

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

FACULTAD DE MEDICINA

TRABAJO FIN DE GRADO EN TERAPIA OCUPACIONAL



Terapia Ocupacional y Territorialización: *“Hacia una lucidez creciente cada día y en todos los lugares”.*

AUTOR: CÍSCAR VIDAL, MARIEN

Nº expediente: 549

TUTOR: Nieto Fernández, Maximiliano

Departamento y Área: Departamento Psicología de la Salud (Área Psicología Social)

Curso académico 2015 - 2016

Convocatoria de Mayo

INDICE

1. RESUMEN.....	1
2. INTRODUCCIÓN.....	3
2.1. Antecedentes y estado actual del tema.....	3
2.2. Justificación.....	5
3. HIPÓTESIS DE TRABAJO.....	6
4. OBJETIVOS.....	7
5. METODOLOGÍA.....	7
6. RESULTADOS.....	9
6.1. Resultados obtenidos desde el ámbito municipal.....	9
6.2. Resultados obtenidos desde los diferentes departamentos comarcales.....	10
6.3. Resultados de una “permisiva complicidad” entre los actores locales.....	11
7. DISCUSIÓN.....	11
7.1. Interpretación de los resultados.....	11
7.2. “Territorialización” y concordancia con las competencias del terapeuta Ocupacional.....	13
7.3. Análisis de los resultados.....	15
7.4. Sesgos, limitaciones y su influencia con nuestros objetivos.....	15
8. CONCLUSIÓN.....	16
9. ANEXO DE FIGURAS Y TABLAS.....	17
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24

1. RESUMEN:

Este trabajo nace de la reflexión de una visión crítica respecto al escaso reconocimiento que se tiene a la figura del Terapeuta Ocupacional en nuestra Comunidad. Lo que me motivó a indagar en la evolución de nuestra disciplina, comparar los diferentes modelos, conocer diferentes programas a nivel mundial y estudiar cuales podrían ser los motivos por los que la terapia ocupacional no termina de lucir en nuestros contextos más cercanos.

Me he sumergido en mi localidad para ver como podemos actuar a nivel local y, a través de nuestro proceder, se vaya consolidando y expandiendo nuestra fundamental e importante labor por nuestro municipio, por las comarcas limítrofes y por los diferentes territorios valencianos. Siendo uno de nuestros objetivos el de esclarecer las posibles actuaciones del terapeuta ocupacional en el ámbito social desde lo local, bajo el marco de la territorialización.

Focalizando todo lo aprendido sobre un área determinada, intentando reconocer las diferentes acciones territoriales que se llevan a cabo e identificar el necesario papel del terapeuta ocupacional en los departamentos de bienestar social de las áreas locales.

Centramos nuestra atención en las características de la población y sus recursos. Para ello, nos apoyamos en el término “Territorialización” que nos ayuda a entender como las condiciones y actuaciones sociopolíticas, económicas y ecológicas determinan el bienestar ocupacional de las personas.

Terminamos mostrando las soluciones que aportaría nuestra práctica terapéutica en el municipio a través de un análisis general. Y a partir de aquí, generar una reflexividad crítica de nuestro reconocimiento en el ámbito social.

- **Palabras Clave:** Territorialización, visibilidad, cercanía, articulador social.

– **ABSTRACT:**

This work out of the reflection of a critical view of the limited recognition it has the figure of Occupational Therapist in our community. What motivated me to investigate the evolution of our discipline, compare different models, meet different programs worldwide and study what could be the reasons for occupational therapy does not stop to look at our closest contexts.

I have immersed in my city to see how we can act locally and trough our actions, we'll consolidate and expand our fundamental and important work for our town, on the border regions and the various territories of Valencia. It's one of our aims to clarify the possible actions of the occupational therapist in a social sphere from the local.

We focus on the characteristics of the population and its resources. To do this, we rely on the term "Territorialization " that helps us understand how the sociopolitical economic and ecological conditions determine the occupational wellness of people.

Focusing everything learned over a given area, trying to recognize the different territorial actions carried out of identifies the necessary role of the occupational therapist in the departments of social wellness of local areas.

We ended up showing solutions that bring our therapeutic practice in the municipality through a general analysis. And from here, generate a critical reflexivity our recognition in the social field.

- **Keywords:** Territorialization, visibility, proximity, social articulator.

2. INTRODUCCIÓN:

2.1. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA:

Como en todo proceso de investigación, un paso imprescindible a seguir ha sido el de realizar una síntesis de los conocimientos existentes sobre la temática. Concretamente hemos revisado los Modelos Conceptuales que se centran en el “contexto”, “entorno” o “factores ambientales” ya que nos proporcionan detalles específicos de cómo dedicarnos a la práctica para observar, desarrollar y resolver. ⁽¹⁾

He identificado una serie de términos específicos para que la búsqueda sea relevante, y son los siguientes:

“ Terapia Ocupacional en el futuro”, “Ocupación y Cultura”, “Cambios Sociales”, “Terapia Ocupacional en el Contexto Contemporáneo”, “Paradigma Social de la Ocupación”, “Ubicación y Contexto”, “Desafíos de la Terapia Ocupacional”, “Terapia Ocupacional Social”, “RBC Rehabilitación Basada en la Comunidad”, “Justicia Ocupacional”.

Encontrando varias publicaciones, artículos, tesis doctorales y libros a través de los buscadores de Google y Canadian Journal of Occupational Therapy.

Se hace imprescindible realizar un recorrido ético sobre los principios de la ética de terapia ocupacional. Resaltando el principio de la **Beneficencia** al considerar que se debe tomar la responsabilidad de promover y practicar la terapia ocupacional sobre la base de conocimientos y la investigación actual y seguir desarrollando el cuerpo de la profesión del conocimiento. Y el de **Justicia Social o distributiva** que parte de que los individuos y los grupos deben recibir un trato justo y una participación imparcial de los beneficios de la sociedad.

Teniendo el terapeuta ocupacional un interés personal en el tratamiento de las desigualdades e injusticias que limitan las oportunidades para la participación en la sociedad. ⁽²⁾

Atendiéndonos a las bases conceptuales de G. Kielhofner, vamos a revisar los Modelos Conceptuales de la Práctica, que confieren la guía al terapeuta ocupacional. Con la finalidad de ver que carencias observamos a nuestras realidades diarias y culturales. Para poder llevar a cabo intervenciones con nuevos enfoques. Desligándonos de modelos en los que interfieren elementos culturales externos y no propios, que creemos que obstaculizan el desarrollo y reconocimiento de la terapia ocupacional en nuestros ambientes.

