



## Facultad de Psicología

# UNA APROXIMACIÓN EMPÍRICA DESDE EL MODELO CANADIENSE DE DESEMPEÑO OCUPACIONAL: CALIDAD DE VIDA EN PROFESIONALES DE LA RED DE CENTROS PARA PERSONAS CON DIVERSIDAD FUNCIONAL DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA

Tesis Doctoral presentada por:

D.<sup>a</sup> Lidia Revuelto Palma

Dirigida por:

Dra. Amparo Oliver Germes

Dr. Salvador Simó Algado

Programa de Doctorado en Atención Socio-Sanitaria a la Dependencia.

Valencia

2017



A Vicente Marsá



## AGRADECIMIENTOS:

En primer lugar quería dar las gracias a todos los centros que han participado en el estudio, ya que sin ellos este trabajo no habría podido desarrollarse. Gracias a PROMI, APROSUB, ACPACYS, DOWN CÓRDOBA Y FEPAMIC. Y gracias en especial a Antonio Bueno, amigo y compañero de lucha, con el que cada vez que hablo me lleno de energía para continuar trabajando.

A Amparo, por su constancia y su confianza en mí, por motivarme todos los días, por estar ahí a pesar de la distancia y las dificultades y por ayudarme en todo momento, por su paciencia. Trabajar contigo ha sido un gran placer, eres una gran tutora y compañera.

A Salvador por decirme que si y por ayudarme para que fuera un trabajo de T.O social, exactamente como lo que estaba en mi cabeza. Por las charlas estupendísimas sobre la profesión y sobre Vicente, por hacer sentir Vic mi casa.

A Laura Galiana, por ayudarme en mis visitas a Valencia y por hacerme sentir como si hubiera estado trabajando toda la vida en la Universidad con ella.

A mis padres, que siempre están ahí a pesar de lo pesadilla que puedo ser haciendo cosas, solapando unas con otras y sin parar. Por ayudarme en este camino, de trabajo, viajes, fotocopias...

A mi hermana Begoña, por preguntarme cómo voy, a pesar de no entender muy bien esto, y apoyarme.

A Gloria y Manu, por regalarme la oreja y confiar en mí, que en momentos cuesta arriba estas palabras te hacen levantarte de nuevo.

Y por último a mi manada, Gonzalo y Patán, por darme cariño, palabras de apoyo, acompañarme en mis viajes a corregir, por ladrarme para ir a la calle... siempre a mi lado.



# INDICE:

<b>1- INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN</b>	<b>9</b>
<b>2- MARCO TEÓRICO</b>	<b>13</b>
<b>2.1- MARCO GENERAL DE ENFOQUES TEÓRICOS</b>	<b>15</b>
2.1.1- LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DIVERSIDAD FUNCIONAL	15
2.1.2- EL TÉRMINO CIUDADANIA	25
2.1.3- AUTODETERMINACIÓN VS INTERDEPENDENCIA	31
2.1.4- TEORIA DEL RECONOCIMIENTO DE AXEL HONNETH	35
<b>2.2- LEGISLACIÓN NACIONAL Y AUTONÓMICA EN MATERIA DE DISCAPACIDAD. LEGISLACIÓN ESTATAL Y ANDALUZA</b>	<b>37</b>
<b>2.3- ORGANISMOS DE INTERVENCIÓN SOCIOSANITARIA: ESTRUCTURA DE SERVICIOS SOCIALES. CENTROS DE ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD</b>	<b>43</b>
2.3.1- COMPETENCIA DE LOS PROFESIONALES QUE TRABAJAN EN CENTROS DE ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD	47
<b>2.4- UN PUNTO DE VISTA DESDE LA TERAPIA OCUPACIONAL</b>	<b>51</b>
2.4.1- DEFINICIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL	51
2.4.2- LA OCUPACIÓN COMO MEDIO Y COMO FIN EN TERAPIA OCUPACIONAL	55
2.4.3- MODELO CANADIENSE DE DESEMPEÑO OCUPACIONAL	59
<b>2.5- LA RELACIÓN TERAPÉUTICA</b>	<b>63</b>
2.5.1- RELACIÓN TERAPEUTICA DESDE LA TERAPIA OCUPACIONAL	63
2.5.2- REALCIÓN TERAPEUTICA/ DE AYUDA ENTRE TRABAJADOR Y CLIENTE/ USUARIO: LA FATIGA POR COMPASIÓN	67
2.5.2.1- FATIGA POR COMPASIÓN Y CONCEPTOS AFINES	69
2.5.2.2- - BURNOUT Y PROFESIONALES ASISTENCIALES	71

2.5.2.3- SATISFACCIÓN CON LA VIDA Y CONCEPTOS AFINES. AUTOCUIDADO DEL PROFESIONAL	75
<b>2.6- OBJETIVOS E HIPÓTESIS</b>	<b>79</b>
<b>3- METODOLOGÍA</b>	<b>83</b>
<b>3.1- DISEÑO, MUESTRA Y PROCEDIMIENTO</b>	<b>85</b>
3.1.1- CENTROS Y SU DISTRIBUCIÓN EN LA PROVINCIA	91
<b>3.2- ANÁLISIS E INSTRUMENTOS</b>	<b>95</b>
<b>4- RESULTADOS</b>	<b>99</b>
<b>4.1- RESULTADOS CUANTITATIVOS</b>	<b>101</b>
<b>4.2- RESULTADOS CUALITATIVOS</b>	<b>109</b>
<b>5- DISCUSIÓN</b>	<b>125</b>
<b>6- REFERENCIAS</b>	<b>141</b>
<b>7-ANEXOS</b>	<b>159</b>

## 1- INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN<sup>1</sup>

La mayor parte de la actividad asistencial se centra en el encuentro terapéutico con el cliente y con su familia, tratando de dar soluciones a los problemas que presenta. La complejidad que ha adquirido el sistema sociosanitario, tanto tecnológica como de otros requerimientos (guías terapéuticas, estándares, registros sistemáticos de actividad, etc.) han recortado el espacio del profesional para dedicarse al encuentro con el usuario. La dimensión subjetiva, donde se produce la vivencia real de la problemática para el usuario, es frecuentemente obviada por falta del tiempo y del espacio adecuado para ser reconocida, evaluada y atendida, dificultando poder realizar una praxis basada en la persona.

A diario, los profesionales de la dependencia trabajamos en entornos donde está presente el sufrimiento, el dolor emocional y debemos discutir y atender temas sensibles, íntimos y aconsejar, tratar y acompañar situaciones de impacto emocional. Todo ello sin formación específica y frecuentemente bajo presión asistencial, con poco tiempo y debiendo contener las propias emociones, para seguidamente atender con la máxima ecuanimidad al resto de usuarios sin trasladarles nuestra tensión, la que como seres humanos sensibles y compasivos hemos acumulado en el encuentro (Oliver, 2011). A esto hay que unir la situación actual de recortes sociosanitarios, implicando una precarización laboral del trabajador y afectando a su rol de cuidador.

Esta labor requiere una presencia empática y una actitud de promoción de la dignidad y la autonomía del cliente en un entorno cada vez más deshumanizado y más orientado hacia la rentabilidad, la gestión por objetivos que, frecuentemente, interfieren en la relación terapéutica (Oliver, 2011). Según nos habla Rogers (1977), la relación de ayuda se

---

<sup>1</sup> En el texto figura indistintamente el término usuario y cliente. Usuario es la nomenclatura que los recursos sociales utilizan para referirse a la persona que hace uso de ellos, sin embargo en los servicios de terapia ocupacional canadienses es nombrada como cliente, por eso en la tesis utilizamos indistintamente las palabras usuarios y clientes debido a la influencia del Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional.

caracteriza por “una especie de transparencia que pone de manifiesto los verdaderos sentimientos del terapeuta, por la aceptación de la otra persona como individuo diferente y valioso por su propio derecho, y por una profunda comprensión empática que permite observar el propio mundo del cliente tal como él lo ve” (Rogers, 1977: 42). Además, el uso terapéutico del self es una herramienta que interviene en el proceso que afecta al usuario y marca en gran medida el éxito de la intervención terapéutica, por lo que, conjuntamente de la necesidad de esta relación empática, lo segundo es clave para el fin que se busca.

Los profesionales que prestamos servicios con personas dependientes nos vemos afectados, no sólo por el contagio emocional derivado de la relación terapéutica, sino también al ver que los valores y los objetivos que un día les llevaron a elegir esa profesión se van alejando en una realidad sobre la que no se tiene control. El impacto del trabajo en servicios sociales y de salud a nivel de estrés en profesionales ya fue reconocido por Pines y Maslach en 1978. Este estrés está relacionado con la depresión, con problemas de relaciones personales y con la insatisfacción laboral. Todo esto puede producir disminución en la eficacia profesional, en la concentración, en la atención y también dificultar la toma de decisiones. También puede obstaculizar la alianza terapéutica, entendida como el uso terapéutico del self (Townsend y Polajatko, 2007), y disminuir la habilidad del profesional para establecer lazos.

El uso terapéutico del self, un instrumento clave en el Modelo Canadiense de Desempeño y la Participación Ocupacional (Townsend y Polajatko, 2007), es la herramienta que desde la propia subjetividad del profesional interviene en el proceso que afecta al usuario. El mantenimiento de la estabilidad emocional y su propio cuidado es de crucial importancia en el mantenimiento de su capacidad para trabajar de forma eficiente y disfrutando del ejercicio de su profesión.

La inteligencia emocional consiste en la capacidad para entender y atender el significado de las emociones propias y ajenas y, a la vez, mantener la capacidad para dirigir nuestra conducta por medio de valores y objetivos. Gestionar bien las propias emociones va a permitir un verdadero encuentro con los usuarios (Oliver, 2011).

En la clínica he podido observar la importancia del trabajador a la hora de que se produzcan cambios reales, tanto en la personas usuarias o clientes como en el contexto social. Esta importancia se ve, por un lado, positivamente cuando la persona tiene esperanza de cambio y que forma parte de algo mayor (reconocimiento); y negativamente cuando los niveles de esperanza son más bajos. El trabajador es clave en el tratamiento de las personas con diversidad funcional, por lo que debemos tener presente su bienestar y todos los ítems que influyen en éste. Con este estudio queremos demostrar la importancia del cuidado del profesional que trabaja con personas con diversidad funcional para:

- Mejorar la satisfacción laboral y en la vida de los trabajadores.
- Promover la mejora de la calidad de vida de las personas con las que trabajamos, y luchar por un cambio en la adquisición de derechos y en la participación real en la comunidad de nuestros usuarios, con nuestros usuarios.



## **2- MARCO TEÓRICO**



## **2.1- MARCO GENERAL DE ENFOQUES TEÓRICOS**

### **2.1.1- LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DIVERSIDAD FUNCIONAL**

A lo largo de la historia el tratamiento de salud y social ofrecido a las personas con diversidad funcional ha evolucionado considerablemente, pasando de forma esquemática de basarse en un modelo de “prescindencia” a otro de carácter “rehabilitador”, para concluir, en la actualidad, en un modelo de carácter social. El primero de estos modelos se fundamenta en el origen religioso de la diversidad funcional y/o en la estimación de estas personas como innecesarias. En pie a esto, la sociedad se desarrolla excluyendo a estas personas, bien por la vía de la aplicación de políticas eugenésicas, bien por la vía de incluirlas entre las clases marginales. El segundo modelo se inicia cambiando el origen de la diversidad funcional, estableciendo su origen en razones fisiológicas y científicas y buscando una normalización de este colectivo a través de la rehabilitación. El hecho de la existencia de agentes sociales que afecta a la diversidad funcional introduce un tercer modelo, el denominado social. Este modelo –aún en implantación en nuestro país- establece que la diversidad funcional parte y se fundamenta en unas bases sociales. Las políticas que propugna parten de principios tales como el de la “vida independiente, la no discriminación, la accesibilidad universal, la normalización del entorno y el diálogo civil”, entre otros. A diferencia del modelo rehabilitador, este modelo defiende la rehabilitación o normalización de una sociedad que debe ser considerada y planteada buscando solventar las necesidades de todos, sea cual sea su situación. Uno de los presupuestos fundamentales del modelo social radica en que las causas que originan la diversidad funcional no son individuales —como se afirma desde el modelo rehabilitador—, sino que son predominantemente sociales (Palacios y Bariffi, 2014).

Los conceptos de enfermedad y diversidad funcional son términos que se entremezclan, creando confusiones y llevando a prácticas discriminatorias por desconocimiento, característico del modelo médico-rehabilitador (Romañach y Palacios, 2008). La filosofía de este modelo establece que las causas que originan la discapacidad no son religiosas, sino científicas. Desde de este modelo las personas con diversidad funcional ya no son consideradas inútiles o innecesarias, siempre que sean rehabilitadas. Es por ello que el fin primordial que se persigue desde este modelo es normalizar a las mujeres y hombres que son diferentes, aunque ello implique forzarla desaparición o el ocultamiento de la diferencia que representa la diversidad funcional. Es imprescindible rehabilitar a la personas y el éxito se valora según la cantidad de destrezas y habilidades que logre adquirir el individuo (Palacios y Romañach, 2008).

En el siglo XVII da comienzo la institucionalización de las personas con enfermedad mental y diversidad funcional intelectual para apartarlos de la vida comunitaria. Esta exclusión o segregación se produce en centros previamente utilizados para el mismo fin con leprosos y afectados de enfermedades venéreas. Más adelante esta segregación se argumenta desde el punto de vista médico (Foucault, 1967). La diversidad funcional se ve como consecuencia de la deficiencia que padece un individuo, por lo que por ello el término remite a una situación individual, implicando un tratamiento individualizado enfocado a abordar el “problema”. Esta concepción de la diversidad funcional orientará las prácticas de las que comenzarán a ser objeto las personas con diversidad funcional con la emergencia del sistema de producción capitalista y de la modernidad. Se dará un proceso de “institucionalización” (Oliver, 1990) mediante el cual las personas con diversidad funcional serán apartadas de la convivencia colectiva y serán recluidas en instituciones especializadas para su tratamiento: la rehabilitación, prescrita y orientada por los dictámenes médicos (Díaz y Ferreira, 2008).

La sociedad moderna sigue viendo la diversidad funcional como una enfermedad, como algo a recomponer o subsanar por el avance de la medicina. Gracias a esto, se hace la clasificación de la diversidad funcional por diferencias orgánicas, y se siguen otorgando certificados de “minusvalía” vinculados a la realidad médica y funcional de la persona, en lugar de vincularlos a sus necesidades personales y sociales para poder desarrollar un proyecto de vida pleno con sentido (Simó Algado, 2016). El origen, el desarrollo y la articulación del modelo social de la diversidad funcional se ha generado básicamente a través del rechazo a los fundamentos expuestos anteriormente (Palacios y Romañach, 2006). Las bases principales de este modelo son dos:

- Las causas que originan la diversidad funcional no son científicas, sino sociales. De este modo, partiendo de la premisa de que toda vida humana es igualmente digna, desde el modelo social se sostiene que lo que puedan aportar a la sociedad las mujeres y hombres con diversidad funcional se encuentra íntimamente relacionado con la inclusión y la aceptación de la diferencia.
- El movimiento de mujeres y hombres con diversidad funcional en el Reino Unido se ha concentrado en alcanzar cambios en la política social o en la legislación de derechos humanos.
- Otro error, por desconocimiento, es la confusión entre autonomía moral y autonomía física o funcional, confusión que también proviene del modelo médico-rehabilitador. La capacidad de realizar actividades de manera autónoma (comer, vestirse, correr, etc.) no está relacionada con la capacidad de tomar decisiones sobre la propia vida.
- La vida de una persona con diversidad funcional tiene el mismo sentido que la vida de una persona sin diversidad funcional. En esta línea, las personas con diversidad funcional remarcan que ellas tienen mucho que aportar a la sociedad, pero para ello deben ser

aceptadas tal cual son, ya que su contribución se encuentra supeditada y asimismo muy relacionada con la inclusión y la aceptación de la diferencia (Romañach y Palacios, 2008).

A raíz de este modelo, surge un nuevo discurso crítico, “el movimiento de vida independiente” nacido de las propias personas afectadas. Desde este modelo se concibe que la diversidad funcional no proviene de un déficit orgánico, sino en una estructura social que no tienen en cuenta las auténticas necesidades de las personas con diversidad funcional y las marginan y excluyen de la participación comunitaria. En él se expone la problemática en cuanto a la participación, debido a un contexto excluyente (Palacios y Romañach, 2006): Accesibilidad de los espacios; familia, amigos, centros y entorno más cercano de la persona con diversidad funcional, donde se da la sobreprotección y se merma su capacidad de decisión sobre las elecciones que conciernen a su propia vida; la percepción del pensamiento social de las capacidades y las posibilidades de este colectivo y en relación a las leyes y políticas de discriminación positiva.

Se pueden desprender dos formas de entender la discapacidad (Exeberria, 2008):

- La primera cruza unos déficits de la persona (factores internos) con una exclusión social (factores externos) y cómo estos interactúan entre ellos.
- La segunda da todo el peso al factor externo, a la sociedad, la cual está diseñada de tal modo que margina a quienes tienen determinadas diversidades funcionales, impidiendo su realización personal. El entorno es el que discapacita.

Una de las máximas filosóficas más cargadas de significado establece: “todos los hombres son (o nacen) iguales”. Esta máxima no supone que “todos los hombres sean

iguales en todo”, sino con relación a aquellas cualidades que según las diferentes concepciones del hombre y de la sociedad forman la esencia del hombre, como el poseer la dignidad. Indudablemente los hombres no son iguales. Es adecuado recordar en este punto la distinción que hacía Rousseau (Rousseau, 1999) de las desigualdades naturales de los hombres, las producidas por la naturaleza, de las desigualdades sociales, producidas por las relaciones de dominio económico, espiritual y político. Rousseau nos hablaba de la eliminación de las diferencias sociales, al igual que nos lo expone el modelo social.

Las sociedades existentes hasta la actualidad son sociedades desiguales, donde las tendencias no igualitarias se esfuerzan en conservar las cosas tal como están, son las doctrinas conservadoras. A este conservacionismo social hay que unir el individualismo que caracteriza a las sociedades modernas. Se dice que una persona es individualista cuando es propensa al individualismo o partidaria de esta tendencia. Así mismo, el individualismo consiste en el pensamiento y la acción independientes, sin depender ni pensar en otros sujetos y manteniéndose ajeno a las normas generales. Como tendencia filosófica, el individualismo defiende la supremacía de los derechos individuales frente a los derechos de la sociedad y a la autoridad del Estado.

El individualismo, por lo tanto, puede considerarse como una posición filosófica, moral o política. Aquellas personas que se encuentren dentro de esta forma de entender la vida buscarán satisfacer sus propios objetivos con autosuficiencia e independencia, oponiéndose a las intervenciones externas acerca de sus opciones personales. Por eso están en contra de la autoridad de las instituciones sobre su libertad individual. En su libro “La individualización: el individualismo institucionalizado y sus consecuencias sociales y políticas” Beck nos habla de la importancia de demostrar un talante diario que te distinga de los demás, el valor social de demostrar ideas propias, de ser más que los demás. Esto nos

lleva a posiciones colectivas de exclusión, donde se encuentran víctimas de violencia gratuita, como por ejemplo las personas con diversidad funcional (Beck, 2003).

El entorno no es propicio por cuanto predomina un relativismo desconfiado que conduce al individualismo y cuestiona determinados derechos (CERMI, 2012). La teoría del individualismo posesivo en la que se basó la economía moderna es insostenible. Los bienes del universo son producto de las personas que viven en sociedad, y por lo tanto son bienes sociales, que deben ser socialmente distribuidos. Estos bienes son tanto materiales como inmateriales o espirituales. Por eso, sigue siendo imprescindible potenciar el proyecto de una Europa social, que reclame para todos sus ciudadanos y ciudadanas la protección de sus derechos económicos, sociales y culturales, y que se proponga como tarea histórica proteger a todas las personas de la Tierra, luchando por los mínimos de justicia que la ciudadanía social cosmopolita exige (Cortina, 2005), eliminando la discriminación y luchando por la justicia social la necesidad de lograr un reparto equitativo de los bienes sociales. Se exige garantizar la igualdad ante la ley y la igualdad de oportunidades, así como la protección de los derechos humanos inseparables a la idea de ciudadanía social, inherentes al desarrollo de una persona. Igualdad sea cual fuere la condición social, donde el mayor obstáculo se encuentra en el desprecio al pobre, débil, anciano o discapacitado. Esto debe comenzar en la infancia (Cortina, 2005). En una sociedad con justicia social, los derechos humanos son respetados y las clases sociales más desfavorecidas cuentan con oportunidades de desarrollo. A esto le puede seguir que realmente las personas no somos independientes en el sentido estricto, sino que somos interdependientes unos de otros, interdependientes en respeto y justicia, en la independencia que logramos ejercitando nuestras interdependencias (Etxeberria, 2008).

Desde una visión estructuralista /funcionalista de la sociedad el cambio y el conflicto social se consideran fenómenos secundarios y una amenaza para el correcto

funcionamiento de las instituciones sociales. Como consecuencia, la gente y las familias que no viven de acuerdo con lo que está establecido como normal, son consideradas disfuncionales, problemáticas o anormales. En cambio, desde una visión del conflicto social el problema radica en la desigual distribución de los recursos, y aboga por la lucha por la ampliación de los derechos humanos, que debe convertirse en parte de la vida social diaria y el resultado de la acción colectiva organizada (Galheigo, 2004). El valor de la igualdad se encuentra enraizado verbalmente en nuestra comunidad, pero la legislación al respecto deja mucho que desear en relación al igual trato de todas las personas (Cortina, 2005)

La solidaridad, es un valor que se plasma al menos en dos tipos de realidades personales y sociales: en la relación que existe entre personas que participan con el mismo interés en cierta cosa; en la actitud de una persona que pone interés en otras y se esfuerza por las empresas o asuntos de esas personas. El primero es básico para mi subsistencia, el segundo es preciso para que pueda sobrevivir bien. Porque las personas no sólo queremos vivir sino vivir bien, y esto mal puede hacerse desde la indiferencia al sufrimiento ajeno (Cortina, 2005).

En las sociedades hay muchas razones por la que puede darse exclusión de un determinado colectivo: homosexualidad, raza, genero, diversidad funcional, ser practicante de otra religión..., las últimas personas en reivindicar una no exclusión son las personas con diversidad funcional. (Romañach, 2010). Personas que en virtud de ciertas peculiaridades de su constitución biológica encuentran dificultades para su desenvolvimiento cotidiano en comparación con las personas que no poseen esas peculiaridades. Sin embargo, por el hecho de esa singularidad han sido catalogadas de determinada manera y han sido objeto de ciertas prácticas que han transformado su singularidad en una diferencia marcada negativamente (Rodríguez, Ferreira y Ángel, 2008).

Por ello no se puede dar una respuesta adecuada a la problemática de las personas con diversidad funcional si no se fomentan la solidaridad integral y la justicia social. La solidaridad ha de orientarse a la promoción del ser humano y al respeto de su dignidad, transformando las situaciones que generan la exclusión, incidiendo en la raíz de los problemas y no limitándose a paliar sus consecuencias. Cuando se habla de solidaridad, nos referimos a la “voluntaria”, por la que damos generosamente algo a lo que no estamos obligados (Ruiz y Lorenzo, 2014).

Se trata de recuperar valores. En primer lugar asumir el compromiso de fomentar la solidaridad que incentive actitudes generosas que hagan posible que se reconozca la dignidad de la persona y a partir de ahí contribuir a unas relaciones sociales en las que las personas puedan desarrollar un proyecto de vida integral, tengan o no alguna discapacidad. Esto no es una utopía, aunque no puede alcanzarse individualmente por lo que son necesarias las entidades intermedias. Se trata de valores que cualquier centro, público o privado, ha de transmitir, ya que son metas que hemos alcanzado y se deben cuidar como un valioso tesoro (Cortina, 2005). Dentro de estas entidades intermediarias se encuentran las fundaciones y asociaciones, cuyo número es creciente y que por estar movidas por la conciencia y el compromiso personal y no por obligaciones, han sido un instrumento decisivo en muchos logros sociales (Ruiz y Lorenzo, 2014).

