3.2. Sordera postlocutiva

Se refiere a personas con sordera que se presenta después de la adquisición del lenguaje (adultos) con pérdida total de audición y que no pueden beneficiarse del uso de prótesis auditivas.

3.3. Mala audición

Se refiere a personas con diferentes niveles de pérdida auditiva: moderada (45-50 db), grave (71-91 db), profunda (> 91 db). Pueden beneficiarse del uso de prótesis auditivas.

3.4. Trastornos del equilibrio

Se refiere a personas que padecen vértigos laberínticos (el más frecuente es el vértigo Meniere), mareos y defectos de locomoción por trastornos vestibulares.

4. Deficiencias del lenguaje, habla y voz

Se refiere a personas con deficiencias de comprensión y/o elaboración del lenguaje, la producción y/o emisión del habla, y los trastornos de la voz.

4.1. Mudez (no por sordera)

Se refiere a personas cuyos órganos fonadores son normales, pero son mudas como consecuencia de lesión cerebral en los centros del lenguaje, trastornos mentales, ciertos casos de autismo,

4.2. Habla dificultosa o incomprensible

Se refiere a personas con secuelas graves del lenguaje como afasias, disfasias, disartrias, disfonías, disfemias, producidas por lesiones en la región cerebral del lenguaje, por ejemplo ACV (accidente vascular cerebral), TCE (traumatismo craneoencefálico), trastornos de lenguaje asociados a demencias, retrasos mentales,

ACV es el nombre genérico que se da a ciertas enfermedades cerebrales de origen vascular. Estas pueden ser hemorragia cerebral, trombosis cerebral, embolia cerebral, ...

Afasia: defecto o pérdida de la capacidad de expresarse por palabras, por escrito o por signos, o de comprender el lenguaje escrito o hablado por lesión o enfermedad de centros cerebrales. Existen muchos tipos de afasias. Disartria: Articulación imperfecta del habla, por trastorno del control muscular que resulta por daño en el sistema nervioso. Disfonía: Perturbación de la intensidad, tono timbre de la voz. Disfemia: Tartamudez.

5. Deficiencias osteoarticulares

Se refiere a personas con alteraciones mecánicas y motrices de la cara, cabeza, cuello y extremidades, así como la ausencia de estas últimas, que tienen su origen en lesiones de los elementos de sostén del cuerpo (fundamentalmente esqueleto).

5.1 Cabeza

Se refiere a personas con defectos de estructura, malformaciones y/o defectos funcionales de los huesos y articulaciones propios de la cabeza y/o la cara (anomalías de la boca, dientes, labio leporino, ...).

5.2 Columna vertebral

Se refiere a personas con deficiencias por malformaciones congénitas (por ejemplo espina bífida), deformaciones adquiridas (*Cifosis*: aumento de la curvatura normal hacia atrás; *Escoliosis*: aumento de la curvatura normal lateral; *Lordosis*: aumento de la curvatura normal hacia delante; *Combinaciones: cifoescoliosis, lordoescoliosis, etc.*); alteraciones de las vértebras (hernias de disco, aplastamientos vertebrales producidos por ejemplo por la osteoporosis) secuelas de traumatismos, infecciones, reumatismos. *Artrosis*: es una forma de reumatismo degenerativo debido a la edad sin deformación articular; *artritis*: forma de reumatismo que consiste en la inflamación de las articulaciones con deformación articular,

5.3 Extremidades superiores

Se refiere a personas con anomalías congénitas y/o adquiridas del hombro, brazos, manos (ausencias, defectos longitudinales o transversales de los huesos), defectos articulares (anquilosis, defectos de función, ...).

5.4 Extremidades inferiores

Se refiere a personas con anomalías congénitas y/o adquiridas óseas, defectos articulares, ..., de la pelvis, rodillas (en varo o en valgo), tobillos y pies (planos, cavos, en varo, en valgo, equino, ...).

6. Deficiencias del sistema nervioso

Se refiere a personas con anormalidades graves de las estructuras y/o funciones del sistema nervioso central y sistema nervioso periférico (sea cual sea la causa: malformaciones, infecciones, tumores, ...) que afectan al sistema musculoesquelético y articulaciones.

6.1 Parálisis de una extremidad superior

Se refiere a personas con pérdida total de motilidad de una extremidad superior (monoplejía). Si la parálisis es parcial o incompleta se denomina monoparesia.

6.2 Parálisis de una extremidad inferior

Se refiere a personas con pérdida total de motilidad de una extremidad inferior (monoplejía). Si la parálisis es parcial o incompleta se denomina monoparesia.

6.3. Paraplejía

Se refiere a personas con pérdida total de motilidad de las dos extremidades inferiores, sea cual sea la causa (traumática, infecciosa, degenerativa, tumoral, ...). Se considera también la pérdida parcial o incompleta (paraparesia).