El **Modelo de Ocupación Humana (MOHO)**, atribuye todo el poder a las personas y los factores ambientales, existiendo una carencia limitadora de lo social y económico.

Pasando por alto las condiciones del ambiente social (grupo de personas y sus actividades), enmarcándose en un ambiente físico de objetos y espacios, los cuales crean demandas, restricciones, oportunidades y recursos, impactando directamente en el individuo.

Un mismo ambiente afecta de diferente manera a las personas por la forma en que las características internas junto con el apoyo externo predisponen a los individuos para ser más o menos propensos a sentir y actuar sin ayuda frente a la opresión “**Apartheid Ocupacional**”.⁽³⁾

Para entender por completo el complejo fenómeno social, económico y político del “Apartheid Social” es necesario plantear un enfoque multidisciplinar a los sistemas sociales, permitiendo análisis de cambio político y económico y de las relaciones de poder.⁽⁴⁾

Del **Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional** destacamos que la interacción entre el yo y el entorno se produce a través de la acción-ocupación. Un déficit en la habilidad de una persona para actuar de acuerdo a su voluntad puede dar lugar a una disfunción y a un trastorno del equilibrio del sistema.⁽⁵⁾

De manera que el individuo y entorno son componentes directos y limitados ya que el dominio del yo y el entorno son equiparables a los estados sanos del ser; con propensiones independientes, individuales y racionales.

Por ello, los terapeutas ocupacionales identifican los puntos que contribuyen al desequilibrio del sistema, y usan las actividades terapéuticamente para consolidar y volver al equilibrio.

Dirigiendo las estrategias de intervención al restablecimiento del control de la persona sobre el entorno, adaptando atributos individuales o ambientales. Viéndose representado la primacía del individuo como agente de cambio en relación con el entorno.

Por lo tanto, en sociedades que se rigen por construcciones sociales y culturales de la realidad diferentes... como puede ser nuestra cultura “rural”, ¿hasta que punto son apropiados estos enfoques?

Otros ejemplos son las **Variables Culturales Asiáticas** las cuales desarrollan filosofías distintas, modelos de valores, sistemas éticos y morales y epistemologías separadas del mundo Occidental. El yo y la sociedad es un todo cerrado y estrictamente integrado. ⁽⁶⁾

Las personas adoptan una constelación flexible y compleja de relaciones horizontales donde el eje del sistema no es el individuo.

Desde la **Terapia Ocupacional Social** se pretende transformar el paradigma salud-enfermedad, remarcando que los terapeutas ocupacionales deberían tener en cuenta los procesos históricos, las dimensiones técnicas y políticas. Al igual que las opiniones de las personas sobre sus necesidades, cultura y vida de la comunidad en sus intervenciones.

Galheigo ⁽⁷⁾, reivindica un dialogo entre diferentes sectores sociales (como la salud, la educación y los servicios sociales) y entre diferentes disciplinas, a través de un marco de referencia transdisciplinario.

2.2. JUSTIFICACIÓN:

A partir de profundas reflexiones, diferentes pensamientos acerca de la definición de la Terapia Ocupacional y la poca visibilidad que tiene en los diferentes espacios y ámbitos. Surge iniciar este estudio también como historia de vida al pertenecer a una población, la cual vamos a utilizar como ejemplo, a la que reconozco y me identifico. Donde pude y puedo ver las carencias para promover, canalizar y consolidar las múltiples demandas sociales de forma eficiente y eficaz. Al observar que un elevado porcentaje de la población no vive en coherencia con la justicia, ni el bienestar, limitando de oportunidades a las personas con discapacidad, impidiendo el fortalecimiento y el desarrollo inclusivo.

Creando una barrera “Apartheid Ocupacional” al no poder desarrollar al máximo sus capacidades, no recibir ningún programa de rehabilitación o no participar en actividades, restringiendo algunas necesidades básicas de cuidado y alimentación.

Tras estas primeras observaciones incidí en la importancia de nuestra disciplina capaz de dar respuesta a las necesidades asistenciales y rehabilitadoras de la localidad desde una terapia ocupacional social y crítica. Fue aquí donde empezó a gestarse este trabajo, al presentarme en las diferentes instituciones, asociaciones locales para la recogida de datos, donde me percaté que muchos profesionales no saben de nuestro perfil profesional (formación, conocimientos, habilidades...).

Así que me lance de pleno para poder dar un poco de “lucidez”, entendida como claridad, nitidez y distinción a nuestra disciplina y a la vez a nuestra labor si llegáramos a formar parte de la acción pública local y con ello dar respuesta a las necesidades de los servicios sociales. Ya que creemos que es la mejor manera de “territorializar las políticas públicas”. Es decir, con estrategias de intervención que articulen comunidad, familia, beneficiario (individuo), soslayándose con el proceder, saber hacer y ser de la terapia ocupacional.

Pretendemos dar las primeras pinceladas al intentar desarrollar una nueva perspectiva “vital y territorializada” de construir la profesión desde dentro hacia fuera, desde el conocimiento a la práctica, siendo un servicio que el municipio necesita y la humanidad reclama.

3. HIPÓTESIS DE TRABAJO:

Consideramos al terapeuta ocupacional capaz de interpretar la realidad social de un territorio al reconocer sus necesidades y formular intervenciones que faciliten ese cambio, a través del conocimiento y la cercanía.

Lo que nos lleva a contemplar al terapeuta ocupacional como una figura clave y necesaria apta para articular las demandas sociales y de salud con lo político y sus actuaciones en un municipio.

- La labor de la terapia ocupacional adquiere todas sus potencialidades si se establece más adecuadamente su dimensión territorial para tratar de corregir las desigualdades sociales del municipio de estudio.

4. OBJETIVOS:

- **OBJETIVO GENERAL:**

- Revelar el papel que desempeñaría el terapeuta ocupacional, dentro de las áreas de bienestar social del municipio, enmarcado en el ámbito de la territorialidad.