Si examinamos el ámbito en que actúan las entidades solidarias, comprobaremos que dedican sus esfuerzos mayoritariamente a luchar contra las consecuencias de los problemas existentes (pobreza, marginación, enfermedad, exclusión, discapacidad, etc.), algo absolutamente necesario; pero tienen menos protagonismo en lo referente a evitar las causas de dichos problemas (probablemente porque los poderes públicos no lo facilitan). En este sentido deberíamos reflexionar con el objetivo de incrementar el campo de acción. Otra área en la que hemos de avanzar es la unión de esfuerzos,

fundamentalmente cuando se actúa en sectores similares o idénticos. Macintyre (1980) afirma que compartir una cultura profesional implica tener creencias comunes y perspectivas que dan sentido, guían o regulan la acción profesional. Como en todas las actividades, una correcta estrategia, el aprovechamiento de sinergias, la coordinación de esfuerzos, etc. es esencial para progresar (CERMI, 2012). Los logros estarán en función del porcentaje de ciudadanos que incorporen la solidaridad a sus prioridades, con esto nos referimos tanto a las personas afectadas, entidades solidarias y contexto comunitario. Para ello muchos deben despertar del letargo, el conformismo y la desmotivación, comprometiéndose con el humanismo, la ética y la solidaridad, que deben ser universales. Para unir voluntades es más fácil hablar de “problemas comunes” que de “intereses individuales” (CERMI, 2012). La unión de fuerzas de las entidades junto con los afectados en el aumento de la solidaridad comunitaria es la base de un cambio real en la justicia social y en la evolución de los problemas existentes en cuanto a la exclusión, no debemos conformarnos con paliar las consecuencias.



## 2.1.2- EL TÉRMINO CIUDADANÍA

Otro término que requiere especial atención es el de ciudadanía. Arendt (1995) nos advierte de que la vida de los pueblos está regida por las leyes, que regulan los actos de los ciudadanos, y las costumbres, que regulan los actos de los hombres. Cuando los hombres pierden su capacidad de acción política y el pueblo cesa de ser ciudadano, el más mínimo incidente puede destruir unas costumbres y una moralidad que ya no se sostienen en la legalidad, y es imposible prevenir lo peor en dicha sociedad. Ciudadanía significa el conjunto de derechos y deberes a los cuales el individuo está sujeto en relación con la sociedad en la que vive. El término ciudadanía proviene del latín “civitas”, que significa ciudad. Por tanto, ciudadanía es la condición que se otorga al ciudadano de ser miembro de una comunidad organizada. Es un término mediador ya que une la racionalidad de la justicia con el sentimiento de pertenencia (Cortina, 2005).

Tal como reconoce el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad en su libro “Discapacidad y exclusión social” (CERMI, 2003), a pesar del aumento de material publicado sobre estudios comparativos en el campo de la discapacidad, existe una considerable falta de estadísticas comparativas sobre las condiciones de vida de las personas con discapacidad, la discriminación sistemática y las barreras a las que se enfrentan en su entorno económico y social. La discapacidad es en la actualidad un fenómeno crecientemente concebido como resultado de la desventaja a la hora de participar en igualdad de oportunidades en la sociedad. Desde esta perspectiva, dado que las personas con discapacidad son titulares de los mismos derechos que el resto de la ciudadanía (ONU, 2006), la sociedad debería eliminar cualquier barrera que pueda obstaculizar el acceso a los recursos y servicios educativos, sociales, culturales, sanitarios, así como a los espacios de participación social, política y cultural.

La exclusión social –como la discapacidad– se reconoce como un fenómeno complejo, resultado de un cúmulo de factores, con un marcadísimo carácter transversal y, por tanto, presente también en el contexto en que se desenvuelven las personas con diversidad funcional. La exclusión está estrechamente relacionada con la discriminación, es decir, con un trato desigual y negativo a aquellas personas que son distintas por motivos de su etnia o raza, identidad nacional, condición física o psíquica, orientación sexual, discapacidad, etc. La diversidad funcional es una de las causas de discriminación más extendidas en la sociedad actual (García, 2013).

Esta reflexión crítica nos ayudará a entender que no todos los problemas emanan de los déficits o las lesiones. Muchas veces las bases debemos buscarlas en las normas o en las creencias sociales que establecen expectativas de lo que las personas deberían o no deberían ser. El Modelo Canadiense del Desempeño y la Participación Ocupacional (Townsend y Polajatto, 2007) nos dice sobre las normas sociales:

1. Interiorizamos normas sociales en la medida en que nos socializamos en la sociedad, y creamos sistemas, instituciones, y leyes que reflejan esas normas;
2. No somos por lo general conscientes de las normas sociales que están inmanentes en nuestras vidas;
3. Todos actuamos y reforzamos una serie de normas sociales en nuestro día a día; con nuestro discurso y nuestros silencios, acciones y omisiones;
4. Hay normas sociales básicas y necesarias que nos ayudan a vivir en armonía. Otras normas son destructivas, y nos ponen los unos contra los otros, en función de su apariencia o sus preferencias sexuales.

Debemos ser críticos con las normas interiorizadas por el simple proceso de socialización y desde esa crítica consciente luchar por un cambio de las normas sociales destructivas, buscando una comunidad más justa y solidaria, eliminando actitudes pasivas y sumisas al orden social establecido.

Ciudadano es todo individuo humano con derechos civiles y políticos y sus correspondientes deberes a esos derechos, que especifican sus autonomía y libertad en el marco de la igualdad formal, dentro de una estructura estatal democrática que posibilita su ejercicio (Etxeberria, 2008). El principio de libertad permite que cada uno busque su felicidad, siempre que no interfiera en la felicidad de otro. El de igualdad dice que todos los miembros de la comunidad tenemos los mismos derechos y oportunidades dentro del marco de las leyes públicas, para que todos podamos ejercer ese principio de libertad.

Los excluidos de este término son los dependientes, los independientes son los que son autosuficientes. La diversidad funcional en la función que se le establece a las personas con diversidad funcional intelectual es el núcleo de la dependencia, es limitación en la racionalidad, en la base de las decisiones libres. Esta reciprocidad e interdependencia en personas con discapacidad intelectual, debe estar encaminada al desarrollo de sus virtudes e igualación a las circunstancias básicas de elección, hablamos de potenciar la capacidad de actividad e iniciativa. El problema se da cuando se establece esa dependencia como característica excepcional de un grupo de personas, como algo impuesto (Etxeberria, 2008).

Existen dos tipos de libertad, la moral y la fáctica. La primera nos permite deliberar sobre determinados asuntos y opinar desde la razón sobre ello. La autonomía fáctica nos da la oportunidad de llevar a cabo esas deliberaciones. Las personas con diversidad funcional física poseen libertad moral, pero a la hora de llevar a cabo su libertad fáctica se encuentran con las barreras sociales. En las personas con diversidad funcional intelectual, los

problemas los encuentran en las dos dimensiones, tanto a nivel social como de su propio funcionamiento racional. Esta reclamación de las personas con diversidad funcional intelectual sobre la eliminación de las barreras sociales es algo decisivo para el alcance del máximo de ciudadanía, tanto a nivel político como civil. En relación a la eliminación de barreras sociales, las personas que sean tutores legales o que trabajen esa toma de decisiones por parte de la persona con diversidad funcional intelectual, debería hacerse a través de esta interdependencia, estimulando aquellos apoyos a la decisión, buscando el máximo posible de autonomía. Para esto debe darse un “diseño universal” contemplado como ajustes razonables y los apoyos necesarios para llegar a una ciudadanía de la igualdad. Ha de buscarse una apertura hacia el pluralismo legítimo y necesario para que la persona con discapacidad se sitúe libremente en él, también de acuerdo con sus capacidades concretas, acomodándose a la realidad de cada persona y de cada etapa personal (Etxeberria, 2008).

Debemos tener en cuenta el término de ciudadanía de la igualdad. Término que nos lleva a establecer que todos los seres humanos tenemos necesidades, situados en comunidades que deben ser solidarias, pero siendo conscientes que realmente se dan tres fenómenos de desigualdad: desventaja en las capacidades personales, opresión y marginación. Esto significa luchar contra las desigualdades para que todos tengamos acceso a las condiciones más equitativas posibles para el ejercicio de nuestra autonomía, que es el centro de la libertad. Hay que evitar crear para las personas con diversidad funcional intelectual planes de actuación y políticas enfocadas al paternalismo. No se trata, en esta igualdad en la autonomía, de tener cubiertas necesidades básicas como la alimentación, sanitarias y de alojamiento, sino que esas dinámicas que potencien nuestras capacidades y fomenten el ejercicio máximo de autonomía. Las personas con diversidad funcional intelectual tienden a verse en estas políticas como afincadas en su niñez, con paternalismo, vedándose espacios de decisión y participación de los que son capaces (Etxeberria, 2008).

La clave para buscar un modelo que proporcione un futuro mejor para las mujeres y hombres con diversidad funcional y por extensión a toda la sociedad está basada en las ideas ya establecidas por el modelo social, un cambio de eje fundamental desde el concepto de capacidad al concepto de dignidad y en el uso de la bioética como herramienta fundamental del cambio, estableciendo un equilibrio muy sensible entre el respeto a la autonomía individual y el diseño de recursos de apoyo destinados a la inclusión social (Romañach y Palacios, 2008).

Como profesionales de la dependencia debemos hacer partícipes a las personas con las que trabajamos para que tomen las decisiones que les conciernen. Los incluidos son los autosuficientes, los excluidos los dependientes. Exeberria (2008) en la “Discusión sobre ciudadanía y discapacidad intelectual”, apunta la estrecha relación entre vivencia de la ciudadanía y la realización de derechos humanos, de lo que uno es y lo que puede llegar a ser, dando lugar a marginación. Las personas cuando nacen poseen dimensiones de ciudadanía pasivas, como es la educación y la salud, adquiriendo durante el desarrollo otras más activas como la participación y a la autonomía, actualizándose con la mayoría de edad y la maduración. Cuando esta actualización de las dimensiones más activa no se da produce (Exeberria, 2008):

- Limitación permanente de las dimensiones más activas, que se ven en ellas como permanente.
- Dando lugar a una inclusión no real, ya que se da dimensión socializadora para un desarrollo de capacidades individuales, pero raramente se persigue la participación activa comunitaria.
- Esto hace que no sean ciudadanos en el sentido más estricto del término.

Debemos reducir el paternalismo en pro de la autonomía y debemos luchar por una participación activa de nuestros clientes en su comunidad. Para eliminar esta

circunstancia en la medida de lo posible, hay que construir a partir de ellos y sus capacidades y eliminar los obstáculos del medio físico y social.

### **2.1.3- AUTODETERMINACIÓN VS INTERDEPENDENCIA**

La capacidad de autodeterminación se concibe como un espacio reservado, sin restricciones, para la acción voluntaria de la persona. El valor de la autonomía se basa en el supuesto previo de una capacidad de acción y de comportamiento autodirigido. Descansa en la imagen implícita de una persona moralmente libre. Esto plantea dos grandes cuestiones (Palacios y Romañach, 2008):

1. Suele asociarse la diversidad funcional intelectual, con la carencia de capacidad para el ejercicio de la libertad moral.
2. Una dificultad a la que se enfrenta este valor en el contexto de la diversidad funcional, es que muchas veces la sociedad no se toma en serio la autonomía de las mujeres y hombres con diversidad funcional, que tienen esa “capacidad” absoluta para el ejercicio de dicha libertad moral.

Las personas con gran diversidad funcional, necesitan, constantemente la ayuda de una tercera persona para realizar sus actividades diarias. Esta necesidad de una persona, sumada al pensamiento establecido por el modelo rehabilitador de la diversidad funcional, a la sobreprotección familiar y a la visión social de la inferior dignidad de sus vidas han tenido como resultado la confusión entre la ayuda necesaria para la realización de una tarea, y la capacidad de decisión para realizar dicha tarea.

Guiadas por el pensamiento del modelo médico y la cesión de la voluntad de las personas con diversidad funcional, muchas de las políticas que se han realizado hasta ahora sobre la diversidad funcional han sido sobreprotectoras, con trato equivalente al de los niños, y han asumido la falta de capacidad de autodeterminación de un colectivo muy heterogéneo.

En el momento en que las políticas de diversidad funcional se orienten a promover la capacidad de autodeterminación de todos los individuos, muchos de ellos, tradicionalmente excluidos por la sociedad, serán capaces de tomar las riendas de sus propias vidas (Palacios y Romañach, 2008).

La justificación de una serie de acciones destinadas a paliar o suprimir las dificultades con las que se encuentra un colectivo como el de las personas con diversidad funcional en el ámbito social, se presenta como algo evidente. Y ello es así a pesar de tratarse de un colectivo difícil de identificar, formado por sujetos que pertenecen a él en virtud de rasgos diferentes. Las medidas normativas, en muchos casos, son como remiendos, muy útiles ya que solucionan problemas reales y actuales pero que dejan al aire cuestiones centrales que afectan a la forma de entender y considerar a los seres humanos. Es necesario estudiar la diversidad funcional dentro del discurso de los derechos humanos, partiendo de su principal referente, que no es otro que la idea de dignidad humana. La dignidad intrínseca es paralela al valor inherente de la vida y la dignidad extrínseca es paralela a la igualdad de derechos (Palacios y Romañach, 2008).

Las principales reivindicaciones de las personas con diversidad funcional consisten en la posibilidad de formar parte de la toma de decisiones relativas a sus propias vidas, dejando de ser consideradas como meros pacientes, o de estar sometidas a políticas paternalistas en las que se las intenta suplir y apartar de la toma de decisiones en aquellas cuestiones que les incumben (Palacios y Romañach, 2006). Martínez-Rivera (2014) nos habla de la importancia de poder definirnos como persona en función del número de decisiones tomadas que afecten a nuestra propia vida. Y no sólo es necesario crear tu proyecto de vida como protagonista activo, sino que el otro reconozca tu posibilidad y capacidad de hacerlo. Benavent (2003) ya establecía la importancia de sentirse autor y protagonista del propio proyecto de vida, y que esto está muy ligado al ejercicio de la libertad, a la no renuncia de la

libertad interior. La dignidad de la persona pasa por poder crear y vivir el propio camino de la autonomía, sentirse reconocido como tal por el otro.

Un entorno que sea favorable para la dignidad se pone muy en relación con la autonomía (Palacios y Romañach, 2006). “Se podría poder llegar a pensar y a reflexionar, si esta autonomía en la toma de decisiones que les incumben, que ciertos modelos de trabajo y políticas de nuestra sociedad pueden llegar a ser interpretadas como un barniz formal” (Romañach, 2012:47).

El principio de autonomía está íntimamente relacionado con la libertad, entendida ésta como capacidad de la persona de elegir entre posibilidades, de responsabilizarse de sus actos y, en consecuencia, de dirigir su propia vida. En el camino hacia la libertad el hombre se encuentra condicionado por situaciones sociales o culturales y factores físicos, aunque no está determinado por ellos. La autonomía es el espacio en que la persona decide por si misma a pesar de los condicionantes y en el que se ha de construir su libertad. El derecho a esta autonomía personal se vuelve especialmente sensible cuando hablamos de personas con diversidad funcional intelectual.

Cuando hablamos de autonomía personal y de vida independiente, nos referimos a ese espacio de decisión para la libertad tal y como es entendido y promovido por los colectivos de personas con diversidad funcional. El afán de estas personas por alcanzar la autonomía personal se va a ver restringido en un ámbito limitado por múltiples factores, entre ellos el contexto social en el que su vida transcurre.



## **2.1.4- TEORÍA DEL RECONOCIMIENTO DE AXEL HONNETH**

La teoría del reconocimiento expresa la nueva base normativa mediante la cual Axel Honneth desarrolla la categoría de reconocimiento como la tensión moral dinamizadora de la vida social. El concepto de reconocimiento implica que el sujeto necesita del otro para poder construir una identidad estable y plena. La finalidad de la vida humana consistiría, desde este punto de vista, en la autorrealización entendida como el establecimiento de un determinado tipo de relación consigo mismo, consistente en la auto-confianza, el auto-respeto y la auto-estima. La identidad se fundamenta en la conciencia de sí mismo con que cuentan los elementos del sistema humano de relaciones intersubjetivas que se componen de personas y estas existen en el sentido que le atribuye. Un tipo de reconocimiento implica que demos cuenta o respondamos unos de otros como portadores del mismo tipo de derechos. Tiene, por tanto, un carácter tanto cognitivo como emocional. Este tipo de reconocimiento está comprometido con la universalización por dos razones: en primer lugar para incrementar la legalidad que garantice las libertades individuales; por otra, por las luchas históricas de los colectivos excluidos o marginados en la reclamación de sus derechos. La realización práctica es el respeto de sí por el cual el sujeto concibe su obrar como una exteriorización de su autonomía moral que es respetada por todos (Boxó et al, 2013). Esto nos lleva a las comunidades inclusivas, donde nos encontramos con un componente emocional unido al reconocimiento de derechos: la solidaridad y la empatía por la singularidad de los proyectos de vida personales y colectivos de los otros.

Según Honneth las luchas por el reconocimiento están desplazando las luchas para la redistribución económica teniendo como objetivo el mejoramiento de las condiciones de autonomía de los miembros de nuestra sociedad (Boxó et al, 2013). Lo anterior deja de manifiesto el por qué las luchas por el reconocimiento en la teoría de Axel Honneth se deben

efectuar siempre en la esfera del derecho; es ésta la encargada de fundar los criterios universales desde los cuales se puede establecer lo igual y lo diferente. Esto a su vez reafirmará o creará el tipo de valoración social que reciben las personas o grupos. Por otra parte, ya que la esfera del derecho no sólo se compone de criterios universales, está también condicionada por la esfera de la valoración social, la cual supone un marco cultural interpretativo determinado. De lo anterior se deriva que las esferas de reconocimiento tanto del “derecho” como la de la “solidaridad” se encuentran necesariamente relacionadas entre sí y se influyen mutuamente (Navarro 2011).

Desde los recursos sociosanitarios se debería fomentar, teniendo de base los derechos humanos, la toma de decisiones por parte de los clientes, decisiones relacionadas con su vida personal, laboral y en relación al conocimiento personal y de sentido que quieren que tome su vida y la dirección de los caminos que desean tomar.

De aquí se desprende la importancia de crear comunidades inclusivas para que todos los ciudadanos puedan realizarse como ciudadanos de pleno derecho, no basta con un marco jurídico sino que es necesario un contexto inclusivo para un desarrollo fáctico de dichos derechos.

## **2.2- LEGISLACIÓN NACIONAL Y AUTONÓMICA EN MATERIA DE DISCAPACIDAD. LEGISLACIÓN ESTATAL Y ANDALUZA**

La política social española ha sufrido un cambio notable desde la implantación en 1978 de la constitución, siendo centro de este cambio la descentralización competencial hacia las comunidades autónomas y el reconocimiento de unos derechos fundamentales a los ciudadanos, siendo los más subrayados los derechos sociales.

El plan concertado e prestaciones básicas de servicios sociales yace como el reforzamiento del sistema Público, creando una red de centros y profesionales que proporcionan servicios en espacios cercanos a los ciudadanos, es decir, los Ayuntamientos. A dicho Plan se le adhieren Leyes Autonómicas en Servicios Sociales, llegando a la Ley de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (2006), cerrándose así un ciclo de creación de derechos subjetivos hacia la ciudadanía iniciado por el Plan.

La llamada Ley de dependencia,” ha supuesto el establecimiento de una nueva estrategia de intervención, donde el centro de la misma se sitúa la persona como componente de una ciudadanía activa, acreedora de derechos de amplio espectro, con aspectos tan importantes como la asunción de la responsabilidad pública del sistema, la regulación de la iniciativa privada, la introducción de órganos de participación y de sistemas de calidad integrada”.

El plan ha “sentado las bases para la implantación y extensión del nivel de atención primaria del Sistema Público de Servicios Sociales en España, con el fin de posibilitar el acceso de la ciudadanía a las prestaciones básicas de Servicios Sociales, a través de una red de equipamientos públicos y de compromisos institucionales para hacerlas efectivas”.

El Plan Concertado para el desarrollo de prestaciones básicas de servicios sociales en las Corporaciones Locales, tenía el objetivo de lograr la colaboración entre el Estado y la administración autonómica a través de los convenios programa, financiando así una red de atención de servicios sociales municipales, garantizando las prestaciones básicas a las personas más precisadas. “La importancia económica y la iniciativa técnica de este instrumento, ha sido fundamental para implantar el nivel de atención primaria”.

Pero el sistema público de servicios sociales necesita, actualizarse y perfeccionarse, como instrumento garantizador de los derechos de la ciudadanía en el ámbito de la protección social, para responder a nuevas realidades sociales, con deber de modernizarse en los derechos que señalan:

1. “Derecho a los beneficios sociales” del Artículo 14 de la Carta Social Europea: en este punto la administración se compromete a fomentar y contribuir al bienestar y al desarrollo de los individuos y de los grupos en la comunidad, y estimular la participación en el mantenimiento de tales servicios.
2. Artículo 9.2 de la Constitución Española: “ corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas, promover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social” y de los principios rectores de la Política Social y económica establecidos en ésta, ya que son también concreción de la idea de Estado social, entre los que incluyen: las políticas relativas a disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos (artículo 49).
3. Artículo 24 del estatuto de Autonomía de Andalucía: “derecho a acceder, en los términos que establezca la ley, a las ayudas, prestaciones y servicios de calidad con

garantía pública necesaria para su desarrollo personal y social”. Reforma urgente de la Ley de Servicios Sociales de Andalucía, para dar respuesta a las modificaciones que la nueva legislación ha introducido de manera sustancial en el tratamiento legal de los Servicios Sociales en Andalucía. El principal ha sido la reforma de Estatuto de Autonomía (2007) que ha ampliado ciertos derechos sociales, como los de la persona con discapacidad y las que estén en situación de dependencia.

4. Legislaciones que han ido dando respuesta de manera parcial a los cambios sucedidos en diferentes ámbitos de atención:

- a. Ley 1/1999 de 31 de marzo, de Atención a las Personas con Discapacidad en Andalucía, cuyo objetivo es la regulación de las actuaciones dirigidas a la atención y promoción del bienestar de las personas con discapacidad, con el fin de hacer efectiva la igualdad de oportunidades y posibilitar su rehabilitación e integración social, así como la prevención de las causas que generan deficiencias, discapacidades y minusvalías.

Esta ley define a la persona con discapacidad como “toda aquella que tenga una ausencia o restricción de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para una persona, como consecuencia de una deficiencia”.

Entre los principios que inspiran y recoge explícitamente esta Ley está el principio de normalización, por lo que las medidas tendentes a la promoción de las personas con discapacidad en las distintas áreas han de llevarse a cabo atendiendo a las características individuales mediante el acceso a instituciones o actuaciones de carácter general, a excepción que las características de la discapacidad requiera una atención específica a través de actividades, servicios y centros especializados.

- b. Ley de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (2006) (LAPAD), ha supuesto una modificación fundamental en este ámbito de actuación.

Teniendo en cuenta los principales elementos que han motivado el cambio, ya que la LAPAD forma parte de los sistemas de Servicios Sociales autonómicos (artículo 149.1.1 CE), incidiendo de manera particular en los relacionados con la promoción de la autonomía y protección a las personas en situación de dependencia, destacando al mismo tiempo que esta supone un hito en materia de Servicios Sociales, ya que establece un nuevo derecho universal y subjetivo de ciudadanía que garantiza la atención a todas las personas en situación de dependencia, creando para ello el sistema para la autonomía personal y atención a la dependencia, en que colaboran y participan todas las administraciones públicas.