6.4 Tetraplejía

Se refiere a personas con pérdida total de la función motórica de las cuatro extremidades. Se incluye también la pérdida parcial o tetraparesia.

6.5 Trastornos de la coordinación de movimientos y/o tono muscular

Se refiere a personas con deficiencias del sistema nervioso central (SNC) que produce incoordinación de movimientos, movimientos involuntarios, temblores, tics, estereotipias (repetición persistente de actos o movimientos, palabras o frases que pueden aparecer en distintas enfermedades, especialmente psiquiátricas), alteraciones del equilibrio, vértigos no de origen laberíntico (incluye vértigo esencial, vértigo histérico, vértigos ocasionados por arteriosclerosis cerebral, enfermedades del sistema nervioso central, enfermedades cardíacas) y las deficiencias por aumento o disminución del tono muscular. Se incluyen trastornos del SNC como la enfermedad de Parkinson, parálisis cerebral, epilepsia, esclerosis múltiple, esclerosis lateral amiotrófica,

6.6 Otras deficiencias del sistema nervioso

Se refiere a personas con distrofias musculares (degeneración del músculo con atrofia progresiva sin que se observe lesión de la médula espinal) atrofas parciales, hemiplejía,

7. Deficiencias viscerales

7.1 Aparato respiratorio

Se refiere a personas que presentan alguna deficiencia grave de las funciones respiratorias en su frecuencia, intensidad, ritmo, presencia de defectos estructurales de alguna parte del aparato respiratorio, Incluye personas que dependen de aparatos artificiales para mantener la respiración, laringectomizados,

7.2 Aparato cardiovascular

Se refiere a personas con deficiencias graves de las funciones cardíacas (frecuencia, ritmo, volumen del gasto cardíaco, ...), así como de las funciones de los vasos sanguíneos (sistema arterial, venoso, capilar, ...). Se incluyen también las malformaciones cardíacas graves, valvulares, etc. En este grupo se incluyen personas que dependen de algún aparato o equipo que actúe sobre el corazón o sistema valvular, para mantener las funciones propias, como válvulas artificiales, marcapasos, trasplantes,

7.3 Aparato digestivo

Se refiere a personas con deficiencias graves de las funciones y/o estructuras de los diferentes tramos del tubo digestivo (boca, lengua, esófago, estómago, intestino), produciendo dificultades para masticar, tragar, hacer digestiones, También se consideran las malformaciones, obstrucciones, trastornos graves por vómitos, diarreas, pérdidas excesivas de peso, ..., así como los trastornos funcionales y/o estructurales graves de las glándulas anejas del aparato digestivo, como la vesícula biliar, hígado y páncreas, así como las secuelas quirúrgicas (estomas, fistulas, ...).

7.4 Aparato genitourinario

Se refiere a personas con deficiencias graves de las funciones renales, de los uréteres, vejiga, uretra, esfínteres, ... (insuficiencia renal grave, retenciones, incontinencia urinaria, ...) y las malformaciones de dichos órganos así como la dependencia de dispositivos especiales como sondas, riñón artificial, Respecto del aparato genital (interno, externo, masculino o femenino) se consideran los defectos graves anatómicos y/o funcionales, incluyendo los trastornos graves en el desempeño de las funciones sexuales, la esterilidad,

7.5 Sistema endocrino-metabólico

Se refiere a personas con deficiencias graves por trastornos de las glándulas endocrinas (enanismo, gigantismo, hiper/hipotiroidismo, trastornos de las glándulas suprarrenales, diabetes, obesidad, ...). Se incluyen asimismo las deficiencias graves por errores congénitos del metabolismo (de las proteínas: fenilcetonuria, tirosinemia, ;...de las grasas: hipercolesterolemia, lipidosis, hipertriglicerinemias, ;...de los azúcares: galactosemia, intolerancia a la fructosa,).

7.6 Sistema hematopoyético y sistema inmunitario

Se refiere a personas con deficiencias graves por trastornos de los órganos hematopoyéticos (médula ósea, bazo, ganglios, etc.) y/o de los componentes sanguíneos (células, plasma), alteraciones de la coagulación y/o hemostasia (hemofilia,). Respecto al sistema inmunitario, se consideran los trastornos graves sean congénitos o adquiridos (infecciones repetidas, enfermedades de base inmunitaria, alergias graves, ...).

8. Otras deficiencias

8.1 Piel

Se refiere a personas con deficiencias graves por trastornos funcionales/estructurales de la piel (regulación, humedad, temperatura, dolor, pigmentación, reacciones alérgicas, prurito, defectos de regeneración, ...) y trastornos graves de los anejos de la piel (uñas, pelo, glándulas).