- **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Objetivo 1: Investigar el porcentaje de población existente con diferentes grados de dependencia.
- Objetivo 2: Contabilizar los centros socios sanitarios-educativos en los que existe la figura del terapeuta ocupacional en las comarcas de la Costera y la Ribera.
- Objetivo 3: Averiguar el número de terapeutas ocupacionales en activo están colegiados, de los centros contabilizados.
- Objetivo 4: Enumerar las competencias de terapeuta ocupacional como articulador social.

5. METODOLOGÍA:

El lugar donde se realiza nuestra apreciación para el estudio es en el municipio valenciano de la Llosa de Ranes y las comarcas de la Costera y la Ribera por ser las zonas de extensión de los servicios sociales y donde se producen los desplazamientos geográficos por salud. Durante el periodo que va desde Julio 2015 a Abril 2016.

Con el propósito de ir más allá de la relación clínica, rebasando la necesidad de tener un marco prescrito y afrontar un nuevo marco de referencia que cuente con la noción del territorio y haga más visible la figura del terapeuta ocupacional como articulador social.

Las directrices que nos guían en este proceso y las pautas a seguir, se centran en una perspectiva basada en la ciencia social crítica y nuestra metodología seguirá los componentes de la PAR (Investigación en la Acción Participativa), que responde a la hora de reconocer que la existencia de estratos sociales es injusta y beneficia a los grupos privilegiados, poniendo de manifiesto la necesidad de la creación de conocimiento para un cambio social significativo y necesario. ⁽⁸⁾

Como propuesta metodológica, hemos observado el flujo de la realidad social, política y cultural de los habitantes del municipio, a través de una investigación que se enmarca dentro de un paradigma hermenéutico.

El estudio es de carácter cualitativo por la naturaleza de las preguntas del estudio, que busca comprender y profundizar nuestro conocimiento en un campo relativamente poco explorado.

He extraído información a partir de observaciones que adoptan la forma de entrevistas, narraciones, y registros escritos de todo tipo proporcionados por los diferentes trabajadores de los departamentos de bienestar social, agentes de desarrollo local, presidentas de asociaciones, personas del pueblo y terapeutas ocupacionales de los distintos centros comarcales.

Hemos contado con los recursos estadísticos de la “*Conselleria de Sanitat Universal i Salut Publica de la Generalitat Valenciana*” programa **SIUSS (Sistema de Información de Usuarios de Servicios Sociales)**, que permite la recogida de los datos básicos del usuario de los servicios sociales de Atención Primaria. Información necesaria para contabilizar el porcentaje total de población existente con diferentes grados de dependencia. ⁽⁹⁾

Y las aplicaciones informáticas “**Gestionis**” y “**ADA**” pudiendo contabilizar el número total de informes gestionados.⁽¹⁰⁾ Siendo como una memoria de actividad para el uso de los servicios especializados de la atención a la dependencia.

6. RESULTADOS:

No pretendemos llevar a cabo un programa de intervención en un municipio, ni desarrollar un proyecto que pueda servir como modelo para presentarlo a los representantes políticos de una población determinada. Sino que el objetivo de este TFG (Trabajo Final de Grado) no es otro que el de reivindicar la figura del TO como agente social de un territorio.

Es por ello, que nos hemos centrado en analizar el funcionamiento del Departamento de Bienestar Social Municipal, al interesarnos por temas relacionados con asuntos sociales. Así como un análisis de la población atendida, los recursos de los que se dispone, las diferentes acciones realizadas por el área de desarrollo local, talleres que se llevan a cabo y la implicación de las diferentes asociaciones.

Para la obtención de los resultados hemos ido desde lo local hasta las áreas de derivación de la población que necesita una atención socio-sanitaria focalizada.

Nos extendemos a las comarcas limítrofes de La Costera y La Ribera, con la finalidad de obtener datos importantes para nuestro estudio; como determinar el número total de centros socio sanitarios-educativos que cuentan con la figura del terapeuta ocupacional.

6.1. Resultados obtenidos desde el ámbito municipal:

El Departamento de Bienestar Social, esta formado por una psicóloga, una trabajadora social y una psicopedagoga educativa y municipal, a tiempo parcial.

Los talleres que se están realizando actualmente son: Trabajamos la Salud, Programa de Estimulación Cognitiva y Programa de Arte-terapia.

Los programas futuros propuestos son: Ejercicios de Deporte y salud; Curso de Curas Naturales; Programa “Ruta de la Salud”; “*Pla d’Integració de Formació i Ocupació per als joves desocupats AVALEM*”.

Las prestaciones y catálogos de servicios consisten en prestaciones económicas (*Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en Situación de Dependencia, Art. 2.2. Ley*

39/2006), servicios de Teleasistencia, Servicio de Ayuda a Domicilio (Atención a las necesidades del hogar, cuidados personales), Servicios de Atención Residencial y Centros de Atención a personas en situación de dependencia en razón de los distintos tipos de discapacidad (Centros Ocupacionales, Centros de Día y Centros de Mayores).

La población infantil es derivada a los Centros de Atención Temprana, Centros de Educación Especial y sesiones para los tratamientos a diferentes asociaciones.

En el caso de las adicciones, son derivados para el seguimiento, tratamiento y control a la Unidad de Conductas Adictivas (UCA).

Partiendo de una Observación Natural Participativa definida como *“la descripción sistemática de eventos, comportamientos y artefactos en el escenario social elegido para ser estudiado”* (Marshall y Rossman, 1989). La mayoría de enfermedades que contabilizamos en el municipio son neurológicas y neurodegenerativas (Ictus, Ataxias, Esclerosis, Parkinson). Un elevado porcentaje de la población presenta problemas de salud mental por adicciones.

En población infantil predominan los Trastornos del Espectro Autista, Síndromes (Down y Kabuki) y Parálisis Cerebral Infantil.

6.2. Resultados obtenidos desde los diferentes Departamentos Comarcales:

El Departamento de Bienestar Social de Xàtiva nos ayuda a esclarecer el total de población con algún grado de dependencia.

Hemos contabilizado en la Comarca de la Ribera un total de 5 terapeutas ocupacionales, de los cuales sólo 2 están colegiados. Para esta información nos hemos dirigido a los diferentes Hospitales (Hospital de la Ribera, Hospital Aigües Vives) a los diferentes centros de Atención Temprana, Centros Ocupacionales y a las diferentes asociaciones como “PRO-SUB” en Alcira y “SENAD” en l’Alcúdia.