Con esta Ley la Administración andaluza configurará instrumentos públicos que proporcionarán una respuesta ágil, eficaz y de calidad a las necesidades y exigencias en el propio desarrollo de la misma. La Ley deberá garantizar, como punto primordial, la plena atención de las personas a las que sea reconocida la situación de dependencia y a sus familias, asegurando de manera básica, la coordinación a nivel andaluz.

Introduciendo nuevas variables en el texto legislativo, como aquellas referidas a las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), a la Accesibilidad Universal y el Diseño para Todos, como estableció la convención de la ONU referida a la Vida Independiente sobre los Derechos de la Persona con Discapacidad (2008), en su artículo 20:

*“Los Estados Partes adoptarán medidas efectivas para asegurar que las personas con discapacidad gocen de movilidad personal con mayor*

*independencia posible, entre ellas: a) facilitar el acceso a las personas con discapacidad a formas de asistencia humana o animal e intermediarios, tecnologías de apoyo, dispositivos técnicos y ayudas para la movilidad de calidad, incluso poniéndolas a su disposición a un costo asequible; b) Alentar a las entidades que fabriquen ayudas para la movilidad, dispositivos y tecnologías de apoyo a que tengan en cuenta todos los aspectos de la movilidad de las personas con discapacidad”*

La Declaración de Estocolmo de 2009 señaló “el buen diseño capacita y el mal diseño discapacita”, puntos que deben estar presentes en leyes que responden a necesidades de poblaciones con necesidades especiales:

- Ley 51/2003, de 3 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal.
- Decreto Andaluz 293/2009, de 7 de julio, por el que se regula el reglamento que regula las normas de accesibilidad en las infraestructuras, el urbanismo, la edificación y el transporte en Andalucía, que nos habla de la accesibilidad universal como premisa de todos los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos, instrumentos, herramientas y dispositivos, para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas en condiciones de seguridad y comodidad y de la forma más autónoma y natural posible.

Así la accesibilidad pasa a ser una faceta relacionada con el ejercicio de los derechos dejando patente que la demanda de una minoría ha pasado a mejorar las condiciones de vida de la mayoría de la población.

En conclusión, la nueva Ley de Servicios Sociales de Andalucía deberá representar la respuesta a las expectativas, necesidades y demandas sociales en aras de la modernización en el ámbito de la atención social en nuestra Comunidad Autónoma, siempre buscando la calidad que supondrá la generación de cambios y potenciará la calidad de vida de la ciudadanía andaluza e implantará sistemas de gestión de calidad integrada en Servicios Sociales.

## **2.3- ORGANISMOS DE INTERVENCIÓN SOCIOSANITARIA: ESTRUCTURA DE SERVICIOS SOCIALES. CENTROS DE ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD**

La información a continuación expuesta está sacada de la normativa y la página de la Junta de Andalucía, en referencia a los Servicios Sociales, y más concretamente en relación a los Servicios Sociales especializados creados para el tratamiento de las personas con discapacidad. Se hará una explicación muy breve de la estructura general de los servicios sociales en Andalucía y nos centraremos posteriormente en lo que nos concierne por la naturaleza del nuestro estudio.

Los Servicios Sociales Comunitarios, como señala la Ley 2/1988, de 4 de abril, de Servicios Sociales de Andalucía, constituyen la estructura básica del Sistema Público de Servicios Sociales de Andalucía. La Ley distingue los mismos de los Servicios Sociales Especializados, que son aquéllos que se dirigen a determinados sectores de la población que requieren una atención específica. Por consiguiente, los Servicios Sociales Comunitarios están dirigidos a toda la ciudadanía. Estos Servicios constituyen un primer nivel de actuación y la finalidad de los mismos es el logro de unas mejores condiciones de vida de la población.

Los objetivos de los Servicios Sociales Comunitarios son los siguientes:

- 1.Promoción y desarrollo de las personas, grupos y comunidades, potenciando los cauces de participación. La vía formal de participación en materia de Servicios Sociales está prevista en el artículo 24 de la Ley de Servicios Sociales de Andalucía.
- 2.Fomento del asociacionismo en materia de Servicios Sociales, como cauce para el impulso del voluntariado social. El artículo 26 de la Ley de Servicios Sociales de Andalucía prevé una regulación reglamentaria del voluntariado.

3. Establecimiento de vías de coordinación entre organismos y profesionales que actúen en el trabajo social dentro de un mismo municipio o zona.

Los Servicios Sociales Especializados, en cuanto instrumento de atención específica a las personas con discapacidad, están dirigidos a posibilitar la integración social de este sector de la población.

Se estructuran, fundamentalmente, a través de los:

- Centros de Valoración y Orientación.
- Centros Residenciales, Centros de Día y Programa de Respiro Familiar.
- Entidades Tutelares

Nuestro estudio ha sido encuadrado dentro de los Servicios Sociales Especializados de atención específica a las personas con discapacidad, y dentro de ellos, más concretamente, los Centros Residenciales y los Centros de día y todos ellos dentro del área de la provincia de Córdoba.

Los centros residenciales se configuran como recursos de atención integral destinados a aquellas personas que, no pudiendo ser asistidas en su medio familiar, lo precisan temporal o permanentemente.

Se distingue entre:

- Residencia para Personas Gravemente Afectadas destinada a atender, en régimen de internado, a personas con una discapacidad tan grave que precisen de la ayuda de otra persona para la realización de las actividades de la vida diaria y no puedan ser asistidos en su medio familiar.
- Residencia de Adultos/as destinada al acogimiento y convivencia, temporal o permanente, en régimen de internado, de personas con discapacidad que disfrutan de

cierta autonomía personal, y que, por razones familiares tengan dificultad para la vida familiar normalizada y la integración social.

- Viviendas Tuteladas destinadas a personas con discapacidad que posean un grado suficiente de autonomía personal, consistente en pequeñas unidades de alojamiento y convivencia ubicadas en edificios o zonas de viviendas normalizadas. Estarán dotadas del equipamiento y servicios necesarios para el alojamiento, manutención y apoyo social de quienes las habiten.

Se configuran como establecimientos destinados a la atención de aquellas personas que no puedan integrarse -transitoria o permanentemente- en un medio laboral normalizado, o que por su gravedad, necesiten de atención continuada y no puedan ser atendidas por su núcleo familiar durante el día.

Los Centros de Día se clasifican en:

- Unidades de Estancia Diurna destinadas a la atención, en régimen de media pensión, de personas con discapacidad tan grave que dependan de otra para las actividades de la vida cotidiana y no puedan ser atendidas por su unidad familiar durante el día.
- Unidades de Estancia Diurna con Terapia Ocupacional Centros destinados a la atención de personas con discapacidad en edad laboral que no puedan integrarse, transitoria o permanentemente, en un medio laboral normalizado. Pretende la integración social y, en su caso, laboral de las personas de las personas destinatarias, mejorar su adaptación personal y social, normalizar sus condiciones de vida y, cuando sea posible, habilitarles laboralmente, garantizando la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres con discapacidad.
- Talleres Polivalentes y Ocupacionales Prelaborales: Centros destinados a personas con enfermedad mental crónica, que no puedan acceder a un recurso laboral o de

formación profesional normalizado, y que son derivadas y atendidas por dispositivos de salud mental.

- Centros Sociales Centros de promoción del bienestar de personas con enfermedad mental, tendentes al fomento de la convivencia, la participación, la solidaridad y el uso del tiempo libre, propiciando la integración dentro de la comunidad y un funcionamiento lo más autónomo posible. Su actividad estará orientada a adquirir hábitos de vida normalizados: horarios, distribución del tiempo libre, deportes, manualidades, actividades culturales y educativas. Deben contar con las dependencias necesarias para poder ofrecer los servicios a los usuarios/as y estarán dimensionados según el número de los mismos.

### **2.3.1- COMPETENCIA DE LOS PROFESIONALES QUE TRABAJAN EN CENTROS DE ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD**

A continuación se enumerarán los diferentes perfiles de trabajo del personal titulado y del personal de atención directa en los centros anteriormente descritos, y se hará una descripción de las competencias necesarias para el puesto, expuesto en el artículo 93 y 97 del XIV Convenio colectivo general de centros y servicios de atención a personas con discapacidad.

Artículo 93 XIV Convenio colectivo general de centros y servicios de atención a personas con discapacidad.

Personal titulado.

Realiza tareas complejas y de impacto, desarrolla programas y aplicaciones técnicas de producción, servicios o administración que exijan titulación específica de grado. Se le exige evidenciar un alto nivel de competencias en materia de planificación y programación, desarrollo de otras personas y toma de decisiones, además de en las competencias transversales comunes al sector.

Se incluirán dentro de este grupo los siguientes puestos de trabajo:

1. Director Socio Sanitario. (Médico).
2. Psiquiatra. (Médico).
3. Psicólogo.
4. D.U.E.
5. Fisioterapeuta.

6. Logopeda.

7. Terapeuta Ocupacional.

8. Trabajador/a Social.

9. Titulado Superior/ Técnico experto.

10. Titulado Grado Medio/ Técnico

Personal de atención directa.

Ejecuta de forma autónoma funciones de atención directa a usuarios que exijan iniciativa y razonamiento por parte de los trabajadores encargados de su ejecución, comportando (bajo supervisión) la responsabilidad de las mismas, pudiendo desarrollar tareas de supervisión y coordinación de otras personas trabajadores del mismo o inferior grupo. Se le exige evidenciar un elevado nivel de competencias en materia de desarrollo de otras personas, orientación al servicio y al cliente, trabajo en equipo, identificación con la organización, responsabilidad, iniciativa y comunicación.

Se incluirán dentro de este grupo los siguientes puestos de trabajo:

1. Monitor/a / Educador/a.

2. Cuidador/a.

Grupo V. Personal de administración y SSGG.

Desarrolla su actividad profesional en el área correspondiente optimizando los recursos humanos y materiales de los que dispongan con el objetivo de conseguir ofrecer la mejor calidad del servicio. Realiza tareas según instrucciones precisas y concretas, claramente establecidas, a partir de la suficiente corrección o eficiencia, con un grado de autonomía y

responsabilidad adecuado al puesto, pudiendo implicar la utilización de elementos técnicos, y cuya responsabilidad está limitada por una supervisión sistematizada. Se le exige evidenciar un adecuado nivel de competencias en materia de flexibilidad, orientación al servicio y al cliente, trabajo en equipo, identificación con la organización, responsabilidad, iniciativa y comunicación.

**Tabla 1**

*Definición de las competencias transversales comunes de los grupos profesionales y de su graduación (Art. 97 C.C.)*

Competencia	Definición
Comprensión de la organización	Es entender los procesos y relaciones que permiten que se hagan las cosas dentro de la organización.
Comunicación	Es transmitir una idea o información con efectividad utilizando los canales establecidos y/o adecuados en la organización.
Desarrollo de otras personas	Es estimular el proceso de aprendizaje, desarrollo y autonomía de los demás a partir de un análisis de sus necesidades.
Flexibilidad	Es adaptarse y trabajar de forma positiva y constructiva en distintas y variadas situaciones y con personas o grupos diversos
Identificación con la organización	Es orientar los propios intereses y comportamientos hacia las necesidades, prioridades y objetivos de la organización, comprometiéndose con los valores, principios y misión de la entidad.
Iniciativa	Es anticiparse y proponer alternativas y pautas novedosas a la hora de hacer las cosas.
Integración y Globalidad	Es entender el conjunto de variables que afectan a la realidad y entorno en el que se mueve la organización
Liderazgo	Es saber involucrar y motivar a los demás en un proyecto común, haciendo que contribuyan con todo su potencial para alcanzar los objetivos del mismo.
Orientación al servicio y al cliente	Es captar, entender y satisfacer las necesidades y expectativas de los demás.
Planificación y Organización	Es establecer los criterios y orden apropiado de actuación individual o para un grupo a la hora de alcanzar una meta, gestionando eficientemente los recursos disponibles y/o necesarios para ello.
Responsabilidad	Es comprometerse con la viabilidad y el cumplimiento de las obligaciones adquiridas en los plazos y condiciones acordadas
Trabajo en Equipo	Es sentirse cómodo trabajando con otras personas, aunque sean muy distintas, con respeto y poniendo los intereses del grupo delante de los propios para conseguir metas comunes.
Toma de Decisiones	Es analizar una situación compleja utilizando la información precisa, y escogiendo la solución más adecuada asumiendo la responsabilidad de los resultados obtenidos

## **2.4- UN PUNTO DE VISTA DESDE LA TERAPIA OCUPACIONAL**

### **2.4.1- DEFINICIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL**

La Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales define a la Terapia Ocupacional como una profesión que se ocupa de la promoción de la salud y del bienestar a través de la ocupación. El principal objetivo de la Terapia Ocupacional es capacitar a las personas para participar en las actividades de la vida diaria. Los terapeutas ocupacionales logran este resultado mediante la habilitación de los individuos para realizar aquellas tareas que optimizarán su capacidad para participar, o mediante la modificación del entorno para que éste refuerce la participación (WFOT, 2004).

La Red Europea de Terapia Ocupacional en la Enseñanza Superior (ENOTHE) estableció una definición en el año 2000: La Terapia Ocupacional utiliza un enfoque centrado en el paciente por medio de la actividad para posibilitar la función ocupacional y para promover el bienestar dentro del ambiente, para mejorar la calidad de vida (Howard y Lancée, 2001).

Los terapeutas ocupacionales canadienses definen la Terapia Ocupacional como el arte y la ciencia de capacitar (habilitar) a que las personas (grupos, comunidades) que se involucren en su vida diaria través de la ocupación; de capacitar (habilitar) a las personas a que desarrollen sus ocupaciones para promover salud y bienestar; y de habilitar una sociedad más justa e inclusiva para que todas las personas puedan participar según sus potencialidades en las ocupaciones de la vida diaria (Polajatkó y Townsend, 2007).

El trabajo con el contexto para habilitar una sociedad más justa e inclusiva es el mayor desafío desde la terapia ocupacional, ya que muchas veces la sociedad es más discapacitante que la propia problemática física o psicológica. Townsend afirma que el tremendo potencial de la profesión radica en desarrollar una visión de justicia social a través

de capacitar a las personas para que puedan participar como valiosos miembros de sus comunidades a pesar de un distinto o limitado potencial ocupacional. Es una terapia más enfocada a la capacitación que al tratamiento (Simó Algado, 2015).

Como se puede observar, las definiciones nos hablan de la satisfacción para sí mismo del cliente, de la calidad de vida y de la realización de sus roles esenciales. Los clientes pueden ser personas, organizaciones o poblaciones. El objeto de intervención en Terapia Ocupacional, se centra en el cliente, con el que se establecerá el plan de trabajo a través de la ocupación, por lo que debemos conocer detallada y profundamente tanto a uno como a la otra, es decir: la ocupación significativa para poder utilizarla eficazmente, ya que es nuestra herramienta de trabajo, y al individuo, porque cada persona es única como ser individual y como ser social, por lo que debemos considerar a la persona como ser individual en su entorno particular. Por lo que no sólo se trabajará a través de ocupaciones, sino por medio de una ocupación propositiva. Por ocupación propositiva nos referimos a aquella encaminada a alcanzar unos objetivos determinados negociados con el cliente, a la vez que es significativa, motivadora. Además de esto la Terapia Ocupacional debe estar enfocada a la habilitación de una sociedad más inclusiva ya que, en muchos casos, los contextos son tanto o más discapacitantes. Otro objetivo debe ser la creación de comunidades inclusivas.

El Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso, en su segunda edición, nos dice que: “Toda persona necesita ser capaz o estar disponible para comprometerse con la ocupación que necesite y seleccione para crecer a través de lo que hace y experimentar independencia o interdependencia, equidad, participación, seguridad, salud y bienestar” (Wilcock y Townsend, 2008, p.198). Su finalidad última es crear comunidades saludables, inclusivas y sostenibles, donde toda persona pueda desarrollar plenamente su potencial humano, experimentando bienestar físico, psicológico y social; y participar como un ciudadano de pleno derecho desde el respeto a los derechos

humanos. Este proyecto de vida pleno se construye a partir de ocupaciones significativas, entendidas como el cruce de caminos ocupacional entre las necesidades, las potencialidades y los valores de las personas (Simó Algado, 2015).



## **2.4.2- LA OCUPACIÓN COMO MEDIO Y COMO FIN EN TERAPIA OCUPACIONAL**

Un término muy importante a explicar desde terapia ocupacional es el de ocupación, ya que es el medio por el que los terapeutas ocupacionales trabajamos con nuestros clientes y el fin que se busca con la intervención. Según el Modelo Canadiense de Desempeño y Participación Ocupacional (Polajatto y Townsend, 2007), la palabra ocupación emana del concepto general de ocuparse a uno mismo y de ejercer control en la propia vida. Se refiere a grupos de tareas y actividades de la vida diaria y a los que se les da un valor y significado por los individuos y la cultura. Dentro de ésta se encuentra el autocuidado, la actividad productiva y el ocio.

La ocupación es una necesidad humana básica. Toda persona debe estar ocupada en todas las facetas de su vida. Hay una relación intrínseca entre ocupación y salud. Como salud se entiende tener oportunidades, las habilidades para involucrarse en patrones significativos para el cuidado de uno mismo, disfrute de la vida y contribuir al tejido social y económico de la comunidad a lo largo de la vida; más allá de la ausencia de enfermedad. Está muy relacionado con el concepto de calidad de vida, entendido como el poder elegir y participar en ocupaciones que promueven esperanza, generan motivación y ofrecen significado (Simó Algado, 2006). Crean una visión que orienta la vida, promueven la salud y generan empoderamiento. Wilcock (2008) afirma que para que se produzca un aumento de experiencias ocupacionales debe haber un cambio político y social.

Las personas debemos considerar la naturaleza ocupacional del ser humano, llevando esta creencia a realizar mejoras a nivel social, político, económico y en la salud de las personas. La OMS (2012) define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, más allá de la ausencia de enfermedad. Para entender mejor esta definición

debemos unirla al concepto de bienestar, que es una definición subjetiva de salud, conectado directamente con sentimientos de autoestima, de pertenencia a un grupo a través de la interacción social. Si buscamos conseguir el bienestar mental a través de la ocupación, ésta debe proveer autoestima, motivación socialización, significado, propósito, así como suficiente desafío intelectual para estimular la fisiología neuronal y fomentar la capacidad de resolución de problemas, la percepción, la integración sensorial, atención, concentración, reflexión, lenguaje y memoria. Lo más importante es que la persona encuentre significado en lo que hace, en dicha ocupación. Para que este bienestar se dé es indispensable un sentimiento de pertenencia, de integración social. Desde un punto de vista ocupacional el bienestar social se consigue cuando las ocupaciones y los roles de la persona le permiten mantener y desarrollar relaciones sociales satisfactorias con su familia, allegados y dentro de su comunidad (Wilcock, 2008). El negar la capacidad de desarrollar una participación social íntegra de la persona es negar su humanidad (Doyal y Gough, 1991).

El bienestar social se incrementa si las personas son capaces de desarrollar su potencial a través de participar en una serie de ocupaciones socialmente valoradas.

Siguiendo las perspectivas de la OMS hacia la promoción de la salud, desde un punto de vista ocupacional, podemos definir la salud en esta teoría como (Wilcock, 1998):

- La ausencia de enfermedad, pero no necesariamente discapacidad.
- Un equilibrio entre bienestar físico, mental y social, obtenida a través de ocupaciones significativas, valoradas social e individualmente.
- Posibilidad de desarrollar el potencial personal.
- Oportunidad de participación social y cohesión.
- Integración social, apoyo, justicia, todo como una parte en equilibrio con la ecología.

Muy en relación con el tema que nos ocupa es la ocupación como fuente de significado. Según el Modelo Canadiense de Desempeño y la Participación Ocupacional, la ocupación le da significado a la vida, cuando llenan un propósito personal y culturalmente importante. El potencial terapéutico de la ocupación está totalmente relacionado con lo que ésta signifique para la persona o el propósito que pretenda alcanzar (Simó Algado, 2006).

Otro punto importante a destacar es la importancia del control sobre la ocupación que ejerza la persona. El cliente debe tener la opción de elegir, aunque es mucho más que eso, ya que se incluyen en este punto términos creativos. Esta capacidad de control está muy determinada por el medio. Los terapeutas ocupacionales debemos incluir a los clientes como ciudadanos que tienen el derecho de participar en la toma de decisiones sobre Terapia Ocupacional, sobre otros servicios así como sobre sus vidas. Las creencias del terapeuta ocupacional parecen basarse en las creencias, conocimiento y la experiencia de perseguir el ideal de una sociedad más justa e inclusiva (Townsend, 1993). Los clientes deben ser parte de ese proceso de transformación.



### **2.4.3- MODELO CANADIENSE DE DESEMPEÑO OCUPACIONAL**

Un punto a resaltar, debido a la importancia en la parte cualitativa de este estudio, es el Modelo Canadiense de Desempeño y la Participación Ocupacional. Se escogió este modelo de trabajo por la importancia que este da al componente volitivo. Éste establece que los objetivos a trabajar se dialogan con el cliente, siendo él el que decide hacia donde quiere que se dirija su tratamiento. Desde éste modelo, entendemos el ser humano como un ser físico, psicológico, social y espiritual. En otros estudios (Martínez y Planella, 2010) nos hablan también de las dimensiones del ser humano, siendo estas la dimensión corporal, dimensión intelectual, la dimensión emotiva, la dimensión social y la dimensión espiritual. Benavent (2013) en su libro “Espiritualidad y educación social” nos dice que la espiritualidad “se refiere a aspectos intangibles de la vida, desde las relaciones con otros, con uno mismo y la realidad trascendente. La realidad espiritual tiene manifestaciones culturales distintas, pero sin embargo, más allá de la diversidad es posible observar elementos en común en referencia a la vivencia de las necesidades espirituales, tanto desde la religión como desde la laicidad” (Benavent, 2013, p. 28-29).

El Modelo Canadiense de Desempeño y la Participación Ocupacional (CMOP-E, 2007) ve a las personas como seres espirituales, agentes activos que pueden participar como compañeros con el potencial para identificar, escoger e involucrarse en ocupaciones en su medio. Efectivamente, como seres humanos tenemos una esencia espiritual que intenta expresarse en nuestras acciones (Egan y DeLaat, 1994). Si bien las distintas expresiones espirituales están culturalmente y éticamente fundamentadas en diversos sistemas de valores, por lo que no existe una única experiencia que pueda ser denominada espiritualidad (Townsend, 1997), entendemos con Simó y Burgman (2004) que la espiritualidad está muy ligada a las dimensiones de sentido y de conexión con uno mismo, con los demás y con la

propia creación, aportando esta conexión una experiencia de plenitud o bienestar espiritual (Bellingham et al., 1989).

La espiritualidad es un factor muchas veces olvidado en procesos clave, o muy relevantes en la calidad de vida de las personas: como el proceso de morir, el de envejecer, o el de vivir en el contexto de una diversidad funcional. Crowther et al (2002) hablan de la espiritualidad como el cuarto pilar del envejecimiento con éxito, o como el factor olvidado en el paradigma del envejecimiento con éxito. En una revisión de trabajos cuantitativos y cualitativos sobre espiritualidad en hospitalizados, Castelo-Branco, Brito y Fernandes-Sousa (2014) señalan que la espiritualidad implica la búsqueda de sentido, estar en relación con los otros y con “algo” superior, y se asocia a conceptos tales como sentido de la vida, relaciones, trascendencia y prácticas religiosas. Cowlshaw et al. (2013) encontraron que la espiritualidad se relacionaba consistentemente a través del tiempo con la satisfacción vital. Oliver, Galiana, Sancho y Tomás (2015) establecen que las dimensiones de la espiritualidad son protectoras de la satisfacción vital y que existe un importante impacto de la espiritualidad sobre indicadores de envejecimiento con éxito, tales como la satisfacción vital y la salud. La espiritualidad y envejecimiento producen un impacto positivo sobre un envejecimiento con éxito (Hilton, González, Saleh, Maitoza y Anngela-Cole (2012); Cowlshaw et al (2013); Kirby, Coleman y Darley (2004).