8.2 Deficiencias múltiples

Se refiere a personas con deficiencias que afectan a varios órganos y/o sistemas orgánicos y que son debidas a trastornos congénitos o adquiridos. Entre los primeros se incluyen polimalformaciones congénitas por cromosomopatías, embriopatías (rubeólica, toxoplasmosis, ...), fetopatías (por ejemplo, labio leporino y polidactilia) y cualquier síndrome polimalformativo congénito. Entre los adquiridos se incluyen aquellas múltiples deficiencias que obedecen a procesos degenerativos en los que la edad de la persona influye decisivamente.

8.3 Deficiencias no clasificadas en otra parte

SEVERIDAD DE LA DISCAPACIDAD

La severidad de la discapacidad hace referencia al grado de dificultad que tiene la persona para realizar una determinada actividad, sin ayuda (si no la recibe) o con ayudas (en el caso de que las reciba).

1. Moderada

Se considera que una persona presenta una discapacidad moderada si realiza la actividad sin dificultad alguna debido a que recibe ayuda o la realiza con un grado de dificultad moderada.

2. Severa

Se considera que una persona tiene una discapacidad severa si realiza la actividad con gran dificultad.

3. Total

Se considera que una persona tiene una discapacidad total si no puede realizar la actividad.

AYUDAS RECIBIDAS

Se consideran dos tipos de ayudas: técnicas y personales.

1. Ayudas técnicas

Son aquellos productos, instrumentos, equipos o sistemas técnicos destinados a personas con discapacidades, producidos específicamente para ellas o disponibles para cualquier persona, de forma que impide, compensa, alivia o neutraliza la discapacidad.

Son ayudas técnicas, por ejemplo, un audífono, una silla de ruedas, un dispositivo de elevación, un cubierto con adaptaciones de agarre o fijación, una lupa con iluminación, un ordenador,

2. Ayudas personales

Son apoyos directos ofrecidos por otra persona para la realización de las actividades de la vida diaria.

Las principales ayudas personales se refieren a ayudas en el cuidado personal, ayudas para realizar las tareas del hogar, ayudas para la deambulaci3n y desplazamientos, ayudas de supervisi3n,

V Recogida de la informaci3n y su tratamiento

RECOGIDA DE LA INFORMACI3N

La recogida de la informaci3n se efectu3 durante los meses de abril a julio del a3o 1999, distribuida en 6 grupos de semanas. Se realiz3 a trav3s de las Delegaciones Provinciales del INE mediante visita personal a una muestra efectiva de 70.402 hogares en los que se recogieron los datos por el m3todo de entrevista personal a todas las personas residentes en los mismos. El n3mero de personas entrevistadas ascendi3 a 217.760, de las cuales 207.292 fueron de 6 y m3s a3os y 10.468 menores de 6 a3os.

Una vez recogida la informaci3n, los inspectores de entrevistadores de las delegaciones provinciales supervisaron y depuraron la informaci3n recogida por los entrevistadores a su cargo y, posteriormente, se enviaron los cuestionarios a los Servicios Centrales del INE donde se realiz3 una segunda depuraci3n sobre una muestra de hogares.

GRABACI3N DE LA INFORMACI3N

La grabaci3n de los cuestionarios fue realizada por la Fundaci3n ONCE y abarc3 el per3odo julio-noviembre de 1999.

DIFUSI3N DE LOS RESULTADOS

Avance de resultados

En primer lugar, se edit3 un breve Avance divulgativo que contiene un resumen de datos b3sicos acompa3ados de comentarios, gr3ficos y notas metodol3gicas.

A continuaci3n se procedi3 a la edici3n de un volumen de Primeros Resultados y posteriormente un Avance de Resultados que ampliaba la informaci3n anterior. Ambas publicaciones tiene car3cter provisional debido a que se aplicaron posteriormente fases inform3ticas adicionales que han dado lugar a variaciones en algunas tablas.

Resultados definitivos

Este volumen presenta los resultados definitivos relativos a las Discapacidades y Deficiencias.

Los datos sobre Estado de Salud aparecerán en un volumen independiente, así como en la web del INE.

El plan de difusión contempla además otros tipos de explotaciones: Informes generales e Informes en profundidad que se difundirán a medida que se vayan obteniendo.

También están disponibles los ficheros de microdatos anonimizados.

Asimismo, se ha publicado la Metodología de la Encuesta que trata de poner a disposición de los usuarios los conceptos, las variables fundamentales y el diseño utilizado en esta operación estadística.

Interpretación de los resultados

Las estimaciones publicadas en las tablas vienen afectadas por el **error de muestreo**, que da una medida de la precisión de la estimación, cuanto menor error de muestreo más precisa es la estimación.

El error de muestreo disminuye según aumenta el tamaño de la muestra.

Las muestras son independientes en cada Comunidad Autónoma y con un tamaño dado, por lo que **en términos generales** puede decirse que cuanto menor sea el valor de la estimación mayor es su error de muestreo relativo.

Para realizar una correcta interpretación de los resultados pueden consultarse las tablas de errores de muestreo relativos a las características fundamentales investigadas que están disponibles en la página web del ine (www.ine.es).