En la Comarca de la Costera, hemos contabilizado en los diferentes Centros, Clínicas, Asociaciones, Fundaciones y Hospitales solamente 3 terapeutas ocupacionales, de los cuales sólo uno de ellos está

contratado como terapeuta ocupacional, las otras dos están contratadas como TASOC (Técnico de Animación Sociocultural), y ninguna de ellas está colegiada en COTOCV (Colegio de Terapeutas Ocupacionales de la Comunidad Valenciana). (*Gráfica 1: Total terapeutas ocupacionales en las Comarcas de la Costera y la Ribera*).

6.3. Resultados de una “permisiva complicidad” entre los actores locales:

Revisamos los diez ejemplares del BIM (Boletín de Información Municipal), Enero 2006-Mayo 2015, información que nos ayuda a reconocer la escasa y casi nula inversión que se ha realizado en los servicios sociales. Década de recortes de gasto público social y aumento de proyectos de gestión privada para servicios públicos destinados a áreas de infraestructuras, obras públicas, medio ambiente y seguridad.

Al mismo tiempo que aumentaba el desempleo, la precarización y la cronificación del desempleo, lo que esta provocando que se acentúen las fracturas sociales y los niveles de desigualdad en el municipio.

7. DISCUSIÓN:

Los resultados me han permitido valorar la organización y funcionamiento de los servicios de bienestar social como únicos y escasos servicios que ofrecen atención a las necesidades socio-sanitarias de la población.

El análisis de los resultados obtenidos y su relación con la hipótesis deben diferenciarse en 4 bloques, que interrelacionados llevan a la conclusión final del estudio.

7.1. Interpretación del los resultados:

El análisis de la evolución de la población en los últimos 20 años (*Gráfica 2: Evolución Demográfica Poblacional*) y el registro de solicitudes a través de los datos facilitados por el personal de los Departamentos Sociales de la Mancomunidad y los programas informáticos **SIUSS**, **Gestionis** y **ADA** a los que tienen acceso, interpretamos que:

- El municipio cuenta con un total de 3600 habitantes; un 22'5% solicita ayuda a la Ley de Dependencia. Hemos podido contabilizar 627 registros (*Gráfica 3: Porcentaje de población solicitante para el reconocimiento de la situación de dependencia*). De los cuales, 403 son del nuevo decreto (2011 hasta la actualidad) por lo que sí que hemos podido averiguar los diferentes grados de esos informes. Pero los anteriores al año 2007 (antiguo decreto), registrados 224, no podemos saber el grado, ya que en la base de datos del sistema informático no constaba como tal esta opción. A falta de inversión e innovación de programas que contabilicen y registren los diferentes expedientes, las estanterías de los despachos están llenas de carpetas, sin ningún tipo de orden lo que dificulta el registro, la realización de estudios, investigaciones, estadísticas o baremaciones.

- Por lo que nos es imposible identificar el total de personas con niveles de dependencia y aquellas que no tienen ningún grado pero que piden ayuda para las familias de la persona a la que cuidan. Dentro de ese 22'5% hay que restar el total de expedientes en los que la persona no es dependiente pero pide ayuda, por lo que el total sería de un 15'8%. En la gráfica (*Gráfica 4: Porcentaje de población con grado de dependencia o pide prestaciones*), hemos representado la información que tenemos (personas con Grado 1 “Dependencia Moderada” un total de 93 personas; Grado 2 “Dependencia Severa” 63 personas y Grado 3 “Gran Dependencia” 61 personas). Aunque nos faltan datos, podemos hacer una apreciación del elevado número de personas que se acogen a la única Ley de Promoción de la Autonomía y Atención a las personas en Situación de Dependencia.

- A todo esto, añadir que la población presenta una pirámide poblacional regresiva (*Gráfica 5: Pirámide Poblacional*), presentando en la cumbre un número importante de efectivos. Contemplamos que a partir de los intervalos de edad que van desde los 45 hasta los 60, las barras presentan la mayor extensión. Por lo que pensamos que la sociedad debería estar preparada para atender a estas características que se dan y se darán en un futuro ante la mayor esperanza de vida y las diferentes necesidades que esta población necesita. Cada vez va a ser mayor el grupo de personas mayores de 65 años. Conforme vayan llegando a la edad actual de jubilación las personas que nacieron durante el llamado *baby boom* español, va a ser indiscutible la necesidad de nuevos y diferentes recursos que

permitan a las personas envejecer participando de la vida social y comunitaria como cualquier grupo de edad. Ni deben ni pueden ser marginados ni invisibles.

En cuanto al personal laboral del área de bienestar social que pueda atender de una manera eficaz a la población es escaso. El número de trabajadores se ha mantenido en los últimos 20 años, incorporando solamente la figura de la psicóloga, derivada del departamento comarcal, atendiendo en el municipio dos mañanas al mes y la auxiliar para ayuda a domicilio.

En cambio, el personal laboral total de los diferentes actores sociales y funcionarios municipales en el Ayuntamiento se ha duplicado en los últimos 20 años. (*Gráfico 6: Evolución del personal laboral en las diferentes áreas y sectores del Ayuntamiento*). Lo que nos hace ver que no existe voluntad política que ayude a responder a la realidad social presente. Al observar grandes diferencias en la estructura de los recursos humanos dentro de las áreas entre los trabajadores municipales. Se apuesta más por el crecimiento de funcionarios en el ayuntamiento, que nada tienen que ver con la demandas sociales de los habitantes (seguridad, administración, obras y servicios), que por la inversión en trabajadores, recursos y espacios en el sector de bienestar social.

Los talleres y actividades que se realizan desde el área o por parte de las Asociaciones (sólo contamos con la Asociación de las Amas de Casa), son escasos, intermitentes y repetitivos y algunos se ofrecen en condiciones precarias por no contar con un espacio habilitado donde poderlos realizar. Por lo que se presentan insuficiencias en las actuaciones en: talleres, cursos y cuidados para atender a personas que necesitan ayuda a la dependencia en sus hogares. Ya que el servicio que ofrece ayuda domiciliaria presenta una lista de espera importante y la atención es de 40 minutos por persona.