Así, la espiritualidad desde el Modelo Canadiense de Desempeño y la Participación Ocupacional es vista como la esencia verdadera del ser humano, la experiencia personal de encontrar sentido en las actividades de la vida diaria, pues las ocupaciones deben tener significado para la persona: ocupación propositiva (Simó Algado, 2006). Los terapeutas ocupacionales exploran la espiritualidad escuchando a las personas al hablar de sus vidas y reflejar esa realidad en las ocupaciones. Para ser sensibles a la realidad espiritual de la

persona los terapeutas ocupacionales deben reflexionar sus propios valores y creencias, pero no imponerlos en su práctica.

La consciencia de la importancia de la espiritualidad en el ser humano, de vivir una vida con sentido, debe estar presente en la base de todas las intervenciones, orientándose a promover un cambio social que sienta las bases de una inclusión real y de una participación comunitaria justa.

Los profesionales que trabajamos en pro de una mejora de la calidad de vida de nuestros clientes debemos tener presentes los valores y modelos de vida propios que favorezcan la consecución de objetivos de nuestro paciente manteniendo una buena calidad laboral y personal.



## **2.5- LA RELACIÓN TERAPÉUTICA**

El encuentro terapéutico es la relación de ayuda, que se encuentra presente en la mayor parte de la actividad asistencial de los profesionales que atienden a personas. Rogers, (1961) nos dice que el encuentro terapéutico es toda relación en la que al menos una de las partes tiene la intención de promover en el otro el crecimiento, desarrollo, la maduración y la capacidad de funcionar mejor y afrontar la vida de manera más adecuada.

### **2.5.1- RELACIÓN TERAPEUTICA DESDE LA TERAPIA OCUPACIONAL**

Bordín (1976) la define como el momento donde existe “un encaje y colaboración entre cliente y terapeuta. Según Noya (2001) citando a Hagedorn, la relación terapéutica consiste en la utilización de una selección de aspectos de nuestra personalidad, actitudes, valores y respuestas que pueden ser relevantes y de ayuda, a la vez que se suprime lo que puede ser menos apropiado, con el fin de posibilitar la terapia. Cohn (2005) citando a Yerxa (1967), nos habla de algo recíproco de cuidar al otro, entendiéndose por cuidar afectar.

Dentro de las características o cualidades que tiene que cumplir el profesional para un uso terapéutico de yo, según Hendrick (1993) están: autoconocimiento, manejo de la autorrevelación, la accesibilidad/proximidad del profesional, la coherencia, su flexibilidad, la escucha activa, la empatía, la comunicación, verbal y no verbal y el liderazgo. En este punto destacar el autoconocimiento o la autoobservación como centro para el establecimiento de esta relación terapéutica. Cada acto nuestro es el reflejo de nosotros mismos. Si no tenemos el hábito de autoobservarnos y no somos capaces de reconocernos y aceptarnos tenemos el riesgo de poner en la relación con el cliente características propias que no corresponden y dejar a un lado lo positivo para que esa relación terapéutica se dé (Bellido y Berrueta, 2010).

Por tanto destacar la importancia del conocimiento del propio profesional hacia el mismo, desprendiéndose de aquí la importancia del cuidado en todas las áreas, para tener una salud holística y así poder prestar un buen servicio.

Galheigo (2012) dice que para los profesionales que tienen una formación fundada en el modelo biomédico pueden comprender el impacto de los determinantes estructurales y socio-políticos, pero continuar creyendo que eso no tiene relación con su práctica profesional. El modelo anglosajón original de la Terapia Ocupacional se basaba en la Idea liberal de que el profesional debía desarrollar habilidades en los individuos, y que estos naturalmente se adaptarían a la sociedad. Finalmente, la responsabilidad de la “adaptación social” recaería en a las personas. La claridad que tienen en que las terapias centradas en el cliente no consiguen tratar los problemas ocasionados por la exclusión social. El deseo, la intención, la libre voluntad no son suficientes para romper con la falta de acceso a los derechos, vividos por la población vulnerable. Son problemas colectivos, que deben ser abordados en sus cuestiones estructurales, en sus propias comunidades, territorios. Cuando hay determinantes estructurales muy fuertes, una Terapia Ocupacional centrada en el sujeto acaba por desempoderarlo. Este, ha sido el desafío de las sociedades que están buscando la inclusión y acceso de los ciudadanos en sus políticas. Por lo tanto, no es sólo de un cambio de paradigma de la Terapia Ocupacional, también de las políticas de salud, educación, asistencia social, seguridad social, cultura y trabajo desarrolladas en los países que en el proceso de redemocratización de sus sociedades (Galheigo, 2012).

El rol de la Terapia Ocupacional debe ser la reconstrucción de la vida, resignificación de la experiencia traumática, propiciar la participación ocupacional como expresión de justicia, el acompañamiento en la vida diaria, en posibilitar procesos de inclusión social y de acceso a la rehabilitación. Tiene que ser de denuncia, de activismo,

estando siempre en el hacer mismo de la vida de las personas. La ocupación como memoria histórica, como identidad (Gujardo, 2010).



## **2.5.2- REALCIÓN TERAPEUTICA/ DE AYUDA ENTRE TRABAJADOR Y CLIENTE/ USUARIO: LA FATIGA POR COMPASIÓN**

El encuentro terapéutico es la relación de ayuda, que se encuentra presente en la mayor parte de la actividad asistencial de los profesionales que atienden a personas.

Rogers, (1961) nos dice que el encuentro terapéutico es toda relación en la que al menos una de las partes tiene la intención de promover en el otro el crecimiento, desarrollo, la maduración y la capacidad de funcionar mejor y afrontar la vida de manera más adecuada.

Al existir falta de tiempo para el encuentro con el enfermo (Benito et al, 2012) se produce Burnout. Este se caracteriza por agotamiento emocional, despersonalización, bajo sentimiento de autorrealización, asociándose esto con una baja calidad de la atención, insatisfacción de los clientes, aumento de errores en la práctica clínica y con consecuencias personales y profesionales (Vachon, 2009)

Trabajar en servicios sociales y salud es particularmente estresante (Pines y Maslach, 1978). Este estrés está relacionado con más depresión, con problemas de relaciones personales y con más insatisfacción laboral. Todo esto puede producir disminución en la eficacia profesional, en la concentración y en la atención y también dificultar la toma de decisiones. También puede obstaculizar la alianza terapéutica y disminuir la habilidad del profesional para establecer lazos.

El burnout es un constructo aplicable a ocupaciones que tengan relación con el cuidado y una interacción continuada. Es un trauma secundario que desemboca en la fatiga con compasión, que es la reducción de la capacidad del cuidador de ser empático con los pacientes (Figley, 2002)



### ***2.5.2.1- FATIGA POR COMPASIÓN Y CONCEPTOS AFINES***

Figley (1995) nos habla de la fatiga por compasión como comportamientos y emociones naturales que surgen a partir de conocer los acontecimientos traumáticos que otras personas significativas han experimentado, es un estrés resultado de ayudar o querer ayudar a una persona traumatizada.

El modelo de fatiga de la compasión (Figley, 2002) establece una reducción en la capacidad o el interés del cuidador en ser empático con los clientes. La Rowe (2005, p.21) lo denomina “corazón pesado”, una fatiga debilitante provocada por la repetición continuada de respuestas empáticas ante el sufrimiento y el dolor de los demás. Coetzee y klopper (2010), nos hablan de una “pérdida de capacidad de cuidar de manera compasiva”

Existen otros nombres para denominar a la carga que puede surgir al trabajar con poblaciones con algún tipo de trauma: desgaste por empatía, victimización secundaria, trauma vicario, estrés traumático secundario, tensión traumática secundaria, comportamiento de superviviente secundario; pero el más utilizado es el de “fatiga por compasión”.

El término fatiga por compasión es el más apropiado porque es un estrés postraumático que afecta por el trauma de otro, es una sensación de “sentirse quemado”, lo denominado burnout. Este surge de trabajar con estrés y de que el profesional se exponga a un número significativo de personas traumáticas con una orientación empática que puede conllevar impacto emocional adverso para el profesional. Este diagnóstico se compone de una serie de síntomas, que incluyen apatía, depresión, errores en el juicio clínico, alteraciones del sueño, hipertensión, pesadillas (Jackson, 2003), sensación de impotencia, enojo y supresión de emociones (Bride, Radey y Figley, 2007), ansiedad y pensamientos intrusivos (Slatten, Carson y Carson, 2011). Afectan al bienestar del profesional y a la calidad de su trabajo (Kasheni, Eliasson, Chrosniak y Vernel, 2010).

Figley citado por (Rothschild, 2006) el desgaste por empatía lo padece cualquiera que sufra a causa de haber servido a otra persona que se encuentra en un estado de necesidad. Es un estado de tensión y preocupación constante en el que el individuo ha acumulado una serie de traumas y se manifiesta de alguna manera en un tiempo determinado (Figley, 2002). La Webster Enciclopedia Unabridged Dictionary of the English Language la define como un sentimiento de profunda simpatía y pena por alguien que sufre, este a su vez es acompañado de un fuerte deseo de aliviar el dolor o de eliminar la causa que lo provoca (Figley, 2002). Redondo et al, (2011) citando a Figley, nos dice que los profesionales que atienden a personas padecen un proceso degenerativo, una sucesión de síntomas conexos directamente con los padecimientos que muestran las personas a las que atienden. El desempeño de los profesionales del servicio, implica que desarrolla un grado de contacto, confianza y compromiso con sus clientes por lo que llega a identificarse con sus estados de ánimo. Son vulnerables a padecer este síndrome todas aquellas que tienen un nivel empático elevado y que han sido expuestas a estar con individuos que sufren y no tienen riesgo de padecerlo personas que no están expuestas a personas que soportan alguna enfermedad ya sea física o mental o aquellas que no tienen un nivel empático elevado (Figley, 1995).

Según la Real Academia Española, la empatía es una forma de identificación mental y afectiva de una persona con el estado de ánimo de otra.

La manera que puede mitigarla es la empatía exquisita, la autoconciencia y el autocuidado del profesional implicado.

### **2.5.2.2- - BURNOUT Y PROFESIONALES ASISTENCIALES**

El burnout es uno de los componentes principales de la fatiga por compasión. Según (Maslach, 1978) es un síndrome que incluye agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal de los individuos que trabajan con personas. El agotamiento emocional hace referencia al empobrecimiento de los recursos emocionales y la imposibilidad de dar de uno mismo. La despersonalización son actitudes cínicas o negativas hacia el cliente y la baja realización personal se refiere a una tendencia a evaluarse negativamente a uno mismo, especialmente en relación al trabajo y a los clientes. El burnout puede tener lugar en cualquier trabajo donde los trabajadores sufran una excesiva carga de trabajo, falta de control, falta de recompensa, falta de comunidad, falta de justicia y conflictos de valores. Éste es inherente a profesionales asistenciales, implicando deterioro de la calidad de vida laboral y afectando a la salud del profesional, a la organización donde se desarrolla el trabajo o a los clientes.

Satisfacción por compasión:

La satisfacción por compasión es el polo opuesto a la fatiga por compasión (Stamm, 2010). Es el placer que se deriva de ayudar a los demás, la posibilidad implicada en el cuidado de otros (Phelps, Lloyd, Creamer y Forbes, 2009). La habilidad para recibir gratificación a partir del cuidado (Siman, Pryce, Roff y Klenmack, 2006). El cuidado se puede llevar a cabo con empatía y compasión, resultando enriquecedor y gratificante (Smart et al, 2014). Según (Boston y Mount ,2006) esta satisfacción se deriva del proceso de sanación recíproco, llegando desde la autoreflexión interna, la conexión con los semejantes, la familia, la comunidad y un sentido aumentado de espiritualidad.

Para evitar el burnout, la bibliografía nos habla de prevenir la fatiga por compasión y hacer una promoción de la satisfacción por compasión. Según (Sabin-Fatrell y

Turpin, 2003) hay una tipología de mecanismos que pueden dar lugar a la fatiga por compasión de los profesionales, mecanismos psicológicos y psicoanalíticos, como son la contratransferencia y el contagio emocional. También haber sufrido un trauma personal, relacionado con la vulnerabilidad del profesional (Adams et al, 2008; Nelson-Gardelle y Harris, 2003). Otros autores nos dicen como la sensación de dominio está relacionado de manera positiva con el trauma secundario y el burnout (Adams et al, 2008); y como el llevar comportamientos saludables y de autocuidado dan niveles más bajos de fatiga por compasión (Neville y Cole, 2013)

El profesional es la herramienta que desde su propia subjetividad interviene en el proceso que afecta al enfermo. El calibrado de esta herramienta es de crucial importancia en el mantenimiento de su capacidad para trabajar de forma eficiente y disfrutando del ejercicio de su vocación. La comprensión de los mecanismos neurológicos subyacentes a la empatía y compasión, y la emergente evidencia del rol de algunas técnicas de atención plena y de autoconciencia en la gestión de las emociones nos permiten entender mejor las herramientas y estrategias que deberían incluirse en la formación de cualquier profesional que va a trabajar con el sufrimiento. Al evitar el contacto con el sufrimiento ajeno lo que estamos intentando es eludir determinadas experiencias emocionales internas debidas, en la mayor parte de los casos, a un inadecuado desarrollo de recursos y habilidades de gestión emocional. Si, como persona, no consigo regular y dirigir mi rabia y mi angustia, resultará mucho más difícil ayudar a otro a contenerla y canalizarla. Este es el reto y el desafío, el riesgo de sufrir y la oportunidad de desarrollarse como persona en la interacción con los demás. Ayudar a otro ser humano supone adentrarse en uno mismo y en las propias experiencias. La verdadera inteligencia emocional consiste en la capacidad para entender y atender el significado de las emociones propias y ajenas y, a la vez, mantener la capacidad para dirigir nuestra conducta por medio de valores y objetivos, no de impulsos. Tenemos amplia evidencia de los

beneficios de cultivar la atención plena y la autoconciencia, tanto para mejorar el autocuidado como para permanecer emocionalmente disponible en situaciones muy estresantes y nos permiten “entender y atender”. Gestionar bien las propias emociones va a permitir un verdadero encuentro con los pacientes (Oliver, 2011).



### ***2.5.2.3- SATISFACCIÓN CON LA VIDA Y CONCEPTOS AFINES. AUTOCUIDADO DEL PROFESIONAL.***

Para Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985), la satisfacción con la vida describe un proceso cognitivo, de juicio, en el que la persona evalúa la calidad de vida de acuerdo a su criterio (Shin y Johnson, 1978). La satisfacción vital es por lo tanto un juicio consciente, basado en el contraste la vida con un grupo de normas o estándar auto-impuesto, que lleva a la persona a evaluar globalmente la vida (Sancho, 2013). Pero, aunque puede haber cierto acuerdo acerca de los componentes importantes de "la buena vida", como las relaciones de salud y éxito, las personas tienden a asignar diferente importancia a estos componentes (Diener et al., 1985). Y, además, las personas pueden que tener normas muy diferenciadas para el "éxito" en cada una de estas áreas de su vida. Por ello es necesaria la evaluación global de la persona (Pavot y Diener, 1993).

Autocuidado: una práctica que involucra líneas de crecimiento en las que toda persona debe trabajar cotidianamente para tener un desarrollo armónico y equilibrado. Estas líneas de crecimiento que propician un desarrollo integral se relacionan con la dimensión emocional, física, estética, intelectual y trascendental del ser, a través del desarrollo de las habilidades afectivas, cognoscitivas y sociales (Uribe, 1999). El autocuidado como práctica debe ser interiorizado por la persona desde la propia convicción de requerir darse a sí mismo cuidados adecuados y acordes a sus propias necesidades. Ello implica, entonces, un proceso previo y paulatino de toma de conciencia acerca de sus carencias, expectativas, vulnerabilidades y también sus fortalezas y recursos personales, cuya identificación y reconocimiento debe darse juiciosa y lo más objetivamente posible. Es a partir de este procedimiento que la persona podrá elaborar un planteamiento inicial de acciones/estrategias –individuales y/o colectivas– orientadas a su propio cuidado y, por lo tanto, a la recuperación de su bienestar general (Ojeda, 2015).

La empatía exquisita: implica una conexión íntima mutuamente curativa, en la que el cliente y el clínico se benefician por igual del cuidado bien delimitado y ético del cliente por el clínico. Fortalece en lugar de debilitar, resultando una práctica protectora y cuestionando las conceptualizaciones previas sobre la etiología e inevitabilidad de la fatiga por compasión, que la consideraban un factor de riesgo (Bouza, 2014). Es la involucración con discernimiento, es la capacidad para establecer una alianza terapéutica altamente presente, sensible y sentida, pero con límites interpersonales claros, sin fusión o confusión de la historia, las experiencias y la perspectiva de los clientes con las propias (Harrison y Westwood, 2009).

La conciencia plena: es centrar la atención en el momento presente, aceptando sin juicios subjetivos y sin dejarse llevar por emociones ni pensamientos del momento. (Bishop et al, 2004) nos hablan de dos componentes principales dentro de la conciencia plena, que nos permiten centrarnos en lo que está ocurriendo y menos en el yo:

- Autorregulación de la atención para mantenerla en la experiencia inmediata, aumentando la percepción del momento presente.
- Capacidad de adoptar una actitud determinada, caracterizada por curiosidad, apertura y aceptación.

Para cultivar la conciencia plena es necesario atender a los acontecimientos mentales a tiempo real, según van sucediendo, sin juzgar o establecer preferencias (kabat-Zinn, 1990; 1996; 2003). Si prestamos atención a otros pensamientos pasados o futuros en lugar de al momento presente resulta relevante en relación a la afectividad y la alteración emocional, ya que los pensamientos pueden estar cargados de afectividad negativa (Martín, 2012). El modelo de auto- regulación (Shapiro y Schwartz, 2000) muestra como la conciencia plena puede ser algo positivo para entrenar la disminución de los efectos negativos del estrés sobre la salud. La intención, orientada sin juzgar, momento a momento y enfocada sobre la

conciencia nos permite conectar el interior como en entorno con la realidad personal. Esta conexión con las realidades interna y externa facilita procesos de auto- regulación emocional, ayudando a la reestructuración del equilibrio y disminuyendo el impacto de estímulos estresantes sobre la salud (Gross, 1998).



## **2.6- OBJETIVOS E HIPÓTESIS**

Las personas con discapacidad están inmersas en una problemática social, existiendo una desventaja a la hora de participar en igualdad de oportunidades. Para este trabajo comunitario de eliminación de la exclusión se debe ir a las bases del problema, buscando la justicia social y tratando a estas personas como lo que son, ciudadanos de pleno derecho, debiéndose tender a una igualdad de derechos real y a la eliminación de barreras.

No siempre la discriminación emana de déficit o lesiones. Según el Modelo Canadiense del Proceso de Desempeño Ocupacional (Simó Algado y Urbanowski, 2006), las personas no somos conscientes de las normas sociales que están inherentes en nuestro día a día, reforzando dichas normas con nuestros actos, discursos y omisiones, debiéndose hacer una crítica consciente y luchar por un cambio de las normas sociales que no buscan una comunidad más justa y solidaria.

En este punto es importante el trabajo de los centros solidarios, que no se deben centrar sólo en la eliminación de las consecuencias de la exclusión, sino también en los pilares de aquello sobre lo que se sustenta. Esta concienciación es importante especialmente tanto para los afectados por el problema como para los trabajadores de dichos centros, siendo muy importante la relación terapéutica entre ambos, clave en el trabajo con personas. De la misma forma, cuidado del profesional para poder realizar satisfactoriamente su trabajo y los objetivos del mismo como base o requisito fundamental son aspectos a conocer y promover.

El primer objetivo que tiene este estudio es aportar información en una serie de variables clave de la calidad de vida de este colectivo de profesionales y ver cómo se relacionan entre sí las variables implicadas en la satisfacción con la vida del personal trabajador de los centros de atención a la diversidad funcional de la provincia de Córdoba. Para que este diagnóstico sea veraz, además de plantear un muestreo riguroso que alcanza a la totalidad del mapa de centros estas variables serán todas aproximadas mediante cuestionarios

fiables y validados con anterioridad en la literatura científica. Variables como esperanza disposicional o autoeficacia, autocuidado profesional, salud percibida, espiritualidad así como la satisfacción vital y el bienestar psicológico, constituyen los ingredientes de esa imagen compleja que queremos captar, la esencia de sus vivencias como trabajadores.

Un segundo objetivo importante, es identificar de entre ellas las variables predictivas de la mejora de la satisfacción para poder establecer hojas de ruta o guías sobre en que incidir para promoverla en este colectivo laboral tan vulnerable, con tantas demandas. Ello nos mostrará en qué puntose encuentran los trabajadores en el momento en que se realizó el estudio. Insistimos en que esto puede ayudar a diseñar programas o pautas destinadas al trabajador, para mejorar las variables y con ellas la satisfacción con la vida de la persona.

Como tercer objetivo poner a prueba un modelo explicativo de carácter complejo multivariado que pueda aproximarnos a esta realidad más compleja de lo que pueden captar las correlaciones en tanto que apenas arrojan un mapa bivariado. Con un modelo explicativo puesto a prueba en los datos, podremos conocer en qué medida ajusta a la realidad y cuál es el peso relativo de cada una de las variables en el modelo y en especial sobre la predicción de la satisfacción. Finalmente un subobjetivo aquí es determinar qué parte de la satisfacción de los trabajadores es explicada por las variables seleccionadas en este trabajo para ello, en base a la literatura.

Otro cuarto objetivo es recabar, escuchar, procesar y analizar cualitativamente las narraciones de los trabajadores formales que se dedican a mejorar la calidad de vida de personas con diversidad funcional. El propósito último aquí es conocer su opinión respecto al funcionamiento de las políticas sobre discapacidad y la situación de los usuarios en relación a derechos fundamentales, justicia ocupacional y contexto.

Se trata de un estudio con carácter exploratorio, explicativo, por ello no se plantean hipótesis concretas en relación a la mayor o menor prevalencia de una u otra variable por género o profesión.



### **3- METODOLOGÍA**



### **3.1- DISEÑO, MUESTRA Y PROCEDIMIENTO**

Esta investigación se planteó en su vertiente más cuantitativa por cuestionarios de autoinforme, en un marco correlacional, recogiendo los datos en un solo momento temporal. En su vertiente cualitativa se planteó mediante tres preguntas abiertas también incluidas en el protocolo, por lo tanto recogidas en un momento temporal.

En el estudio se pidió y obtuvo la colaboración de cinco organismos dedicados a la mejora de la calidad de vida y a la inclusión de las personas con diversidad funcional, todos ellos de la provincia de Córdoba: FEPAMIC, DOWN, APROSUB, PROMI Y ACPACYS. Se accedió a la práctica totalidad del censo poblacional de trabajadores de centros concertados con la junta de Andalucía con más proyección de la provincia en este ámbito de competencias (720 trabajadores), de los cuales participaron en el estudio 278 y cumplieron los criterios de inclusión 228. La tasa de respuesta que suponen 278 respuestas sobre el universo de 720 posibles, este 38.6% es una infraestimación, puesto que no se tienen en cuenta los trabajadores y trabajadoras en el momento del estudio con bajas, absentismo, o cualquier motivo de ausencia temporal ni tampoco en qué medida la lista de emails utilizada por los centros contiene direcciones de email que los trabajadores revisan con frecuencia. Se recabaron las respuestas por encuesta electrónica remitida desde los propios centros a sus trabajadores, que en un primer momento iba a ser el procedimiento de recogida de datos. Debido a la baja participación, se optó por un nuevo procedimiento, llevando cuestionarios a los propios centros para su cumplimentación en lápiz y papel y su entrega anónima y confidencial, gracias a esta opción aumentó la muestra en los centros de PROMI, ACPACYS y FEPAMIC, donde la opción electrónica tenía muy baja participación. Los centros de APROSUB y DOWN Córdoba no necesitaron esta solución ya que hubo una alta participación desde primera hora con el protocolo vía internet.