7.2. “Territorialización” y la concordancia con las competencias del terapeuta ocupacional:

A nivel local se entiende la territorialización, como el lugar donde se materializan y se llevan a cabo las acciones planteadas desde los diferentes niveles políticos de tales sectores.⁽¹¹⁾ Es aquí, sobre el territorio, donde se pueden observar de manera integral como se llevan o no acciones en pro de la vida y de la salud. Es por ello, que creemos que es necesaria la apertura de nuevos caminos de la terapia

ocupacional y una mayor visibilidad de la figura del terapeuta ocupacional en los municipios, como articulador y no como adaptador social, que trabaje por una sociedad inclusiva, abordando el problema desde una perspectiva general y no centrada sólo en la persona.

La tarea de transformar las bases de la terapia ocupacional ha requerido una competencia interdisciplinaria que ha generado respuestas innovadoras en los servicios creados recientemente. Se exige ir más allá de la relación clínica, dual, rebasando la necesidad de tener un marco prescrito, y afrontando un nuevo marco de referencia: “el territorio” (Oliver, 1999).

El terapeuta ocupacional como articulador social lleva implícita la acción territorial, donde se debe reconocer al otro “alteridad”, ofreciendo una pluralidad de conocimientos y de influencias, al ocuparse de la complejidad de la vida de la población, con la finalidad de asegurar el mantenimiento de la calidad de vida del lugar.

A continuación, detallamos las competencias del terapeuta ocupacional como articulador social, al considerar la calidad territorial como herramienta de salud, debiendo ser capaz de:

- Construir ambientes inclusivos.
- Fortalecer los vínculos familiares y comunitarios.
- Desarrollar el sentido de conexión y pertenencia.
- Desarrollar vínculos de afecto y solidaridad.
- Escuchar historias y opiniones, reconocer las adversidades.
- Asociar significados y propósitos socialmente compartidos junto con las vivencias personales de los sujetos y sus relaciones.
- Estar al lado de los actores públicos, para acordar estrategias compartidas.
- Construir proyectos movilizadores.
- Ejercer presiones para la prestación de servicios básicos.
- Comprender el marco global para poder intervenir a nivel local.
- Diseñar, implementar y evaluar proyectos desde un enfoque basado en lo local.

- Identificar a las personas en riesgo de exclusión, con programas de rehabilitación y de recursos sociales.
- Desarrollar una labor de investigación para dar a conocer dichos proyectos a la comunidad.

Para ello es fundamental, que el terapeuta ocupacional actúe desde lo local, reconozca la cultura del lugar y las características sociales donde va a realizar las intervenciones. Extienda la libertad de pensamiento, para que afloren nuevas consideraciones que guíen los programas de intervención que hagan aumentar las condiciones de posibilidad y construir el bienestar. ⁽¹²⁾

7.3. Análisis de los resultados:

Tras identificar el impacto de las necesidades sociales en el municipio y considerar los problemas emergentes, vamos a exponer un análisis DAFO, con la finalidad de plasmar todo el proceso de estudio y las posibles soluciones. (*Figura 7: Análisis DAFO*).

7.4. Sesgos, limitaciones y su influencia con nuestros objetivos:

Tal y como apuntábamos al principio de la discusión, nos ha sido imposible determinar con exactitud el porcentaje total de personas que presentan algún grado de dependencia. Ya que no podemos acceder a los expedientes anteriores al 2007, por vía informática y averiguar los diferentes niveles. En cambio, a partir del 2011 hasta la actualidad, podemos hacer un registro uno por uno y determinar los grados de dependencia totales. Hemos observado que gran cantidad de expedientes no tienen ningún grado de dependencia establecido. Así como es importante destacar, que mucha gente con limitaciones (con o sin grado establecido) pero que presenta dependencia, no demanda ningún tipo de servicio.

Por lo que respecta a las limitaciones, destacar que en el análisis DAFO, debido a las pautas de extensión de este estudio hemos revelado de una manera muy concisa las posibilidades y limitaciones para los diferentes análisis internos y externos, centrándonos en nuestro enfoque de articulador social. Dejando para otros estudios las competencias de la RBC (Rehabilitación Basada en la Comunidad) o Terapia Ocupacional Social, que aunque tengan cierta relación no las abordamos en este trabajo. Ya

que si exploráramos todas las competencias que nuestra disciplina abarca, nos llevaría a un largo y extenso análisis que al final no nos serviría.

8. CONCLUSIÓN:

La calidad territorial como herramienta de salud, establece una serie de competencias que si se expresan de forma más convincente en la esfera pública, podrían aportar soluciones apropiadas a los requerimientos sociales del territorio de pertenencia de las personas, dar respuesta a las necesidades vitales y ofrecer mayor lucidez a nuestra disciplina.

Otra clave es la necesidad de registros informáticos para reconocer las situaciones de injusticia y poder reaccionar ante las desigualdades sociales. Reconocer los limitadores políticos locales, identificar a las personas y sus recursos e intervenir por prioridades y necesidades. A través de la realización de programas innovadores y creativos que garanticen resultados.

Es tiempo de una emergencia ocupacional que lleve a cabo esa sinergia entre terapia ocupacional y territorialización. Al construir políticas sociales lógicas y diferenciadas desde y para el marco local, priorizando la necesidad de identificar, contabilizar y registrar el número total de personas o grupos que requieran de intervenciones preventivas, de cuidados, rehabilitadoras o de seguimiento. Reduciendo la cuestión social y de salud a tratamientos de proximidad y “circunstancialidad” de las personas y grupos.

Para todo ello, es necesario que los terapeutas ocupacionales realicen más proyectos de investigación, presenten programas de intervención a las diferentes áreas y servicios, que difundan sus resultados, que se den más publicaciones para una mayor publicidad y reconocimiento. Y sobre todo, colegiarse en los diferentes Colegios Oficiales de Terapeutas Ocupacionales de cada comunidad, con la finalidad de llevar a cabo una participación más efectiva entre los diferentes sectores de la institución, la unidad académica y los programas. Unificando, delimitando y exigiendo el cumplimiento de los deberes deontológicos de la profesión.

9. ANEXOS:

TOTAL TERAPEUTAS OCUPACIONALES EN LAS COMARCAS LIMÍTROFES

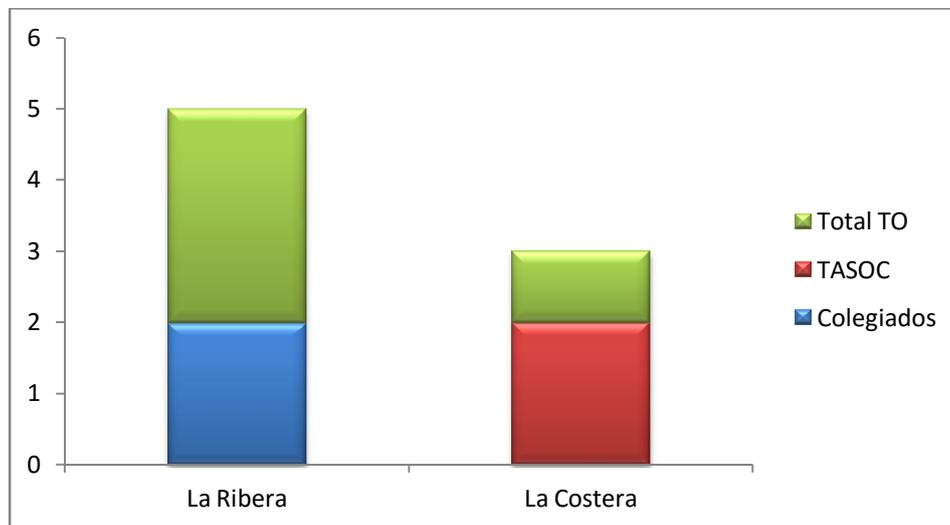


Gráfico 1: Registro de terapeutas ocupacionales en diferentes centros de las comarcas limítrofes del municipio. (La Ribera y la Costera). Fuente.- Intervención directa. Elaboración propia.

EVOLUCIÓN DEMOGRÁFICA POBLACIONAL

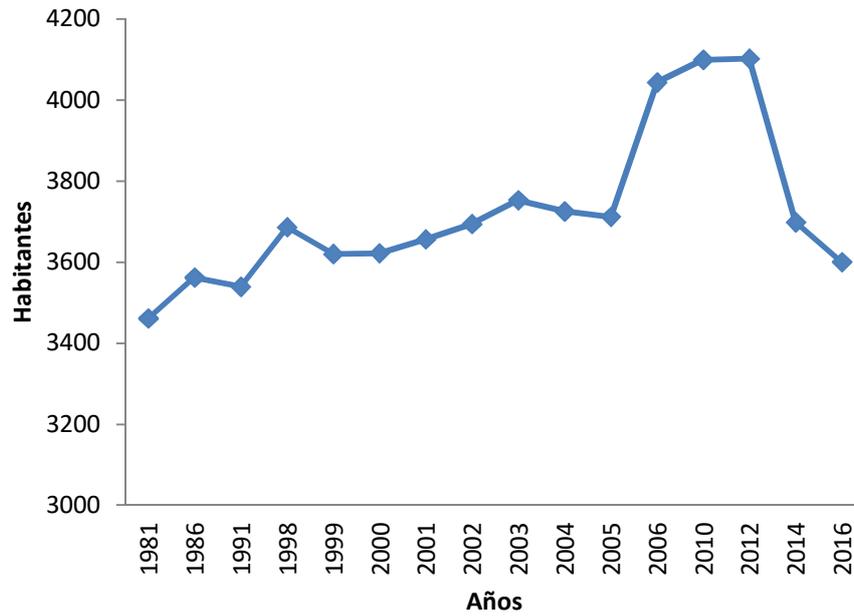


Gráfico 2: Evolución Demográfica Poblacional. Fuente.- Instituto Nacional de la Estadística I.N.E. Año 2016. Información facilitada por el Padrón municipal del Excel. Ayuntamiento de la Llosa de Ranes. Elaboración Propia.

TOTAL DE SOLICITUDES (2007/Mayo 2016)

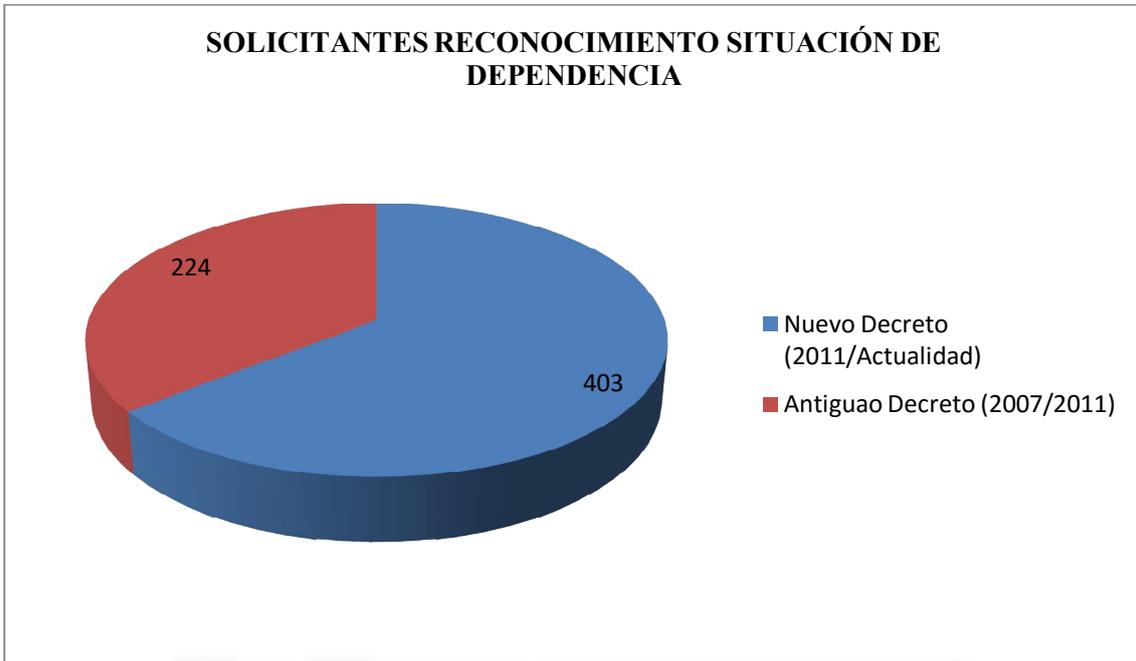


Gráfico 3: Total población solicitante para el reconocimiento de la situación de dependencia.

Fuente.- Programa Gestionis. Elaboración propia.