El 11 de Agosto del 2014 se les mandó a los centros una petición de colaboración (Anexo 1) donde se explicaban los objetivos del estudio y el trabajo que debían realizar ellos como participantes. Previamente a esa petición oficial, la autora de esta investigación doctoral, personalmente, visitó cada centro pidiendo ver al responsable pertinente en cada caso e intentando tener una entrevista personal anterior a la petición formal. En todos los casos debían exponer el proyecto en la junta directiva para pedir la aprobación.

Todos los centros dieron su consentimiento en octubre a excepción de ACPACYS que lo hizo el 24 de noviembre.

El día 28 de noviembre se remitió a los responsables técnicos el protocolo vía mail para su distribución entre los trabajadores. Como se ha expuesto anteriormente, hubo muy buena acogida de este método por parte de los centros de APROSUB y de DOWN Córdoba.

Debido a la baja participación de las demás asociaciones, en el mes de Febrero se preparó el mismo protocolo en papel, distribuyéndolo en los centros donde no había muestra representativa. Se facilitan 34 en ACPACYS, 70 en FEPAMIC y 146 en PROMI, un total de 250 encuestas en papel. En la tabla 2.1 se muestran las encuestas que finalmente se recogieron y los tantos por ciento de la participación de cada asociación/fundación. En la tabla 2.2 muestra la participación por centros, expone el número de trabajadores y el tanto por ciento de cada uno para una mejor comparación de la participación. Como se puede ver, la más alta participación está en el centro de ACPACYS, con el 100% de participación de los trabajadores en el estudio. APROSUB tiene una participación de la empresa del 30.6%, DOWN con un 29.6%, FEPAMIC con un 27% y por último, con la más baja participación, PROMI con un 20.6% del total de trabajadores de la fundación. El total de trabajadores que

han participado en el estudio son 226, que corresponde con un porcentaje global del 29.8. En la tabla 2.2 se puede consultar la información detallada por centros.

**Tabla 2.1**  
*Porcentaje de participación por asociaciones/fundaciones*

	N	Porcentaje
Aprosub	92	40.7
Promi	62	27.4
Fepamic	27	11.9
Down	8	3.5
Acpacys	37	16.4

**Tabla 2.2**  
*Porcentaje de trabajadores por asociación/fundación*

	Total de trabajadores de cada centro	Porcentaje de implantación en el sector	Porcentaje de participación de cada centro	Total de trabajadores que han participado por centro
Aprosub	300	39.6	30.6	92
Promi	300	39.6	20.6	62
Fepamic	100	13.2	27	27
Down	27	3.5	29.6	8
Acpacys	37	3.9	100	37
Total	757	99.8		226

La muestra está formada por un 69.2% de mujeres y un 30.8% de hombres, como suele ser la norma en estos tipos de profesiones. El número de mujeres que contestaron a la encuesta es de 157 y 70 en hombres.

La forma de convivencia casados o en pareja fue la mayoritaria (65.5%), seguida de la soltería (28.8%) y la separación (5.3%). Tienen edades que oscilan entre 23 y 59 años, con media 38.8 y desviación típica de 9.3 años, aunque este dato debe interpretarse

con cautela pues está calculado sobre 175 respondientes, ya que 53 personas de la muestra no especificaron su edad, quizá por desconfianza o deseo de permanecer en el anonimato.

Un 4.5% de la muestras tienen puestos directivos, un 17.7% técnicos (psicología, fisioterapia, terapia ocupacional, enfermería,..) y un 77.8% personal de atención. En cuanto a sus tareas, se encuadran equipos de tamaño muy dispar, pero que como mediana están formados por 11 profesionales (Tabla 3.1 y tabla 3.2).

En el caso del número de clientes que atienden en promedio, los valores de media y mediana más similares (45.8 y 40, respectivamente) nos indican mayor homogeneidad en este aspecto. Las tareas que realizan muestran esta prevalencia: Actividades de la vida diaria básicas y apoyo emocional ambas con mediana de 5 (anclaje diariamente, valor máximo en la escala) y explicar diagnóstico con mediana 2 (anclaje algunas veces al año) (Tabla 4)

**Tabla 3.1***Relación puestos de trabajo*

	N	Porcentaje
Dirección	9	4.5
Psicólogo/a	10	5.1
Enfermería	5	2.5
Fisioterapeuta	9	4.5
Terapeuta ocupacional	3	1.5
Educador social	2	1
Trabajador social	6	3
Personal de Atención Directa	136	68.7
Personal de servicios	18	9.1

**Tabla 3.2***Otros puestos*

	N	Porcentaje
	193	84.6
Administrativo	4	1.7
Auxiliar de enfermería	1	0.4
Cocinera	1	0.4
Cuidador coordinador	2	1.6
Dirección Pedagógica del centro	1	0.4
Educador	2	0.9
Informático	1	0.4
Logopeda	6	2.6
Maestra	5	2
Monitor	4	1.8
Preparadora laboral	1	0.4
Responsable Técnico Unidad de Estancia Diurna con Terapia Ocupacional	6	2.4

**Tabla 4:**  
*Características comunes de los puestos*

		¿Cuántas personas hay en tu equipo de trabajo?	¿Qué número aproximado de clientes o usuarios atiendes?	Explicar diagnóstico	Asistencia en ABVD	Apoyo emocional
N	Válido	210	205	187	184	206
	Perdidos	18	23	41	44	22
Media		15.21	45.82	2.459	3.984	4.155
Mediana		10,5	40	2	5	5
Desviación estándar		15.315	44.236	1.292	1.337	1.137
Mínimo		0	0	1	1	1
Máximo		100	370	5	5	5

### **3.1.1- CENTROS Y SU DISTRIBUCIÓN EN LA PROVINCIA:**

Como se puede ver en el anexo 3, la distribución de la mayoría de los centros se da en la zona de la capital (9 centros) y al sur de la provincia (16 centros), que si nos fijamos en la densidad de población también es mayor en esa zona (coloración más oscura más densidad de población, coloración más blanquecina menos densidad de población), siendo la zona norte de la provincia la que alberga menos número de centros, cuatro en total. La tabla 4, que la encontramos a continuación del mapa, nos muestra la leyenda del mapa y la distribución en este de las diferentes asociaciones/fundaciones.

Los centros que nos encontramos en la capital (Córdoba) son:

**APROSUB:**

- Unidad de estancia diurna con terapia ocupacional
- Unidad de estancia diurna
- Residencia de gravemente afectados
- Residencia de adultos

**PROMI:**

- Unidad de estancia diurna con terapia ocupacional

**DOWN:**

- Unidad de estancia diurna
- Centro ocupacional

**FEPAMIC:**

- Residencia de gravemente afectados
- Unidad de estancia diurna

ACPACYS:

- Residencia de gravemente afectados
- Unidad de estancia diurna

La distribución de los centros en la zona sur de la capital es la siguiente:

Bujalance:

- Residencia de gravemente afectados PROMI
- Unidad de estancia diurna con terapia ocupacional PROMI

Castro del Rio:

- Unidad de estancia diurna con terapia ocupacional APROSUB
- Residencia de adultos APROSUB

Baena:

- Unidad de estancia diurna APROSUB
- Unidad de estancia diurna con terapia ocupacional APROSUB
- Residencia de adultos APROSUB

Montilla:

- Unidad de estancia diurna con terapia ocupacional APROSUB
- Unidad de estancia diurna APROSUB

Cabra:

- Centro ocupacional PROMI

Priego de Córdoba:

- Residencia de gravemente afectados psicodeficientes PROMI

Lucena:

- Unidad de estancia diurna FEPAMIC

Fernán Núñez:

- Unidad de estancia diurna FEPAMIC

Palma del Rio:

- Unidad de estancia diurna con terapia ocupacional APROSUB
- Unidad de estancia diurna APROSUB
- Residencia de adultos APROSUB

En contra, mucho menos poblada y por tanto con muchos menos centros, en la zona norte de la provincia de Córdoba nos encontramos con los siguientes centros:

Villanueva de Córdoba:

- Centro Ocupacional PROMI
- Residencia de adultos PROMI
- Residencia de gravemente afectados psicodeficientes PROMI

Peñarroya- Pueblonuevo:

- Unidad de estancia diurna con terapia ocupacional APROSUB



### 3.2- ANÁLISIS E INSTRUMENTOS

Se informan dependiendo de la tipología de variables, análisis descriptivos en términos de frecuencias relativas, de tendencia central y variabilidad (medias y mediana y desviaciones típicas). Para el objetivo de relacionar las dimensiones, se utilizan coeficientes de correlación de Pearson con su significatividad asociada. Finalmente, se analizan datos de tablas de contingencia con la prueba chi cuadrado para conocer si existe asociación significativa entre las variables sometidas a estudio. Todo ello se estima con SPSS 20.

Las medidas contempladas fueron una sección de variables sociodemográficas y del puesto, otra con preguntas abiertas para posterior codificación in vivo inspiradas en los valores y pautas del modelo canadiense anteriormente referido, y una batería de cuestionarios todos ellos validados para medir esperanza, satisfacción con la vida, autocuidado, salud, bienestar general y espiritualidad. Las preguntas abiertas, basadas en el Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional, buscaban analizar desde un paradigma crítico hermenéutico, la visión de justicia a partir la visión del trabajador profesional. Las preguntas estaban en relación a los derechos, acceso a ocupaciones y el contexto. Posteriormente se realizó un análisis cualitativo a través del Atlas. Ti. En concreto fueron utilizados estos instrumentos:

- Escala de Esperanza Disposicional (Snyder et al., 1991). La Escala de Esperanza Disposicional parte del modelo desarrollado por Charles R. Snyder y conceptualiza la esperanza como un constructo motivacional, con un fuerte componente cognitivo. Inicialmente Snyder lo conceptualizó como un instrumento de 12 ítems en tres agrupaciones de 4, para evaluar medios o vías para la esperanza (pathways) acción (agency) y 4 ítems neutros (que pronto cayeron en desuso). La adaptación española, sin embargo, evidenció una estructura unidimensional (Galiana, Oliver, Sancho y Tomás, 2015). De esta forma, los 8 ítems, que puntúan en una escala tipo Likert desde 1 (definitivamente falso)

hasta 4 (definitivamente verdadero), evalúan un único constructo de esperanza disposicional. El alfa de Cronbach en este estudio fue de .861.

- Escala de Satisfacción con la Vida (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985). La Escala de Satisfacción con la Vida fue desarrollada por Diener y colaboradores (1985), siendo uno de los instrumentos más utilizados en este campo de la investigación (Pavot y Diener, 2008). Está compuesta por 5 ítems que evalúan un único constructo, el sentimiento general de satisfacción de la persona con su vida como un todo (Diener et al., 1985). Estos cinco ítems tienen escala tipo Likert de 5 anclajes, desde 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 5 (totalmente de acuerdo). El alfa de Cronbach en este trabajo fue de .828.

- Escala de Autocuidado del Profesional (Galiana, Oliver, Sansó y Benito, en prensa). Este instrumento de medida está compuesto por 9 ítems que evalúan tres dimensiones del autocuidado: el autocuidado físico, referido a las actividades que ayudan a mantener un cuerpo saludable; el autocuidado interno, relacionado con las actividades que ayudan a mantener una mente sana; y el autocuidado social, que incluye actividades que ayudan a la persona a mantenerse sano socialmente. Además, estas tres dimensiones crean un factor general de autocuidado. Los ítems puntúan en escala tipo Likert de 5 anclajes, desde 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). El alfa de Cronbach en este estudio fue de .736.

- SF-8 HealthSurvey. Esta escala de 8 ítems evalúa salud percibida. Es la versión reducida del SF-36 (Ware, Kosinski, Dewey y Gandek, 2001). Tiene una escala de respuesta de cinco anclajes y ha sido recomendada por los autores del SF-36 como una medida adecuada en encuestas a poblaciones generales que quieran ser breves a la vez que comprensivas. El alfa de Cronbach para esta muestra fue de .853.

- Índice de Espiritualidad (Sánchez, González, Robles y Andrade, 2012).

Se trata de una escala de seis ítems con escala de respuesta entre 1 y 5, que evalúa una dimensión general de espiritualidad. El alfa de Cronbach en esta muestra fue de .936.

- Escalas de Bienestar. En concreto, se ha empleado la versión reducida de las escalas de Ryff de 18 ítems (Ryff y Keyes, 1995), que evalúan 6 dimensiones del bienestar psicológico: autoaceptación, relaciones positivas con los demás, autonomía, dominio del entorno, crecimiento personal y propósito en la vida. El alfa de Cronbach en este estudio fue de .769.

- Las preguntas abiertas eran las siguientes:

- ¿Qué injusticias se detectan cuando las personas son despojadas de sus actividades?

- ¿Cómo experimentas como trabajador la justicia o injusticia ocupacional en el desarrollo de las ocupaciones del usuario?

- ¿Cómo puedes conocer el entorno del “cliente” antes de intervenir sobre él?

### **Análisis de datos parte cuantitativa:**

Para realizar los análisis estadísticos cuantitativos se utilizan los programas SPSS 21 y para la puesta a prueba del modelo explicativo con técnicas de modelos de ecuaciones estructurales para variables observables (path analysis) se usó Mplus.

En la descripción de los participantes en base a las variables sociodemográficas y del puesto de trabajo en toda la red de centros obtendremos frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones típicas.

La fiabilidad por consistencia interna fue obtenida con el estadístico alfa de Cronbach.

En el apartado de validez, una vez obtuvimos estadísticos descriptivos (mínimo, máximo, media y desviación típica) para conocer el comportamiento y valores más representativos del colectivo de trabajadores en las variables relevantes, se calculó la matriz de correlaciones lineales bivariadas de Pearson.

Se estima un modelo path con variables observables mediante método de estimación ML (máxima verosimilitud) considerando en la estimación los efectos directos e indirectos. Para evaluar el ajuste global y capacidad explicativa del modelo path se usó como criterio estadístico  $\chi^2$  y su significatividad, los índices CFI, TLI y RMSEA (basado en el estudio de los residuales) junto a su intervalo confidencial correspondiente para valorar su ajuste.

## **4- RESULTADOS**



#### 4.1- RESULTADOS CUANTITATIVOS

Los resultados descriptivos relativos a la satisfacción con la vida mostraron una media de 3.5 puntos (DT= 0.74). Teniendo en cuenta que la puntuación de esta escala oscila entre 1 y 5 puntos, siendo 5 el máximo de satisfacción con la vida, podemos decir que, de media, los profesionales encuestados tenían una satisfacción con la vida bastante buena (siendo superior al punto medio de la escala, en este caso 2.5 puntos).

En relación a los resultados que conciernen a la salud mental, en una escala de 1 a 5, siendo 1 el mínimo y 5 el máximo de salud mental, la puntuación de la muestra es 3.9 (DT= 0.83), por lo que la salud mental de las personas participantes es muy buena, valor muy cercano a 4. En cuanto a la salud física la media es aún más alta, valor de 4 (DT= 0.73).

En lo que concierne a autoconcepto, todos con valores comprendidos entre el 1 y el 5, siendo 5 el máximo de valor, nos encontramos que el físico tiene un valor de 3.4 (DT= 0.81), el interno tiene un 2.8 (DT= 0.88) y un autoconcepto social con el valor más alto con 4.01 de puntuación media y una desviación estándar de 0.60. El autoconcepto más elevado es el social, seguido por el físico y por último el interno.

El valor de la media de la espiritualidad es de 2.9 (DT= 1.02), con valores comprendidos entre 1 y 5, siendo 5 el valor más alto. La espiritualidad de las personas participantes está por encima del valor medio que sería 2.5.

En relación con la esperanza, en una escala comprendida entre 1 y 5, siendo 5 el valor mayor y 2 el valor menor marcado, tenemos de media un 3.8 (DT= 0,55). Como podemos observar este valor es muy cercano a 4, por lo que la esperanza de la muestra es alta.

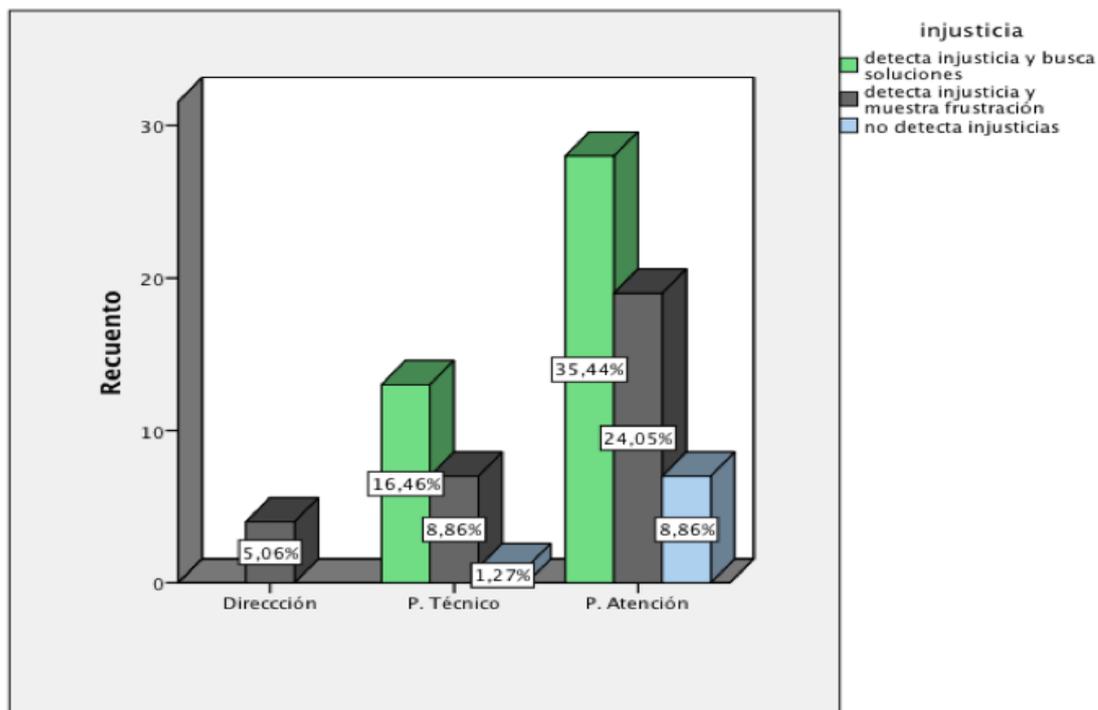
La conciencia tiene de valor medio un 4.01 (DT=0.47), en una escala de valores entre 1 y 5, siendo el valor menor 2.5 y el mayor 5. El valor medio de la conciencia es superior a 4, por lo que es muy alto.

En lo que concierne a las preguntas sobre justicia ocupacional inspiradas en el Modelo Canadiense de desempeño ocupacional, refiriéndonos a las respuestas cuantitativas, la categorización de respuestas abiertas sobre cómo los profesionales responden ante las situaciones que perciben como (in)justicia ocupacional, nos llevó a un mayoritario 51.1% que detecta esas injusticias y busca soluciones, un 38% que las detecta pero les genera frustración y un 10.9% que no manifiesta detectar injusticia ocupacional. En cuanto a la categorización atendiendo al aspecto de autonomía, en un 27.4% emerge espontáneamente este concepto y en un 72.6% no.

El gráfico de barras representa de una manera más intuitiva la información que se deduce de la chi cuadrado marginalmente significativa indicativa de una cierta asociación entre la forma en que aprecian la (in)justicia ocupacional los profesionales encuestados y el perfil o grupo profesional al que pertenecen ( $\chi^2(2) = 8.2(4); p = .085; \phi = .322$ ). En la figura 1 en verde se destacan los que ven las injusticias y reaccionan buscando soluciones, en gris los que las ven y muestran una respuesta de resignación o frustración, y en azul claro los que no parecen detectar o tomar conciencia de esas injusticias ni en un modo proactivo ni reactivo.

**Figura 1.**

*Visiones sobre la (in)justicia ocupacional en función del perfil del puesto*



El posicionamiento en espiritualidad de la muestra es literalmente intermedio. Se encuentra su media en el anclaje central 3, etiquetado como intermedio en el cuestionario de espiritualidad. Sin embargo en las dimensiones del bienestar en todas pasamos del valor 3 y en algún caso se sitúan en 4, como ocurre con el factor crecimiento personal (4.09) o relaciones positivas (3.98). Es importante señalar que en autonomía se obtiene la puntuación más baja en comparación con cualquiera de las dimensiones (media 3.52).

**Tabla 5.***Correlaciones entre las variables clave del profesional en relación a su dimensión espiritual*

		Correlaciones					
		ESPIRIT	HOPE	SAT	AUTOCfis	AUTOCsoc	AUTOCint
ESPIRIT	Correlación de Pearson	1	,126	,018	,172*	,195**	,594**
	Sig. (bilateral)		,069	,802	,013	,005	,000
	N	210	209	208	208	210	210
HOPE	Correlación de Pearson	,126	1	,476**	,307**	,511**	,120
	Sig. (bilateral)	,069		,000	,000	,000	,080
	N	209	216	214	214	216	216
SAT	Correlación de Pearson	,018	,476**	1	,165*	,294**	,078
	Sig. (bilateral)	,802	,000		,014	,000	,248
	N	208	214	221	218	220	220
AUTOCfis	Correlación de Pearson	,172*	,307**	,165*	1	,285**	,423**
	Sig. (bilateral)	,013	,000	,014		,000	,000
	N	208	214	218	221	221	221
AUTOCsoc	Correlación de Pearson	,195**	,511**	,294**	,285**	1	,191**
	Sig. (bilateral)	,005	,000	,000	,000		,004
	N	210	216	220	221	223	223
AUTOCint	Correlación de Pearson	,594**	,120	,078	,423**	,191**	1
	Sig. (bilateral)	,000	,080	,248	,000	,004	
	N	210	216	220	221	223	223

\*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

\*\*. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Los resultados muestran unos profesionales más espirituales que se cuidan más en el plano físico, social y más personal o íntimo, no guardando relación significativa esta cualidad con su percepción de la satisfacción vital ni con su esperanza (tabla 5).

Como vemos en la tabla 6, la intensidad con la que la autonomía como dimensión del bienestar se presenta en los profesionales, va en sentido significativamente directo (positivo) con la percepción del dominio del ambiente, el crecimiento personal, el propósito en la vida y la auto-aceptación. Únicamente se muestra independiente de la variable relaciones personales.