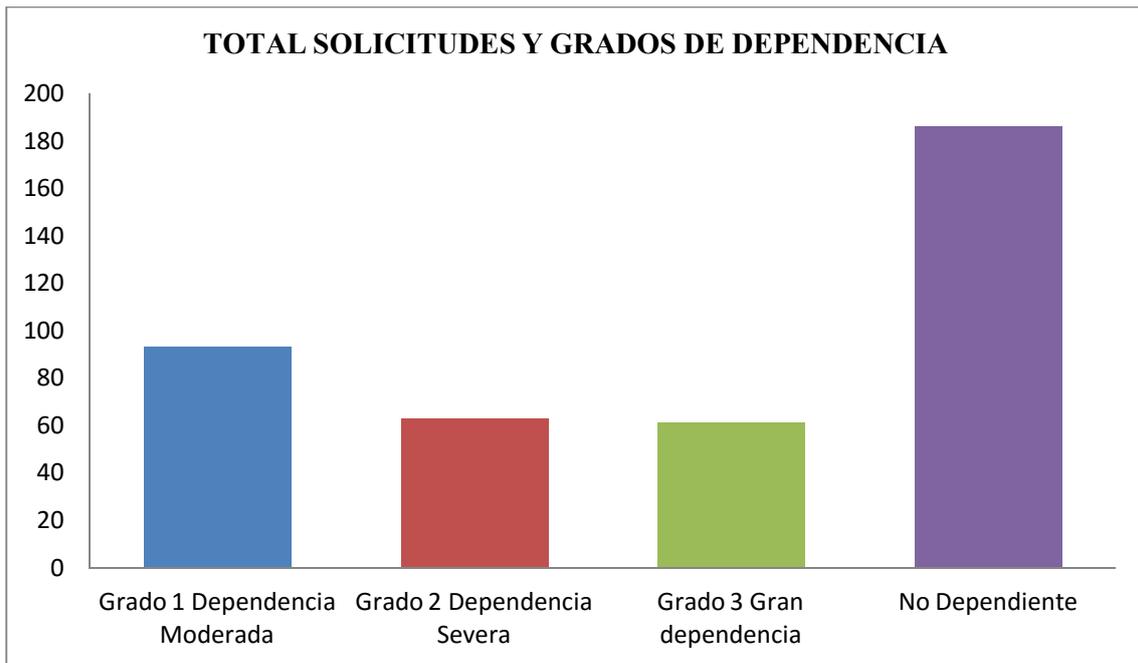
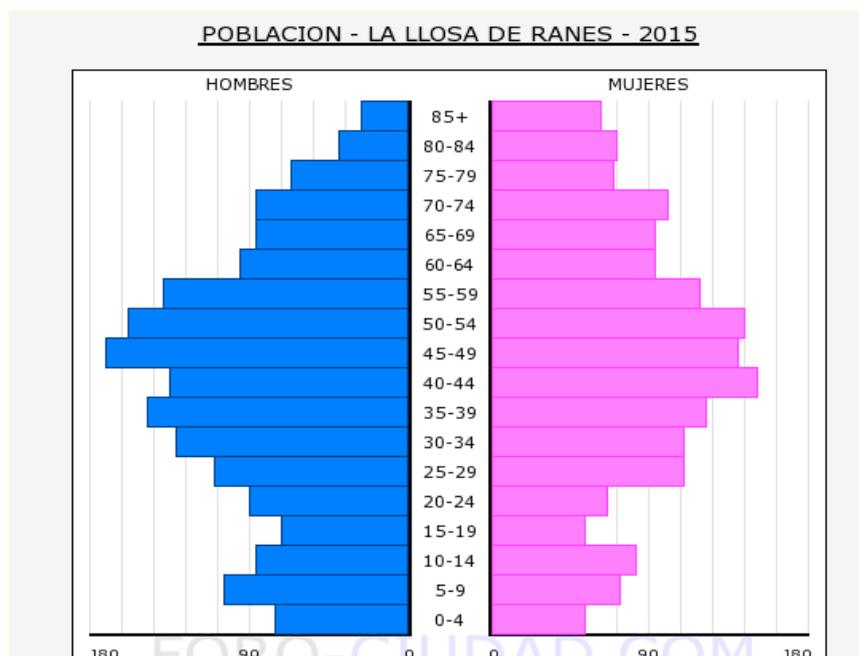


Gráfico 4: Total de la población con o sin grado de dependencia solicitantes para el reconocimiento de la situación de dependencia. Fuente.- Programa ADA (Servicios Sociales). Elaboración propia.



PIRÁMIDE POBLACIONAL



Gráfica 5: Pirámide Poblacional La Llosa de Ranes. Fuente-. INE (Instituto Nacional de Estadística).