**Tabla 6.**

*Correlaciones entre las dimensiones del bienestar del profesional, incluida la autonomía.*

		Correlaciones					
		Autonomy	Environmenta l mastery	Personal Growth	Positive relations	Purpose in life	Self- acceptance
Autonomy	Correlación de Pearson	1	,272**	,304**	,087	,223**	,260**
	Sig. (bilateral)		,000	,000	,212	,001	,000
	N	213	212	208	207	207	207
Environmental mastery	Correlación de Pearson	,272**	1	,437**	,408**	,296**	,495**
	Sig. (bilateral)	,000		,000	,000	,000	,000
	N	212	213	209	208	208	208
Personal Growth	Correlación de Pearson	,304**	,437**	1	,415**	,442**	,456**
	Sig. (bilateral)	,000	,000		,000	,000	,000
	N	208	209	209	208	208	208
Positive relations	Correlación de Pearson	,087	,408**	,415**	1	,274**	,337**
	Sig. (bilateral)	,212	,000	,000		,000	,000
	N	207	208	208	208	208	208
Purpose in life	Correlación de Pearson	,223**	,296**	,442**	,274**	1	,373**
	Sig. (bilateral)	,001	,000	,000	,000		,000
	N	207	208	208	208	208	208
Self-acceptance	Correlación de Pearson	,260**	,495**	,456**	,337**	,373**	1
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	207	208	208	208	208	208

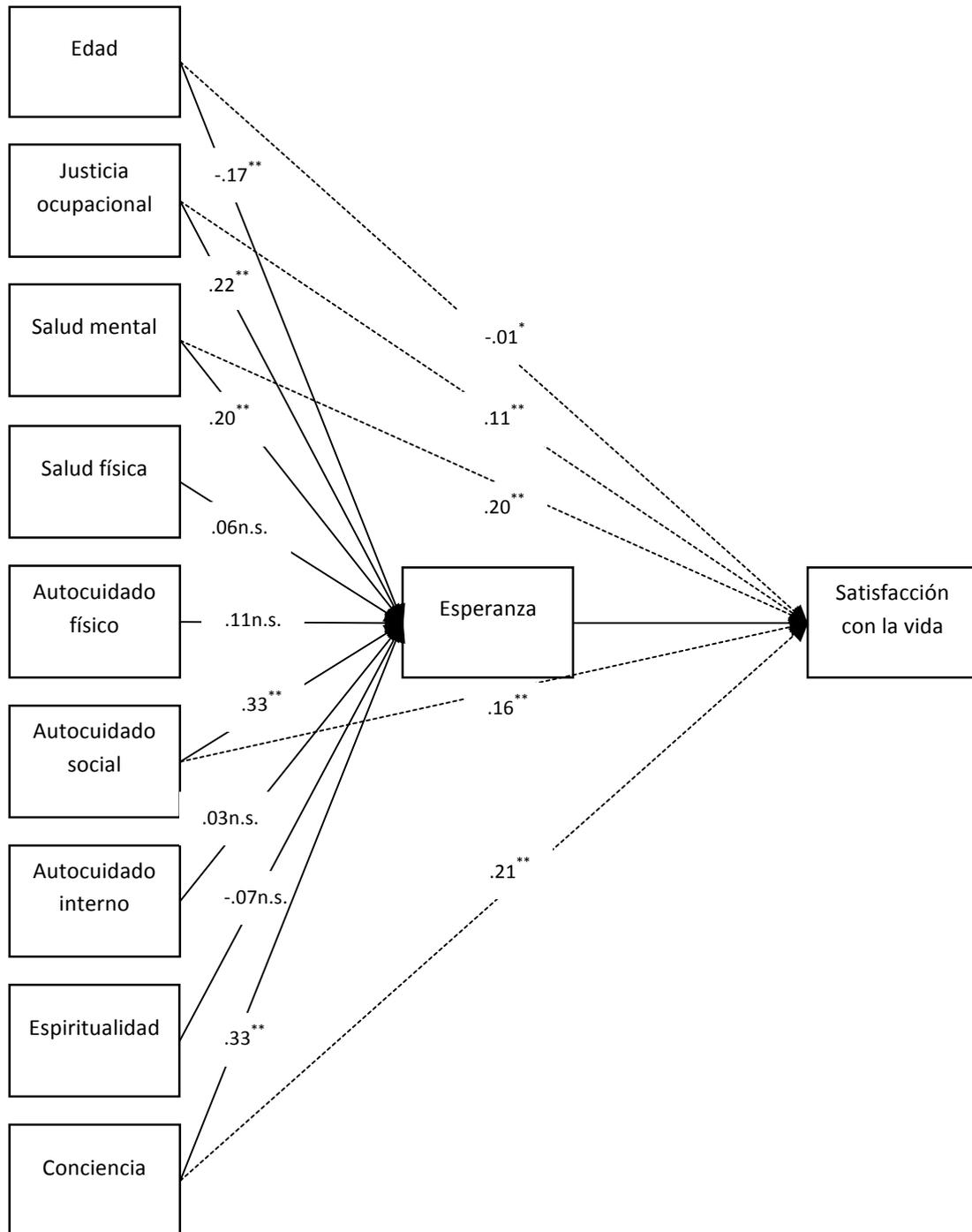
\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Para estudiar el efecto predictor de las distintas variables sobre la satisfacción con la vida de los profesionales se usó un modelo de ecuaciones estructurales. En concreto un pathanalysis. Este modelo, en el que todas las variables eran observadas, hipotetizó un efecto directo de las variables edad, nivel, justicia ocupacional, salud mental, salud física, autocuidado físico, autocuidado social, autocuidado interno, espiritualidad y conciencia sobre la esperanza, y a su vez, un efecto de ésta última sobre la satisfacción con la vida. Además, se calcularon los efectos indirectos de las variables exógenas sobre la satisfacción con la vida.

El ajuste general del modelo fue adecuado:  $\chi^2(16) = 26.683$ ,  $p = .045$ ; CFI = .927; TLI = .914; RMSEA = .062 (intervalo de confianza: .009 - .102). En cuanto al ajuste analítico, este se puede observar en la figura 2.

**Figura 2.**

*Pathanalysis puesto a prueba*



Nota: Para mayor claridad solo se muestran efectos indirectos estadísticamente significativos.

En primer lugar, se puede observar una relación estadísticamente significativa y negativa entre edad y esperanza. Además, y a través de la esperanza, la edad mostró un efecto indirecto estadísticamente significativo y negativo sobre la satisfacción con la vida. Así pues, aquellos profesionales de mayor edad mostraron menos esperanza, y esto tuvo también una repercusión sobre la satisfacción con la vida, que también era menor.

La puntuación en justicia ocupacional, la salud mental, el autocuidado social y la conciencia, por su parte, mostraron tanto efectos directos estadísticamente significativos y positivos sobre la esperanza, como efectos indirectos estadísticamente significativos y positivos sobre la satisfacción con la vida. Las variables con mayor poder predictivo sobre la esperanza fueron el autocuidado social y la conciencia, seguido de la puntuación en justicia ocupacional y la salud mental. En cuanto a los efectos directos, y tal y como se observa en la figura anterior, el mayor efecto fue el de la conciencia, seguido de la salud mental, el autocuidado social y, finalmente, la puntuación en justicia ocupacional.

Para terminar, cabe mencionar que, como era de esperar dados los efectos indirectos estadísticamente significativos encontrados, la relación encontrada entre esperanza y satisfacción con la vida fue estadísticamente significativa, positiva y alta. Las correlaciones entre las variables exógenas pueden observarse en la Tabla 7.

El modelo que se presenta consiguió explicar casi la mitad de la variable objetivo a explicar un 49.1% de la esperanza de los profesionales y un 24.8% de su satisfacción con la vida.

**Tabla 7.***Correlaciones entre las variables exógenas (no explicadas) del modelo*

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
<b>(1) Justicia Ocupacional</b>	1.00						
<b>(2) Salud mental</b>	-.01	1.00					
<b>(3) Salud física</b>	.07	.47**	1.00				
<b>(4) Autocuidado físico</b>	.04	.22**	.13	1.00			
<b>(5) Autocuidado social</b>	.18*	.26**	.24**	.24**	1.00		
<b>(6) Autocuidado interno</b>	.03	-.03	-.09	.37**	.15*	1.00	
<b>(7) Espiritualidad</b>	.01	-.02	-.12	.16*	.14	.60**	1.00
<b>(8) Conciencia/Responsabilidad</b>	-.03	.22**	.14	.24**	.20**	.04	.11

Notas: \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ .

## **4.2- RESULTADOS CUALITATIVOS**

En relación a las preguntas que fueron planteadas a los trabajadores de los centros participantes, el porcentaje de participación fue de 52.2%, que corresponde a 118 personas de la muestra que cumplió los criterios de inclusión. En estas respuestas nos hablan libremente de diferentes temas a los que les asignaremos una categoría agrupando estas dentro de familias más genéricas para una mejor comprensión.

La primera familia expone lo referente a los ASPECTOS EMOCIONALES RELACIONADOS CON EL CLIENTE, donde se integran las siguientes categorías:

- AUTOCONCEPTO NEGATIVO:

**P67:2** -Que hay que valorar las cosas que puedan hacer los usuarios y animarlos para que ellos se valoren y su autoestima sea mayor

**P80:1**-Al frustrarse la persona se le aparta pues ya no se la ve útil o se la ve como un desgraciado

**P91:1** -Estrés emocional, depresión, baja autoestima

**P97:1** -Los usuarios se sienten frustrados influyendo esto directamente en su ánimo

**P97:4** -Los usuarios vienen a expresarme sus frustraciones al respecto

**P101:1** -Se les quita su autoestima, su independencia, y sus valores

**P109: 1**- Se presentan signos de desconfianza, fomentando así que su autoestima disminuya con todo lo que conlleva: fomento de la dependencia y la no autonomía

- **DESMOTIVACIÓN:**

**P 2:3-** Emocionalmente y anímicamente se vienen abajo

**P36: 2** Relaciono directamente con consecuencias como problemas de conducta, falta de interés, etc.

**P72: 1** -Falta de seguridad, poca confianza, no se sienten válidos

**P94:4** -La apatía

- **FALTA DE AUTOREALIZACIÓN:**

**P13: 2** -Les retiran el derecho a desarrollarse

**P25:2** -Fomentándose así desajustes emocionales, depresión, frustraciones...

**P49:1** -Quedan privadas del derecho a desarrollarse como personas

**P49: 6** -La falta de ocupación incide directamente en la facilitación de problemas de conducta que empeoran su estabilidad emocional y su calidad de vida en general

**P66: 3** -De manera directa porque también influye en el trabajador y usuario

**P74: 3** -Bajo mi punto de vista, cualquier persona con discapacidad que no pueda participar activamente en una comunidad por su condición estará siendo privado totalmente de poder llevar a cabo su desarrollo personal, lo cual me indigna y me resulta un retroceso total en los tiempos que corren, aunque por desgracia siga sucediendo

**P92: 1** -Más que injusticia lo que se detecta es una involución de la persona en general, en todos los ámbitos de su vida. Se convierten en objetos manipulables

**P100:1** -Cuando una persona está siendo despojada de sus actividades está siendo marginada, se está señalando como incapaz y se está vulnerando su derecho a autorrealizarse

**P111: 2** -Se les impide su desarrollo normal en las actividades de la vida diaria, con lo que estamos colaborando a disminuir su autoestima

La siguiente familia es la denominada RELACIÓN TERAPEÚTICA, en la cual se han podido observar las siguientes narraciones en relación a cuatro categorías:

- EMPODERAMIENTO:

**P45: 2-**Se debe tener siempre en consideración sus deseos

**P49: 2** -De disfrutar siendo útiles, de la satisfacción de ver recompensado su trabajo ganando un poco de dinero (aunque sea un salario estímulo), de estar motivadas cada día para ir al centro ocupacional

**P113: 3-** Creo que adaptación a ocupaciones y actividades según capacidad de cada usuario

- FATIGA POR COMPASIÓN:

**P 7: 1** -Recibiendo las consecuencias del malestar del usuario

**P12: 2** -Como algo propio, algo que si les pasa a ellos influye en nosotros

**P38: 1** -Impotencia, indignación

**P55: 2** -Con frustración e impotencia

**P60: 2** -Cuando observo algo justo me satisface a mí y me alegro por el usuario y cuando veo injusticia me crea una gran impotencia

**P63: 4** -Lo que pasa es que cada día uno quiere conocer lo menos posible de su trabajo, por lo menos en mi caso

**P110: 3-** Estoy tan saturada de trabajo que apenas tengo tiempo para dedicarles, me siento frustrada cuando les veo aburridos y tristes

- TIEMPO DE ATENCIÓN:

**P59:2-** Yo dedicaría más tiempo a cada usuario, para sacarle el máximo rendimiento a todo lo que ellos puedan dar

**P98: 2-**El personal que trabaja debe de estar por y para el usuario

La familia denominada como CONTEXTO incluyó las siguientes categorías:

- BUSQUEDA DEL CAMBIO SOCIAL

**P 8: 2** -Intento reivindicar y buscar soluciones

**P12: 3** -Ya que luchamos por lo mismo

**P14:4** -Tratar de llevar a cabo o diseñar acciones positivas para acelerar o lograr la igualdad de hecho de las personas con discapacidad intelectual, es una parte fundamental de mi trabajo

**P28: 1** -Me rebelo e intento que esto no suceda

**P51: 2** -Trabajo día a día para que las personas con discapacidad se desarrollen como ciudadanos de pleno derecho a través de procesos de transformación social.

**P92: 2-** Intentando que la primera sensación de frustración me motive para solventar y/o ayudar al usuario. La justicia siempre la experimento con alegría

**P103:4-** Observo que hay entidades y afectados que luchan diariamente por cambiar esta situación y mejorarla

- DESCONOCIMIENTO SOCIAL

**P30: 2** -La injusticia que se vive diariamente es por el desconocimiento de la sociedad , sobre las capacidades de las personas con discapacidad.

**P100:2** -Desconocimiento sobre discapacidad y opciones de inclusión

- FALTA DE APOYO INSTITUCIONAL

**P103: 5-** Observo que hay entidades y afectados que luchan diariamente por cambiar esta situación y mejorarla y que, en muchos casos, no encuentran apoyos por parte de otras entidades implicadas

- FALTA DE PARTICIPACIÓN SOCIAL

**P 1:5** -Viendo que déficit posee que impida la participación.

**P14: 3-** Los elementos o factores que impiden a una persona participar o ejercer sus derechos fundamentales, los considero trabajo por realizar

**P82:3-** La comunidad no valora la participación de una persona con discapacidad

- PASIVIDAD EN EL CAMBIO SOCIAL

**P63: 1-** Hay muchas injusticias que cambiaría, pero es lo que hay

**P73: 2-** El más fuerte abusa del débil. Siempre ha sido y siempre será. La justicia es un invento del ser humano que ni el mismo la cumple. Hay injusticias con y sin actividad. El pez grande se come al chico

Y por último la familia JUSTICIA compuesta por catorce categorías:

- AUTODETERMINACIÓN

**P53: 3** -En mi entorno, se tiene muy valorada la autodeterminación, así que no he experimentado tales sentimientos

- DESIGUALDAD

**P61:2-** Mundo tan desigual...

**P104: 1-** No vemos igualdad...

**P111: 1** -En el trato diferencial hay marginación de estas personas

- ESTIGMA

**P 3: 3-** Estigmatización social...

**P30: 2** -La injusticia que se vive diariamente es por el desconocimiento de la sociedad, sobre las capacidades de las personas con discapacidad.

**P37:2-** Están siendo subestimadas...

- EXCLUSIÓN SOCIAL

**P29: 2-** El rechazo, la indiferencia, intolerancia son injusticias que se detectan cuando los usuarios son despojados de sus actividades

**P39:1** -Marginación, Desigualdad, Desintegración son injusticias que se detectan cuando los

usuarios son despojados de sus actividades

**P49: 3-** Cuando las actividades no son significativas, quedan privadas del derecho a desarrollarse como personas, de disfrutar siendo útiles, de la satisfacción de ver recompensado su trabajo ganando un poco de dinero (aunque sea un salario estímulo), de estar motivadas cada día para ir al centro ocupacional ya que no hay otro sitio al que acudir a trabajar, hasta de la posibilidad de elegir no hacerlo.

**P57: 1-** El desprecio y pocos signos de humanidad para con las personas con discapacidad

**P61: 1-** La falta de oportunidades

**P82: 2-** Exclusión, rechazo, falta de respeto, indignante hacia las personas

**P100: 1-** Cuando una persona está siendo despojada de sus actividades está siendo marginada, se está señalando como incapaz y se está vulnerando su derecho a autorealizarse.

**P103: 2-** Limita su participación en la sociedad y su integración

**P111: 1-** En el trato diferencial hay marginación de estas personas

- INCUMPLIMIENTO LEGISLATIVO

**P17:5-** Pero estamos tan acostumbrados a que no se cumplan las leyes

**P96:1-** Pero me apena ver que desean dar más de sí y en ocasiones las normas no se lo permiten

- INJUSTICIA OCUPACIONAL

**P 1:1-** Creo que se cometen injusticias ocupacionales, ya que al cliente se le ofrecen cosas, no se trabaja con él en pro de su elección, de la búsqueda de participación.

**P13:2** -Les retiran el derecho a desarrollarse

**P14:5-**Analizando cuáles son realmente sus necesidades de apoyo en distintos ámbitos.

**P18:1** -Hay vulneración de derechos cuando no se les da opción a decidir y a elegir las actividades que desean, cuando se les impide que sean personas autodeterminadas y que gestionen sus vidas.

**P25: 3-** Acceden o no a actividades de la vida diaria y laboral según decisiones de los adultos de su entorno y no de ellos

**P53: 1-** El ser tratado de una persona incapaz de cualquier actividad es ya de por sí una gran injusticia, ya que todos en la medida de lo posible somos capaces de realizar una actividad

**P56: 2-**Aunque algunas veces no se valora su trabajo

**P57: 2-** A veces no veo las ocupaciones correctas

**P74: 5-** (La injusticia que se detectan cuando las personas son despojadas de sus actividades es)Desequilibrio ocupacional

**P93: 2-** En algunos momentos es justo su ocupación, pero en otros que no están ocupados se aburren

- INTEGRACIÓN SOCIAL

**P40: 1** -El usuario no experimenta marginación en el centro

- JUSTICIA OCUPACIONAL

**P37: 1**-Que las actividades del usuario lleven a la integración

**P108: 3**- Pienso que todo ser humano tiene derecho a desarrollarse personal e intelectualmente o a realizar cualquier actividad que produzca satisfacción emocional sea cual sea su grado de discapacidad

- NEGACIÓN DE AUTODETERMINACIÓN

**P 1: 2**- La imposibilidad de vivir acorde a como quieren ellos, quitándoles su capacidad de elección, de participación

**P 4: 2**- En el momento en que se le despoja de su opinión y su voluntad

**P24:2**- La falta de toma de decisiones

**P41:1**-Sentimiento sujeto pasivo

**P49:4**-Hasta de la posibilidad de elegir no hacerlo

**P63: 3**- Muchas injusticias con los usuarios y sobre todo como manejan su vida y les quitan la libertad

**P76: 1**-Que pierden su autonomía y se les hace cada vez más dependientes

**P86: 1**-Se les hace más dependientes de lo que son

- **NEGACIÓN DE RECURSOS**

**P22: 1-** La necesidad de una atención más individualizada

**P49: 5-** No hay otro sitio al que acudir a trabajar

**P64: 1-** En ocasiones quisiéramos satisfacer las actividades de todos, pero nos faltan recursos para ello

**P100:2-** Desconocimiento sobre discapacidad y opciones de inclusión

**P100: 3-** Si como la falta de medios hace que vivan situaciones de injusticia ocupacional

**P110:3-** Estoy tan saturada de trabajo que apenas tengo tiempo para dedicarles, me siento frustrada cuando les veo aburridos y tristes

- **NO RECONOCIMIENTO DE LA CIUDADANIA**

**P 6: 1-** Les estamos privando de sus derechos como ciudadanos

**P12: 1-** No se tienen en cuenta como personas de pleno derecho

**P14: 3-** Los elementos o factores que impiden a una persona participar o ejercer sus derechos fundamentales, los considero trabajo por realizar

**P15:1-** Se atenta contra la dignidad de las personas. Ignorando sus fortalezas y potencial humano

**P30: 1-** Privación de derechos fundamentales...

**P31: 1** No pueden ejercer plenamente sus derechos y su ciudadanía

**P41: 2-**Ciudadano de segunda

**P82: 1-** Porque la comunidad no valore la participación de una persona con discapacidad, cuando es una persona con los mismos derechos que cualquiera

- NORMALIZACIÓN DE LA INJUSTICIA

**P17: 6-** Que a veces pienso que nos volvemos insensibles

**P63:5-** Pero es lo que hay

- PATERNALISMO

**P 5:1-**Tienen una sobreprotección por parte del entorno (familiar, social...) que no les beneficia nada en este aspecto.

**P49:8-** En general, se merman sus posibilidades de experimentar, aprender, frustrarse y vivir una vida más parecida a la de las demás personas.

**P101: 2-**No se le pregunta al usuario que desea o que no desea hacer en su vida o en alguna situación en particular

**P111: 2-** Se les impide su desarrollo normal en las actividades de la vida diaria, con lo que estamos colaborando a disminuir su autoestima

Las categorías más frecuentes en las narrativas de los participantes son la exclusión social con un 26,2% de aparición, un 23,7% se refieren a la falta de autorrealización del cliente, el 21,2% habla de un no reconocimiento de la ciudadanía, el 20,3% refiere sentimientos de desesperanza denominado en la categoría de fatiga por compasión y un 19,5% establece la importancia de la participación del cliente en su tratamiento. A continuación en la tabla 8 se podrá ver los porcentajes de respuestas de todas las categorías y de las familias.

**Tabla 8:**  
*Frecuencia de respuesta categorías*

Familias	Categorías	Porcentaje	N
Aspectos emocionales relacionados con el cliente	Autoconcepto negativo	15.3	18
	Desmotivación	8.5	10
	Falta de autorrealización	23.7	28
Relación terapéutica	Fatiga por compasión	20.3	24
	Tiempo de atención	0.8	1
	Participación en su tratamiento	19.5	23
	Empoderamiento	2.5	3
Contexto	Cambio social	10.2	12
	Pasividad en el cambio social	2.5	3
	Desconocimiento social	1.7	2
	Falta de apoyo institucional	0.8	1
	Falta de participación social	5.1	6
Justicia	Normalización de la injusticia	1.7	2
	Justicia ocupacional	7.6	9
	Injusticia ocupacional	15.2	18
	Desequilibrio ocupacional	0.8	1
	Autodeterminación	0.8	1
	Negación de la autodeterminación	10.2	12
	Paternalismo	11	9.3
	Integración social	0.8	1
	Exclusión social	26.2	31
	Estigma	4.2	5
	No reconocimiento de la ciudadanía	21.2	25
	Desigualdad	5.1	6
	Negación de recursos	7.6	9
Incumplimiento legislativo	1.7	2	



## **5- DISCUSIÓN**



Esta investigación surge debido a las carencias en la atención que se presta a los trabajadores de los centros de personas con discapacidad. Como cualquier persona que se encuentra a diario con colectivos que sufren y que tienen situación de dependencia, los cuidadores formales presentan riesgos psicosociales asociados al cuidado que no se están abordando desde las instituciones. Con este estudio en el ámbito de la provincia de Córdoba, queremos analizar cómo se sienten estos trabajadores y darles voz en lo relativo a su praxis diaria y a las injusticias que observan en relación a las personas con las que trabajan y el entorno. La labor del cuidador formal en las instituciones es clave, como lo es su bienestar para una mejor atención de los usuarios.

En la revisión de la literatura científica internacional hemos encontrado cómo la prevención de los factores psicosociales es de especial relevancia a la hora de prevenir o atenuar el burnout de los profesionales sociosanitarios, consiguiendo con esto una mejora de la calidad de vida en el trabajo y por tanto una mejor atención. Gallardo, Rodríguez y Rodríguez (1989) ya establecieron que, si deseamos aumentar la calidad de vida de los usuarios de los Servicios Sociales, a través de una adecuada prestación de los mismos, parte consustancial de esta prestación es la calidad de vida en el trabajo de los propios trabajadores.

En los países desarrollados parece estar estabilizándose la incidencia de los riesgos laborales tradicionales, aumentando la prevalencia de enfermedades relacionadas con los síntomas asociados al estrés.

En el año 2000, la Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo llevó a cabo una encuesta en todos los países de la Unión Europea sobre las necesidades de investigación y análisis técnico, resultando que los factores de riesgo psicosociales eran considerados los más prioritarios. La resolución del Parlamento Europeo 2001/2339 y la Comunicación COM (2002) 118 de 11.03.2002 de la Comisión Europea sobre “Cómo

adaptarse a los cambios en la sociedad y en el mundo del trabajo: una nueva estrategia comunitaria de salud y seguridad (2002-2006)” formularon el Plan Estratégico Comunitario de Salud y Seguridad (2002-2006), definiendo una estrategia comunitaria de salud y seguridad basada en cinco puntos. En el punto dos establece:

*Reforzar la cultura de la prevención, con una mejor aplicación de la normativa vigente (recomendando en particular que los servicios de prevención deber ser auténticamente multidisciplinarios, incluyendo los riesgos sociales y psicológicos, e integrar la dimensión de la igualdad entre hombres y mujeres)(p.9)*

Alonso y Pozo (2001) establecen que determinadas variables grupales y organizacionales, como la falta de participación en la toma de decisiones, la escasa autonomía en el trabajo, la monotonía, la perspectiva poco optimista de desarrollo profesional, la escasa oportunidad para el control o los conflictos grupales, pueden actuar como factores de riesgo destacados. Hace más de un cuarto de siglo, Garrido, Rodríguez y Rodríguez (1989) ya hablaron de la importancia de que los profesionales de Servicios Sociales participaran en la toma de decisiones respecto a su trabajo en los diferentes recursos.

Se establece la necesidad de implantar programas enfocados a evaluar y detectar riesgos psicosociales en el sector socio-sanitario, ya que las profesiones socio-sanitarias, y particularmente las de atención directa, se hallan sometidas en su día a día a una diversidad y multiplicidad de conflictos que hacen que la actividad socio-sanitaria varíe visiblemente de otros sectores (Arrecia y Arrazola, 2008). Es de vital importancia prevenir los riesgos ya reconocidos mediante la implementación de evaluaciones y realizando un seguimiento del riesgo emocional, buscando la satisfacción laboral de los trabajadores de los centros sociosanitarios. También que la frustración relativa experimentada al no poder conseguir el resultado deseado, los problemas de comunicación con los familiares y allegados

de los pacientes y, especialmente, con los propios pacientes parecen ser las situaciones más comunes de riesgos psicosociales que pueden desencadenar en el denominado burnout.

Existen numerosos trabajos donde se estudian los riesgos psicosociales en cuidadores familiares(Conde (1996); Píriz (1997); Márquez (1997); López (1999); Gandoy (1999); Martín (1999); Castellanos (2000); Vinyoles (2001); Mouronte (2001); Escós (2001); Fernández (2003); Biurrun (2003); Losada (2004)), donde se intenta establecer el nivel de sobrecarga. Pero existen muchos menos estudios sobre la prevalencia del burnout en monitores de talleres ocupacionales de personas con discapacidad (Gil-Monte, Carretero, Roldán y Núñez-Román, 2005) y pocos en relación al personal de atención directa residencial como el realizado por Serrano y Payá (2014). En el mundo anglosajón hay estudios que han concluido que el personal que trabaja en residencias se encuentra en mayorriesgo de violencia y estrés que el resto de trabajadores de servicios sociales (Balloch, Pahl y McLean, 1998; Gandoy-Crego, Clemente, Mayansantos y Espinosa, 2009). En las últimas décadas, han sido muchos los investigadores que han dirigido sus estudios hacia un cuerpo teórico sobre los efectos del estrés en los profesionales del ámbito de la salud. El burnout se manifiesta en el trabajador como un deterioro en la comunicación y relaciones interpersonales (indiferencia o frialdad con las personas con las que trabaja), disminución dela capacidad de trabajo y del compromiso, menor rendimiento y eficacia, mayor absentismo y mayor desmotivación, haciendo que aumenten las rotaciones y los abandonos de la organización (Hidalgo, 2005). Además, las personas que trabajan durante mucho tiempo con pacientes en geriátricos tienen mayor riesgo de padecer burnout (Gandoy-Crego et al., 2009). Otros estudios nos hablan de cómo los trabajadores con fuerte apoyo social, mucho control en el trabajo y baja demanda presentan un riesgo dos veces menor de morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares (Johnson y Johansson, 1991; Karasek, 1979, Karasek y Theorell, 1990; Jonson y Hall, 1994).

Según Estévez-Guerra, González, Fariña, Marrero y Hernández (2007), la edad es determinante en el cuidador profesional, basándose en la premisa de que quienes tienen más edad, posiblemente lleven más tiempo en el trabajo. A mayor edad, menos satisfacción con la vida. Según Serrano y Payá (2014), en un estudio realizado a cuidadores de centros residenciales de personas con discapacidad, indican que a mayor tiempo trabajado en residencias para personas con discapacidad se manifiesta un empeoramiento en algunos aspectos tanto de la salud (hipertensión, dolor de cabeza, dolor de cervicales, problemas de estómago, GHQ-total y GHQ-depresión) como de factores psicosociales. Existen estudios como el de Caballero, Bermejo, Nieto, Caballero (2001) que establecen una menor satisfacción laboral en trabajadores con plaza fija explicando que se produce una implicación emocional mayor por el cuidado continuo a las mismas personas. En contra a esto, Maslach, Sachaufeli y Leiter (2001) sostienen que la edad es una variable consistente en la aparición del burnout, a menos edad aparece antes el síndrome.

Macintyre (1980) nos dijo que el trabajo conlleva afirmaciones y fines comunes que dan sentido a la acción profesional. Un artículo de Orrego (2015), analizando la propuesta de Macintyre, y hablando del cuidador familiar, establece la importancia de que exista un espacio comunicativo donde desahogarse y que en este se pueda hablar de las dificultades reales que está teniendo el cuidador y la posibilidad de otorgarle orientación y ayuda. El compartir las dificultades de cuidar con otras personas que están en parecidas circunstancias otorga beneficios de compañía y, por tanto de pertenencia y de sentirse identificado con otros. El sentido de pertenencia a un grupo y unos objetivos comunes de trabajadores y personas con diversidad funcional es esencial para el progreso en materia de discapacidad, despertando de la desmotivación y uniendo fuerzas para un cambio real en materia de solidaridad comunitaria y justicia social (CERMI, 2012).

Bermejo y Villacieros (2013), de la Fundación Cáser para la Dependencia, nos hablan de cómo en el transcurso serio de humanización de la dependencia se ha de considerar la necesidad de intervenir desde una zona concreta y de una manera concreta. No se habla de humanizar al otro, sino de una humanización propia para poder transmitir esa humanidad, es decir, que toda persona debe tomar conciencia de la significación de ser humano, nos dediquemos o no profesionalmente. No basta con que tengamos un discurso de autonomía y de salud holística y transdisciplinar, de puertas para afuera.

En el modelo establecido en la parte cuantitativa del presente trabajo se busca analizar de qué manera inciden en la satisfacción con la vida variables como edad, justicia ocupacional, conciencia, salud física y mental, autocuidado social, interno y físico y espiritualidad. Como se ha establecido en la literatura, estas variables son muy importantes a la hora de incidir en la calidad laboral del trabajador y, por ende, en el buen servicio prestado al usuario-cliente. Estas son la edad, conciencia, autocuidado social, justicia ocupacional y salud mental. También decir que el presente trabajo ha buscado plasmar, a través de preguntas basadas en el Modelo Canadiense del Desempeño y la Participación Ocupacional (2007), en la parte cualitativa, las narrativas de los profesionales, dando un espacio de reflexión en materia de derechos, inclusión, participación y empoderamiento. Se buscaba la reflexión crítica del sistema institucional, de trabajo y social que rodea a la diversidad funcional. Con esta investigación se aporta información que esperamos suscite mejoras en la gestión del trabajo que se viene realizando con este colectivo.

No se han encontrado muchos estudios que relacionaran los distintos factores que se plantean y que analizaran esa complejidad de factores relacionados para explicar la calidad de vida del profesional de centros de personas con discapacidad y ninguno

relacionándolo con el Modelo Canadiense del Desempeño y la Participación Ocupacional (2007).

Consideramos muy procedente realizar estudios donde se recojan los diversos factores que determinan la calidad de vida de este colectivo y su percepción de la situación social de las personas con las que trabajan para un mejor servicio y para la búsqueda del cambio desde los centros.

Los objetivos que se han buscado con este estudio eran, en primer lugar, generar conocimiento sobre las variables relacionadas con la calidad de vida y la relación existente entre ellas. Variables como la esperanza, autocuidado, salud, satisfacción de los cuidadores formales de los centros cordobeses de atención a la diversidad funcional. El segundo es conseguir información sobre las relaciones, dándonos información sobre la predicción de la satisfacción con el ánimo de establecer pautas y programas para potenciarla. Lo que se buscaba con esta tesis es explorar en las percepciones de los cuidadores formales, las valoraciones en relación a su satisfacción vital y situación de las personas con las que se trabaja, por lo que no se han planteado hipótesis específicas.

Se ha puesto a prueba un modelo explicativo complejo multivariado, conociendo la realidad y en qué medida pesan las diferentes variables y cómo se predice la satisfacción del colectivo, determinando de forma bastante concreta qué variables pueden explicarla satisfacción de los trabajadores.

Por último, se ha analizado el discurso y la opinión sobre las políticas sociales en materia de discapacidad y la situación en cuanto a contexto, justicia y derechos de las personas con diversidad funcional.

En la revisión bibliográfica se ha evidenciado como los trabajadores de instituciones sociosanitarias están expuestos a altos niveles de estrés debido al cuidado de las

personas con las que trabajan y como éstas están influidas por diferentes variables incluidas en nuestro modelo, como pueden ser el autocuidado social, conciencia, salud mental, justicia ocupacional y la edad, y todas ellas mediadas por la esperanza. Nuestros resultados son coherentes con estas investigaciones y muestran relaciones entre las variables en la dirección esperada. Los datos del estudio muestran una satisfacción con la vida bastante alta, con una puntuación de 3.5 sobre 5. A pesar de la adecuada tasa de respuesta, podría haber un sesgo ya que los trabajadores que han contestado son los más implicados y motivados. Recordemos que no se entrevista a toda la población, y que aunque se invitó a todos los trabajadores de los centros y se obtuvo la tasa de respuesta del 38.6%, muchos no han participado por estar de baja laboral o por no darle importancia al estudio.

El presente estudio muestra que la satisfacción con la vida está relacionada con factores protectores de forma negativa o positiva dependiendo de las diferentes variables. También muestra como esa relación varía dependiendo si esta está mediada por la esperanza o no. La relación negativa se encuentra con la edad, a mayor edad menos satisfacción con la vida, y cuando se media con la esperanza el resultado es el mismo pero el resultado se atenúa (-0.17 frente a -0.01), resultado acorde a la literatura (Serrano y Payá, 2014; Gandoy- Crego et al., 2009; Estévez-Guerra, González, Fariña, Marrero y Hernández, 2007; Caballero, Bermejo, Nieto, Caballero, 2001). Una explicación posible sería que los trabajadores más mayores y con más experiencia pueden llegar a perder la esperanza como protección hacia un estrés laboral como asimilación de cómo funcionan los diferentes recursos. Esta hipótesis no pudo ponerse a prueba en este estudio, pero sería interesante hacer un análisis más exhaustivo en próximas investigaciones, ya que argumentaría aún más la importancia del control de los factores psicológicos en trabajadores para un mantenimiento adecuado de variables cada vez con más peso en la literatura como el compromiso organizacional o *engagement*.

En cuanto a la relación con la justicia ocupacional, salud mental, autocuidado social y conciencia, mostraron tanto efectos directos estadísticamente significativos y positivos sobre la esperanza, como efectos indirectos estadísticamente significativos y positivos sobre la satisfacción con la vida. En todas ellas tienen valores más altos al ser mediadas con la esperanza a excepción de la salud mental, que se mantiene en los mismos valores (0.02).

Como se ha comentado anteriormente, la literatura científica muestra la importancia del autocuidado social como protector frente al burnout (Johnson y Johansson, 1991; Karasek, 1979, Karasek y Theorell, 1990; Jonson y Hall, 1994). Una revisión sobre burnout y apoyo social de Beltran, Moreno y Reyes (2004) establece como el apoyo social, ya sea tanto en relación al trabajo, dado por compañeros, supervisores o directivos, como fuera del trabajo, por el cónyuge, los amigos, familiares o hijos, puede reducir los sentimientos de quemarse por el trabajo, y su ausencia puede considerarse como un estresor. En nuestro estudio, los datos corroboran la información encontrada en la literatura. El apoyo social tiene efectos estadísticamente significativos sobre la satisfacción con la vida (.16), y mediado por la esperanza tiene un valor de .33. Como se ha identificado previamente en la literatura, la importancia de desahogarse y compartir los problemas relacionados con el cuidado nos permite sentir que pertenecemos a un grupo y mejora el compañerismo (Orrego, 2015).

En relación a la autoconciencia, la atención plena tiene que ver con la calidad de la conciencia con la que vivimos nuestras vidas. Cuando las secuencias automáticas se observan con atención, curiosidad, aceptación, apertura y sin juzgar, disminuyen su impacto y su intensidad; es posible, entonces, elegir una respuesta apropiada a la situación. Entre los beneficios de la práctica de la atención plena para la salud, destacan los siguientes: facilidad

para regular las propias emociones, mayor flexibilidad cognitiva y mayor facilidad para cultivar estados y rasgos positivos (Miró, 2006). Una explicación que podría darse es que los trabajadores con salud mental alta, con apoyo social, con conciencia de dónde están y sus sentimientos y que tienen altos los niveles de justicia ocupacional, unidos a una esperanza en su trabajo, tienen más satisfacción con la vida, ya que son conscientes de dónde están trabajando y su función en el puesto. También ha podido deberse a que en estas instituciones el trabajo es muy corporativo y en equipo, lo que podría también explicar el alto valor del apoyo social obtenido en el presente estudio. Un estudio de Vilá et al. (2014) corrobora que los profesionales que tienen menos en cuenta el trabajo en equipo y el apoyo social tienen niveles más altos de burnout.

En cuanto a las limitaciones de la investigación, aunque la tasa de respuesta ha sido del 38.6%, en el futuro sería conveniente aumentar el tamaño muestral recogiendo más variedad, con más tipología de centros. Hay centros como ACPACYS donde la tasa de participación ha sido del 100%. Esto puede deberse al tamaño del centro, más pequeño, y a la posibilidad de acceder a los trabajadores para recordarles la cumplimentación del protocolo, produciéndose un mayor control de la persona responsable.

La falta de participación en la toma de decisiones, la escasa autonomía en el trabajo, la monotonía y la escasa oportunidad de control como factores de riesgo psicológico nombrados en la literatura, nos invitan a introducir los datos cualitativos del estudio. Los trabajadores necesitan un espacio donde exponer la problemática que ven en los diferentes centros, dándoles la oportunidad de plantear diferentes intervenciones y siendo parte activa en ellas. Los discursos encontrados muestran una valoración de los aspectos emocionales del cliente, de la relación terapéutica, del contexto y de justicia que exponen la percepción de este colectivo en dichos recursos y en la manera de desarrollar los derechos de los clientes en

los centros y en la sociedad. Sería necesario tener más en cuenta estos discursos tanto para que se produzca una mejora de la atención y de la inclusión social real y para que estos se sientan escuchados y partes de este proceso de cambio.

Actualmente se está introduciendo el término calidad de vida en relación con la salud del cuidador familiar de personas dependientes (Torres, Ballesteros y Sánchez, 2008) pero no se ha encontrado ningún estudio que se refiera a este término en el cuidador formal.

Es aportación de este estudio ofrecer evidencia al respecto: la relación entre esperanza y satisfacción con la vida al ser estadísticamente significativa, positiva y alta, cabe esperar que si se aumenta la esperanza en el cambio aumente la satisfacción con la vida y por tanto la motivación, y esto puede conseguirse teniendo en cuenta la opinión del trabajador y sus experiencias de vida como profesional que está tan cerca del cliente.

Una manera de aumentar esa calidad de vida en el trabajo, como se ha establecido anteriormente, es hacer partícipes a los trabajadores en la toma de decisiones. Creemos que es importante para ello escuchar sus narrativas de lo que ven a diario, de cómo se realiza el trabajo día a día y de si realmente se está ofreciendo un servicio de calidad tanto en relación al cuidado o tratamiento, como con el contexto, parte si cabe, más importante a la hora de que se produzca una participación y una inclusión social. En estas narrativas hablan de como creen que se sienten las personas con diversidad funcional con las que trabajan, nos hablan de la relación terapéutica, de la justicia ocupacional y del contexto. La narrativa incluida dentro de los aspectos emocionales relacionados con el cliente que más se repite ha sido la falta de autorrealización (23.7%), seguida del autoconcepto negativo (15.3%). Estas manifestaciones son de gran interés, ya que son sentimientos negativos que los trabajadores ven en las personas a las que se le está ofreciendo un servicio.

En lo relativo a la relación terapéutica nos encontramos con que un 20.3% de las personas muestran fatiga por compasión, seguidas de un 19.5% que cree que los clientes no participan en su tratamiento. Es decir, cuantitativamente podemos indicar que uno de cada 5 trabajadores que nos responden muestran fatiga por compasión y en la misma proporción creen que los clientes-pacientes-usuarios no participan en su propio tratamiento. Cualitativamente, estas narrativas podrían aproximarse, la primera, porque los trabajadores sienten que no tienen posibilidad de cambiar una situación con la que no están de acuerdo, ya sea por los centros que prestan servicios como por una sociedad y unas políticas que no se corresponden con el discurso de inclusión que muestran. En el segundo caso, el no participar en su tratamiento, puede llevarnos a los sentimientos que se reflejan en el primer punto expuesto relativo a los aspectos emocionales relacionados con el cliente.

En lo relativo al contexto, el 10.2% de los participantes se muestran activos y reivindicativos por el cambio social. Esto es muy positivo, ya que es una actitud que debiera darse en las organizaciones solidarias, eliminando el estancamiento en la inclusión y en la adquisición de derechos de los clientes. Se han establecido otras categorías, como la falta de apoyo institucional o la falta de participación social, y a pesar de no ser muy numeroso el porcentaje de respuesta, es importante valorarlas por la importancia en el cambio contextual.

La familia más numerosa en variables es la relacionada con la justicia ocupacional. En esta se establece que el 26.2% de los encuestados nos hablan de la existencia de exclusión social de las personas con diversidad funcional, frente a un 0.8% de las personas encuestadas que piensa que existe integración social. Esta variable podría llevarnos a la falta de participación social anteriormente expuesta en la familia “contexto”, si no hay posibilidad de participación hay exclusión. El siguiente tema con más porcentaje de respuesta es el no reconocimiento de la ciudadanía, donde se habla de cómo a las personas con diversidad

funcional no se les reconocen sus derechos fundamentales, privándoles de su ciudadanía y, por tanto de su dignidad como seres humanos. La variable de injusticia ocupacional, con un 15.2% de tasas de respuesta, nos muestran la falta de autodeterminación en relación a tomar decisiones, la falta de elección autónoma y del no ofrecimiento de actividades propositivas tanto en los recursos como en la sociedad.

En estas respuestas podemos ver una cantidad de oportunidades de cambio en las intervenciones. Los problemas emocionales que se encuentran en el cliente se contestan en las narrativas referentes a las injusticias y en el no reconocimiento de derechos. Muchos de los problemas relacionados con burnout de los trabajadores están relacionados por factores psicológicos, muchos de ellos relacionados con no poder ayudar a las personas con las que se trabaja.

Para un mejor tratamiento y para una mejor labor asistencial es muy importante tener en cuenta el discurso de los trabajadores y hacerles partícipes de la lucha, encabezando junto a los propios afectados el movimiento que busca el cambio social, cuyos objetivos sean la inclusión real y la adquisición de la ciudadanía, no quedando estos sólo en el papel, en los informes de las instituciones y los gobiernos, sino en el día a día de las organizaciones, desarrollando un trabajo comunitario.

Los objetivos que se buscaban alcanzar con el estudio se han conseguido. En relación a la parte cuantitativa, estos se enfocaban a ver cuáles eran las variables que más afectaban a la satisfacción con la vida y a la esperanza, para establecer hasta qué punto se puede influir sobre la calidad de vida laboral del personal sociosanitario, parte clave en el proceso de tratamiento y participación social de la persona con diversidad funcional.

En lo relativo a la parte cualitativa no se tenía una hipótesis, ya que se buscaba plasmar la visión desde dentro, desde el trabajador, de cómo él o ella piensa que se siente la

persona cuidada, de cómo se vulneran sus derechos o no y cómo se da una inclusión y una participación real en el contexto. Esta parte da mucha información para cambiar las políticas de trabajo, ya que visualizar las carencias ayuda a establecer soluciones. Además, el hacer partícipe en esto al cuidador le da voto y participación en su trabajo, en las realidades que este ve día a día, pudiendo influir en las variables analizadas en la parte cuantitativa.

Las conclusiones del estudio son:

- La importancia de la prevención de los factores psicosociales en el burnout.
- Las personas participantes tienen una satisfacción con la vida bastante alta.
- Las variables que más inciden en la satisfacción con la vida son la edad, salud mental, autocuidado social, justicia ocupacional y conciencia.
- En todas las variables aumentan los valores al ser mediados por la esperanza.
- Los participantes con más edad tienen menos satisfacción con la vida.
- El apoyo social favorece la satisfacción con la vida. Hablar con otro del cuidado mejora la pertenencia al grupo y el compañerismo.
- Las personas encuestadas en un porcentaje alto creen que sus clientes tienen falta de autorealización y un autoconcepto negativo.
- Un 20% de los encuestados sufre fatiga por compasión y creen que sus clientes no participan en su tratamiento.
- El 10% de los encuestados son activos en el cambio social.
- Un 25% de los encuestados afirma que existe exclusión social de las personas con diversidad funcional frente a un 0.8% que cree que no existe exclusión.

- Un 21.2% de los encuestados creen que no se reconoce la ciudadanía de las personas con diversidad funcional.

En conclusión, queda mucho por hacer, pero esta tesis puede ayudar a conocer los mecanismos que subyacen a los factores psicosociales que más influyen en la calidad de vida del trabajador y acotar las principales variables intervinientes en el burnout, pudiendo estar presentes, en un futuro, en el diseño de programas preventivos y en la puesta a prueba de la eficacia de intervenciones para mejorar la calidad de vida laboral de estos trabajadores y la atención que prestan. También puede ayudar a conocer mejor el funcionamiento de los servicios sociales y de la sociedad, desde el punto de vista del trabajador, en materia de diversidad funcional, utilizando las necesidades que se han detectado en la parte cualitativa, en relación a los aspectos negativos relacionados con el cliente, la relación terapéutica, contexto y justicia, como objetivos a cambiar o como dirección a tomar en el día a día de los centros. Drake (1998) dijo que la discapacidad surge de la privación de ciudadanía, una negación de creación social, que hace indudable la insuficiencia de que la investigación (y la práctica diaria) se ejecute en el ámbito social y político, más que en el individual (Rodríguez, 2011), buscando el cambio, primero en el trabajo a realizar con este colectivo y segundo, a nivel comunitario, y fomentando los derechos de los usuarios y su participación en la sociedad

## **6- REFERENCIAS**



## BIBLIOGRAFÍA:

Adams, R. E., Figley, C. R., i Boscarino, J. A. (2008). The Compassion Fatigue Scale: Its use with social workers following urban disaster. *Research on Social Work Practice*, 18, 238-250.