Elaborado por www.foro-ciudad.com

EVOLUCIÓN DEL PERSONAL LABORAL

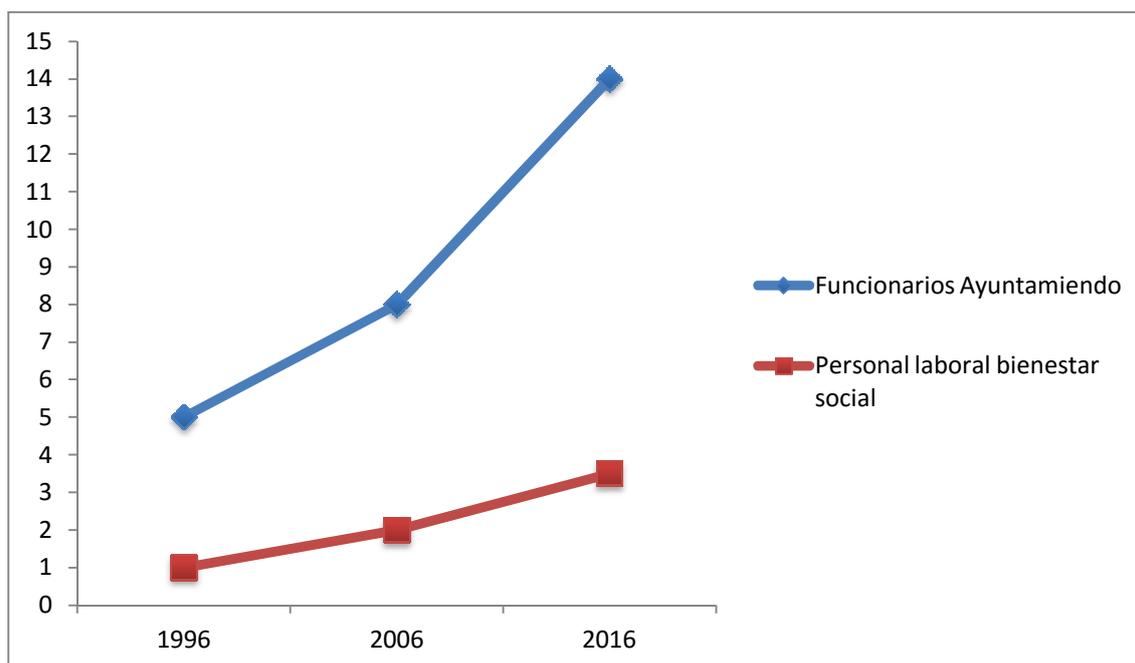


Gráfico 6: Evolución del personal laboral en las diferentes áreas y sectores del Ayuntamiento en los últimos 20 años. -. Fuente BIM (Boletín de Información Municipal). Elaboración propia.

ANÁLISIS DAFO

DEBILIDADES	FORTALEZAS
<ul style="list-style-type: none"> - Insuficiente reconocimiento de la terapia ocupacional en la Comunidad Valenciana. - Escasa visibilidad de profesionales en las comarcas valencianas. - Carencia de colegiados en el COTOCV (Colegio Oficial de Terapeutas Ocupacionales de la Comunidad Valenciana). - Contratos de trabajo como TASOC (Técnicos de Animación Sociocultural). - Escasa difusión científica e investigación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Integrar a las personas en la sociedad, readaptarlas y promover su inclusión. - Realizar proyectos de modo articulado por prioridades y necesidades. - Capacidad de fortalecer a las personas, a través de la educación, participación social, organización y comunicación social. - Capacitar a los individuos en estrategias de trabajo dentro de su territorialidad, para solucionar sus problemas y acceder a una mejor calidad de vida. - Desarrollar proyectos para personas que tienen perspectivas de vida muy limitadas. - Realizar adaptaciones en la vivienda, trabajar en el hogar, orientación a la familia o cuidador. - Identificar barreras arquitectónicas en el municipio. - Realizar programas para mejorar la autonomía personal.
AMENAZAS	OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none"> - Carencia de decisiones políticas a la altura de las circunstancias. - Escasa participación social, individualización y pérdida de confianza. - Recortes en sanidad y recursos sociales (ayudas, subsidiariedad y prestaciones). - Falta de oportunidades de empleo y escaso interés por ampliar el personal laboral de los departamentos sociales y sanitarios. Vinculaciones hacia la privatización. - Falta de espacios públicos para integrar los servicios y llevar a cabo proyectos. - Escasa participación por parte de las instituciones. 	<ul style="list-style-type: none"> - Escasez de realización de talleres en relación a las demandas sociales. - Agentes a favor del cambio social yendo más allá de la asistencia sanitaria tradicional. - Capacidad de conocer los mecanismos sociales y políticos que influyen en el acceso de las personas a la ocupación propositiva y significativa. Portadores de nuevos discursos de cambio y de justicia social. - Aparición de nuevos emergentes psicosociales en tiempo de cambios. - Elevados porcentajes de población que necesitan programas terapéuticos. - Hacia un envejecimiento activo.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

-
- (1) Polonio López B, Durante Molina P, Blanca Noya A. Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional. 1ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2001.
- (2) Polonio López B, Durante Molina P, Blanca Noya A. Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional. 1ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2001.
- (3) Kronenberg F, Algado S, Pollard N. Terapia Ocupacional sin fronteras. Aprendiendo del espíritu de supervivientes. En Kronenberg F, Pollard N. Superar el apartheid ocupacional: exploración preliminar de la naturaleza política de la terapia ocupacional. Madrid: Médica Panamericana; 2006. p. 60-82.
- (4) Kronenberg F, Algado S, Pollard N. Terapia Ocupacional sin fronteras. Aprendiendo del espíritu de supervivientes. En Dias Denise, Garcez Isabel, Esquerdo Roseli. Terapia Ocupacional Social. Una perspectiva histórica. Madrid: Médica Panamericana; 2006. p. 141-153.
- (5) Polonio López B, Durante Molina P, Blanca Noya A. Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional. 1ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2001.
- (6) Kronenberg F, Algado S, Pollard N. Terapia Ocupacional sin fronteras. Aprendiendo del espíritu de supervivientes. En Iwama, M. Ubicación en el contexto. Cultura, inclusión y terapia ocupacional. Madrid: Médica Panamericana; 2006. p. 127-137.
- (7) Kronenberg F, Algado S, Pollard N. Terapia Ocupacional sin fronteras. Aprendiendo del espíritu de supervivientes. En Dias Denise, Garcez Isabel, Esquerdo Roseli. Terapia Ocupacional Social. Una perspectiva histórica. Madrid: Médica Panamericana; 2006. p. 141-153.
- (8) Kronenberg F, Algado S, Pollard N. Terapia Ocupacional sin fronteras. Aprendiendo del espíritu de supervivientes. En Trentham B, Cockburn L. Investigación en la acción participativa. Crear nuevo conocimiento y oportunidades para el compromiso ocupacional. Madrid: Médica Panamericana; 2006. p. 415-427.

⁽⁹⁾ Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, Gobierno de España [Internet] Familias e Infancia. Sistema de Información de Usuarios de Servicios Sociales (SIUSS) [abril 2016]; Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/inclusionSocial/serviciosSociales/siuuss/home.htm>

⁽¹⁰⁾ Vicepresidencia y Conselleria de Igualdad y políticas inclusivas, Generalitat Valenciana [Internet] Gestión ADA [abril 2016]; Disponible en: <http://www.inclusio.gva.es/web/mayores>

⁽¹¹⁾ Boix A, Esparcia J, Garcia de Leandro E, Jiménez F, Luis-Hortolano J, Martínez Lucía “et al”. Democracia desde abajo. Nueva agenda para el gobierno local. 1ª ed. Universitat de València: Estudios y Documentos 17; 2015.

⁽¹²⁾ Oyarzún Nataly, Zolezzi Roxanna, Palacios Monica. Hacia las prácticas comunitarias de Terapia Ocupacional. Desde una mirada socio-histórica en Chile. 1ª ed. Alemania. Editorial Académica Española; 2012.