American Occupational Therapy Association (1972). Occupational therapy: its definition and functions. *American Journal of Occupational Therapy* 26, 204

Arretia, P., & Arrázola, F. J. L. (2008). Prevención de riesgos psicosociales en el sector sociosanitario y de atención a la dependencia. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria. Revista de servicios sociales*, (43), 73-90.

Beck, U., & Beck-Gernsheim, E. (2003). La individualización: el individualismo institucionalizado y sus consecuencias sociales y políticas.

Bellingham R, Cohen B, Jones T, Spaniol L., (1989). Connectedness: some skills for spiritual health. "American JournalforHealthPromotion"; 4: 18-31.

Bellido Mainar JR, Berrueta Maeztu, LM. La relación Terapéutica en terapia ocupacional. *TOG (A Coruña)* [revista en Internet]. 2010; 8(13): [20p]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num13/pdfs/modelotaylor1.pdf>

Benito, E., Jiménez, E., Barbero, J., Ruiz, C., dones, M., Giro, R., Gomis, C., Azkoitia, X., Cabodevilla, I., i Collette, N. (2012). Talleres de acompañamiento espiritual en cuidados paliativos SECPAL. Dos años de experiencia. Comunicación presentada al IX Congreso nacional de la Sociedad de Cuidados Paliativos.

Benavent, E. (2013). Espiritualidad y educación social. Barcelona: editorial UOC.

Benavent, E. (2003). "Un projecte utòpic". En: Planella, J; Vilar, J. (Eds.) L'educació social: projectes, perspectives i camins. Barcelona: Pleniluni, p. 252.

Bermejo, J. C., y Villaceros, M. (2013). El compromiso de la humanización en las instituciones sociosanitarias. Fundación Caser para la Dependencia

Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z., Abbey, S., Speca, M., Velting, M. & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical psychology: Science and practice*, 11(3), 230-241.

Biurrun Unzué, A. (2003). Intervención grupal con familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Geriatría (Madr.)*, 65-70.

Bouza, M. F. (2014). Propuestas de intervisión y autocuidado con psicodrama. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 22(1), 32-42.

Bordin, E. (1976). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 16, 252-260.

Boston, P. H., y Mount, B. M. (2006). The caregiver's perspective on existential and spiritual distress in palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 32, 13-26.

Boxó Cifuentes, J. R., Aragón Ortega, J., Ruiz Sicilia, L., Benito Riesco, O., & Rubio González, M. Á. (2013). Teoría del reconocimiento: aportaciones a la psicoterapia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(117), 67-79.

Bride, B., Radey, M., & Figley, C. R. (2007). Measuring compassion fatigue. *Clinical Social Work Journal*, 35, 155-163.

Builes, N. S., & Norelly-Vasco, C. E. (2008). Representaciones sociales y discapacidad. *Hologramática*, 1(8), 3-22.

Castellanos Vidondo, T., & Nonay Salvatierra, D. (2000). Proyecto de educación para la salud, a grupos de familiares cuidadores de enfermos crónicos. *Trabajo social y salud*, (37), 123-144.

Canadian Association of Occupational Therapists/C.A.O.T. (1997). *Enabling occupation: An occupational therapy perspective*. CAOT.

CERMI (2003): *Discapacidad y exclusión social*. Madrid: Cinca.

Coetzee, S., & Klopper, H. (2010). Compassion fatigue within nursing practice: a concept analysis. *Nursing and Health Sciences*, 12, 235-243.

Cortina, Adela (2005). *Ciudadanos del mundo: Hacia una teoría de la ciudadanía*. Madrid: Alianza Editorial.

Conde-Sala, J. L. (1996). Grups de suport a famílies amb una persona gran discapacitada. *Quaderns de Serveis Socials: Els ajuntaments i la gent gran: present i futur*, 11, 61-68.

Cowlshaw, S., Niele, S., Teshuva, K., Browning, C., & Kendig, H. (2013). Older adults' spirituality and life satisfaction: a longitudinal test of social support and sense of coherence as mediating mechanisms. *Ageing and Society*, 33(07), 1243-1262.

Crepeau, E. B., Willard, H. S., Cohn, E. S., Spackman, C. S., & Schell, B. A. (2005). *Terapia ocupacional*. Ed. Médica Panamericana.

Crowther, M. R., Parker, M. W., Achenbaum, W. A., Larimore, W. L., y Koenig, H. G. (2002). Rowe and Kahn's model of successful aging revisited positive spirituality—the forgotten factor. *The Gerontologist*, 42(5), 613-620.

Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J. y Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.

Doyal, L., & Gough, I. (1991). A theory of human need. PalgraveMacmillan

Ecos Quílez, C. E. A. (2001). Educación para la salud dirigido a cuidadores informales de enfermos encamados y semi-encamados en el área de Salud de Cuenca. *Trabajo social y salud*, (40), 487-500.

Etxeberría, X. (2008). La condición de ciudadanía de las personas con discapacidad intelectual. Universidad de Deusto.

Egan, Mary; DeLaat, Denise (1994). Considering spirituality in occupational therapy practice. "Canadian Journal Occupational Therapy", 61(2): 95-101.

Extremera, N., Durán, A., & Rey, L. (2005). La inteligencia emocional percibida y su influencia sobre la satisfacción vital, la felicidad subjetiva y el engagement en trabajadores de centros para personas con discapacidad intelectual. *Ansiedad y estrés*, 11(1).

Fernández, J (2003). Ayudando al cuidador del anciano: un programa televisivo para llegar a cada casa. *Psychosocial Intervention*, 12(3), 345-352.

Figley, C.R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of clinical psychology*, 58, 1433-1441.

Figley, C.R. (2002). *Treating compassion fatigue*. New York: Brunner-Routledge.

Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. En B. H. Stamm (Ed.), *Secondary Traumatic Stress: Self-care Issues for Clinicians, Researchers and Educations* (pp. 3-28). Lutherville: MD: SidranPress.

FOESSA (2008): VI Informe sobre exclusión y desarrollo social en España. Madrid: Fundación FOESSA.

Foucault, M. (1967). Historia de la locura en la época clásica (Vol. 2, p. 309). México: Fondo de cultura económica.

Galheigo, S., & Simó, S. (2012). Maestras de la Terapia ocupacional. La poderosa emergencia de la Terapia ocupacional social. *Revista Terapia Ocupacional Galicia*, 9(15), 1-15.

Galheigo, S. (2004). Terapia Ocupacional en el campo social. Kronenberg, Simó Algado y Pollard, *Terapia Ocupacional sin Fronteras: aprendiendo del espíritu de supervivientes*. Editorial Médica Panamericana (Madrid).

Galiana, G., Oliver, A., Sancho, P. y Tomás, J.M. (2015). Dimensionality and Validation of the Dispositional Hope Scale in a Spanish Sample. *Social Indicators Research*, 120, 297-308.

Galiana, L., Oliver, A., Sansó, N., y Benito, E. Validation of a New Instrument for Self-Care in Spanish Palliative Care Professionals Nationwide. *Spanish Journal of Psychology*, en prensa.

Gallardo, R. M., Rodríguez, I., & Rodríguez, M. (1989). Salud mental y calidad de vida de los trabajadores de los servicios sociales. Zerbitzuan: Gizarte zerbitzueta rako aldizkaria= Revista de servicios sociales, (9), 13.

García García, M. D. M. (2015). Efecto de una intervención educativa Mindfulness en los profesionales de un centro sociosanitario en La Rioja.

Gross, J.J. (1998). Emotion regulation: conceptual foundations. In J.J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press

Guajardo, A., & Algado, S. S. (2010). Una terapia ocupacional basada en los derechos humanos. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG*, (12), 9.

Harrison, R. L., & Westwood, M. J. (2009). Preventing vicarious traumatization of mental health therapists: Identifying protective practices. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(2), 203.

Hendrick, R. E., Russ, P. D., & Simon, J. H. (1993). Mental health concepts and techniques for the occupational therapy assistant. M. B. Early (Ed.). Raven Press (ID).

Honneth, A. (2006). El reconocimiento como ideología. *Isegoría*, (35), 129-150.

Howard R.S. y Lancée J. (2001): La enseñanza de Terapia Ocupacional en Europa: pautas curriculares. Holanda, Red Europea de Terapia Ocupacional en la Enseñanza Superior (ENOTHE).

Huete, A. (2013). La exclusión de la población con discapacidad en España. Estudio específico a partir de la Encuesta Social Europea. *Revista Española de Discapacidad (REDIS)*, 1(2), 7-24.

Jackson, C. (2003). Healing ourselves, healing others: third in a series. *Holistic Nursing Practice*, 18, 199-211.

Kabat- Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living*. New York (EEUU): Delacorte.

Kabat- Zinn, J. (1996). Mindfulness Meditation, what is what isn't. en Haruki, Y. Ishii, Y. and Suzuki, M. (eds) Comparative and Psychological Study on Meditation. Netherlands: Eburon.

Kabat- Zinn, J. (2003). MBSR interventions in context: Past, Present and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144- 156.

Kashani, M., Eliasson, A., Chrosniak, L., iVernalis, M. (2010). Taking aim at nurse stress: a call to action. *Military Medicine*, 175, 96-100.

Kuyeck, J.N. (1990). Fighting for hope. Organizing to realice our dreams. Montreal QC: Black Rose Books

LaRowe, K. (2005). Breath of relief: transforming compassion fatigue into flow. Boston: Acanthus Publishing.

Losada-Baltar, A., Izal-Fernández de Trocóniz, M., Montorio-Cerrato, I., Márquez-González, M., & Pérez-Rojo, G. (2004). Eficacia diferencial de dos intervenciones psicoeducativas para cuidadores de familiares con demencia. *Revista de Neurología*, 38(8), 701-708.

López Jiménez, M. J., & Pérez Cárpena, C. (1999). Talleres de orientación y apoyo a familiares cuidadores de enfermos con demencias. *A tu salud*, (26), 18-24.

Macintyre, A.C. (1980). Epistemological crisis, dramatic narrative and the philosophy of science. En Gutting (Ed.): "Paradigms and Revolutions". Paris: University of Notre Dame Press.

Malagón Aguilera, M. C. (2016). El sentido de la coherencia y el compromiso laboral de las enfermeras en el ámbito sociosanitario de Girona

Marco de trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso  
2da Edición. Adaptación al español del documento: American  
OccupationalTherapyAsociation (2008). Occupational Therapy Practice Framework: Domain  
and Process (2nd ed.). American Journal of Occupational Therapy, 62, 625-683.

Márquez, M., Barquero, A., Carrasco, M., & Cárdenas, D. (1997). Los  
programas de educación para la salud desde una perspectiva cualitativa. El papel de la  
familia, cuidadores informales. *Enferm cient*, 186-7.

Maslach, C. (1978). Job burn-out: How people cope. *PublicWelfare*, 36, 56-58.

Martín Madrazo, C., Medina Fernández, M., & Irazábal Martín, E. (1999).  
Una experiencia grupal: cuidar al cuidador. *Metas de Enfermería*, (13), 15-18.

Martínez, O.; Planella, J. (2010).Alterando la discapacidad. Manifiesto a favor  
de las personas. Barcelona: Editorial UCO.

Martínez-Rivera, Òscar (2014). Diversidad funcional (discapacidad) y  
espiritualidad. Educación Social. *Revista de Intervención Socioeducativa*, 56, p. 115-128.

Mansilla Izquierdo, F., García Micó, J. C., Gamero Merino, C., Congosto  
Gonzalo, A., Calderón Congosto, C., & Gamero Navarro, R. (2010). Abordaje de los  
trabajadores con trastornos físicos y psíquicos en salud laboral: un modelo. *Medicina y  
Seguridad del Trabajo*, 56(221), 274-279.

Mingote Adán, J. C., Pino Cuadrado, P. D., Sánchez Alaejos, R., Gálvez  
Herrer, M., & Gutiérrez García, M. (2011). El trabajador con problemas de salud mental:  
Pautas generales de detección, intervención y prevención. *Medicina y Seguridad del Trabajo*,  
57, 188-205.

Miró MT. “La atención plena (Mindfulness) como intervención clínica para aliviar el sufrimiento y mejorar la convivencia”, *Revista de Psicoterapia*.2006; 17(2): 31-76.

Mouronte Liz, P., Sánchez Pascual, P., Olazaran Rodríguez, F. J., & Buisán Pelay, R. (2001). El apoyo a los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer: un programa desde la enfermería de atención especializada. *Enfermería Científica*, (232-233), 10-17.

Navarro, F. H. T. (2011). Las esferas de reconocimiento en la teoría de Axel Honneth. *Revista de sociología*, (26).

Nelson-Gardell, D., i Harris, D. (2003). Childhood abuse history, secondary traumàtic stress, and child welfare workers. *Child Welfare*, 82, 5-26.

Neville, K., i Cole, D. A. (2013). The relationships among health promotion behaviors, compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in nurses practicing in a Community Medical Center. *TheJournal of NursingAdministration*, 43, 348-354.

Noya, B. (2001). Utilización terapéutica del yo. La relación terapéutica como base y refuerzo de la intervención. Polonio B, Durante P, Noya B. *Conceptos fundamentales de terapia ocupacional*. Madrid: Panamericana.

Ojeda, T. (2015). El autocuidado de los profesionales de la salud que atienden a víctimas de violencia sexual. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*,52(1), 21-27.

Oliver, A., Galiana, L., Sancho, P., & Tomás, J. M. (2015). Espiritualidad, esperanza y dependencia como predictores de la satisfacción vital y la percepción de salud: efecto moderador de ser muy mayor. *Aquichan*, 15(2).

Oliver, M. (1990). *ThePolitics of Disablement*.Londres: MacmillanPress.

Oliver, E. B., de Albornoz, P. A. C., & López, H. C. (2011). Herramientas para el autocuidado del profesional que atiende a personas que sufren. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 18(2), 59-65.

ONU (2006): Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Nueva York: Organización de las Naciones Unidas.

Organización Mundial de la Salud (2012). Reforma de la OMS: Sexto informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 65.ª Asamblea Mundial de la Salud.

Orrego Sánchez, C. (2015). Fe y razón en la filosofía católica: la propuesta de Alasdair MacIntyre. *Veritas*, (33), 9-23.

Palacios, A., y Bariffi, F. J. (2014). La discapacidad como una cuestión de derechos humanos. Una aproximación a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Palacios, A., y Romañach, J. (2008). El modelo de la diversidad: una nueva visión de la bioética desde la perspectiva de las personas con diversidad funcional (discapacidad) *Interticios, Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*. ISSN 1887 – 3898

Palacios, A., y Romañach, J. (2006). El modelo de la diversidad: La Bioética y los Derechos Humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional. *Diversitas*.

Pavot, W. y Diener, E. (2008). The satisfaction with life scale and the emerging construct of life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*, 3, 137–152.

Phelps, A., Lloyd, D., Creamer, M., i Forbes, D. (2009). Caring for carers in the aftermath of trauma. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 18, 313-330.

Pines, A., iMaslach, C. (1978).Characteristic of staff burnout in mental Health setting.*Hospital and Community Psychiatry*, 29, 233-237.

Piriz, C. (1997). Educación sanitaria a los familiares de pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Gerokomos*, 8(19), 26-30.

Polajatto y Townsend. (2007). *Enabling occupation*. Ottawa: CAOT

Polonio, B.; Durante, P.; Noya, B. (2001). *Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional 1ª edición*. Ed. MédicaPanamericana

Rodríguez Díaz, S., y Ferreira, M. A. (2010).Desde la *dis-capacidad* hacia la diversidad funcional. Un ejercicio de *dis-normalización*. *Revista Internacional de Sociología*, 68(2), 289-309.

Rodríguez, J. M. (2011). La (con) ciencia del Trabajo Social en la discapacidad: hacia un modelo de intervención social basado en derechos. *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, (49), 9-33.

Rogers, C. (1961). *El proceso de convertirse en persona*. Barcelona: Paidós

Rogers, C. (1977). *Proceso de convertirse en persona*. Barcelona: Paidós.

Romañach, J., y Lobato, M. (2005). Diversidad funcional, nuevo término para la lucha por la dignidad en la diversidad del ser humano. *Foro de vida independiente*, 8.

Romañach, J, y Palacios, A. (2008). El modelo de la diversidad: una nueva visión de la bioética desde la perspectiva de las personas con diversidad funcional (discapacidad). *Intersticios. Revista sociológica de pensamiento crítico*, 2(2).

Romañach, J. (2010). Diversidad funcional y Derechos Humanos en España: un reto para el futuro. *Dilemata*, (2).

Romañach, J. (2012). Ética y derechos en la práctica diaria de la atención a la dependencia: autonomía moral vs. autonomía física. *Deconstruyendo la dependencia: propuestas para una vida independiente*, 47-74.

Ruiz, J. J. S., y de Lorenzo García, R. (2014). Estudios sobre derecho y discapacidad: In memoriam José Soto García-Camacho. Año II.

Ryff, C., y Keyes, C.L.M., (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.

Sabin-Farrell, R., i Turpin, G. (2003). Vicarious traumatization: Implication for the mental health of health workers. *Clinical Psychology Review*, 23, 449-480.

Sánchez, M., González, C., Robles, R., y Andrade, P. (2012). Desarrollo y evaluación psicométrica de un índice de espiritualidad para adultos mayores en México. *Psicología Iberoamericana*, 20, 41-48.

Sen, A. (2000): "Social Exclusion: concept, application, and scrutiny". *Social Development Papers N° 1*, Manila, Philippines: Asian Development Bank (en línea).

Serrano, M. Á., & Payá Soriano, J. (2014). Niveles de Salud Psicosocial en función del Nivel de Experiencia en Residencias. *Acción Psicológica*, 11(2), 107-116.

Simó Algado, S. (2016). Terapia ocupacional, cultura y diversidad. Cuadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar, 24(1).

SimóAlgado S. Una Terapia Ocupacional desde un paradigma crítico. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2015. [-fecha de la consulta-]; monog. 7: [25-40]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/mono/num7/critico.pdf>

Simó Algado, S.; Burgman, I. (2004 II). Children survivors of war. EnKronenberg, SimóAlgado y Pollard. "Occupational Therapy without Borders: Learning from the spirit of survivors". Oxford: ElseviersScience

Simó Algado, S. (2006). El modelo canadiense del desempeño ocupacional I.Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG, (3), 5.

Simó Algado, S. yUrbanowski, R. (2006). El modelo canadiense del proceso del desempeño ocupacional. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG*, (3), 6.

Simón, C. E., Pryce, J. G., Roff, L. L., i Klemmack, D. (2006). Secondary traumatic stress and oncology social work: Protecting compassion from fatigue and compromising the worker's worldview. *Journal of Psychosocial Oncology*, 23, 1-14.

Slatten, L. A., Carson, D. K, i Carson, P. P. (2011). Compassion fatigue and burnout: what managers should know. *The Health Care Manager*, 30, 325-333.

Smart, D., English, A., James, J., Wilson, M., Daratha, K. B., Childers, B, iMagera, C. (2014). Compassion fatigue and satisfaction: a cross-sectional survey among US healthcare workers. *Nursing and Health Sciences*, 6, 3-10.

Snyder, C.R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S.A., Irving, L.M., Sigmon, S.T., Yoshinobu, L., Gibb, J., Langelle, C. y Harney, P. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 570-585.

Stamm, B. H. (2010). The Concise ProQOL Manual. Pocatello, ID: ProQOL.org.

Toomey, M. A. (1999). The art of observation: Reflecting on a spiritual moment. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 66, 197–199.

Torres Egea, M., Ballesteros Pérez, E., & Sánchez Castillo, P. D. (2008). Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España. *Gerokomos*, 19(1), 9-15.

Townsend, E. (1997) Inclusiveness: A community dimension of spirituality (146- 155), *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 64, 3.

Townsend, Elizabeth; Polajtko, Helene (2007). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being & Justice through Occupation*. Toronto: CAOT Publications.

Townsend, E. A., & Polatajko, H. J. (2007). *Advancing an occupational therapy vision for health, well-being, and justice through occupation*. Ottawa, ON: CAOT publications ACE.«Enabling occupation II présente une vue en coupe transversale du MCRO-P pour définir et délimiter le domaine de préoccupation des ergothérapeutes, c'est-à-dire l'occupation humaine.

Vachon, M., Fillion, L., iAchille, M. (2009). A conceptual analysis of spirituality at the end of life. *Journal of Palliative Medicine*, 12, 53-59.

Vinyoles, E., Copetti, S., Cabezas, C., Megido, M. J., Espinàs, J., Vila, J., ... & Grupo de Estudio CUIDA'L. (2001). CUIDA'L: un ensayo clínico que evaluará la eficacia de una intervención en cuidadores de pacientes demenciados. *Atención Primaria*, 27(1), 49-53.

Uribe, T. M. (1999). El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. *Invest. educ. enferm*, 17(2), 109-118.

Ware, J. E., Kosinski, M., Dewey, J. E., y Gandek, B. (2001). *How to Score and Interpret Single-Item Health Status Measures: A Manual for Users of the SF-8 Health Survey*. Lincoln RI: QualityMetricIncorporated.

WFOT. (2012) Definición de la terapia ocupacional. [15 de enero de 2015]. Disponible en: <http://www.wfot.org/AboutUs/AboutOccupationalTherapy/DefinitionofOccupationalTherapy.aspx>

Wilcock, Anne (1998). *An occupational perspective of health*. Thorofare: Slack Incorporated.

Wilcock, A.A., & Townsend, E. A. (2008) Occupational justice. In E. B. Crepeau, E. S. Cohn, & B.B. Schell (Eds.), *Willard and Spackman's occupational therapy* (11<sup>th</sup> ed., pp. 192-199). Baltimore: Lippincott Williams & Wikins.

Yerxa, E.J. (1967) Authentic occupational therapy [Eleanor Clarke Slagle Lecture]. *American Journal of Occupational Therapy*, 21, 1-9

WEBGRAFIA:

- <http://www.boe.es/boe/dias/2012/10/09/pdfs/BOE-A-2012-12618.pdf>
- [http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Servicios\\_y\\_Prestaciones\\_01\\_Servicios\\_Sociales\\_20120521.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Servicios_y_Prestaciones_01_Servicios_Sociales_20120521.pdf)

- <http://www.juntadeandalucia.es/boja/1988/29/1>

- Artículo 93 y 97 del XIV Convenio colectivo general de centros y

servicios de atención a personas con discapacidad.

[https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-12618](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-12618)

- <http://definicion.de/individualista/>

- <http://definicion.de/justicia-social/>

- <http://www.cermi.es/es->

<ES/Biblioteca/Lists/Publicaciones/Attachments/299/Derecho%20y%20discapacidad->

<N%C2%BA%2061.pdf>

- <file:///D:/USUARIO/Downloads/SpanishWFOTDef1.pdf>

## **7-ANEXOS**



Anexo 1:

*Carta de petición de colaboración*

Apreciado/a Sr/a. Director/a:

Solicitamos la colaboración de su asociación en un estudio sobre “El Empoderamiento y la Ocupación Propositiva como Base de la Inclusión Social y la Espiritualidad de las Personas con Capacidades Diferentes”, dentro del Programa de Doctorado en Promoción de la Autonomía y Atención Sociosanitaria a la Dependencia, de la Universidad de Valencia. Este trabajo está codirigido por los profesores Salvador Simó de la Universidad de Vic y Amparo Oliver de la Universidad de Valencia.

Combinamos enfoques cuantitativo y cualitativo. El primero con cuestionario online a los trabajadores de los centros participantes de la provincia de Córdoba. Esta parte analizará, a través de un cuestionario estandarizado, con test validados y sensibles, variables sociodemográficas, participación comunitaria, satisfacción, bienestar personal, inclusión social, igualdad de oportunidades, accesibilidad y justicia ocupacional. En la parte cualitativa desde el modelo canadiense de desempeño ocupacional, se plantearán entrevistas semiestructuradas a un máximo de dos trabajadores y dos usuarios de cada asociación/fundación participante.

La información recogida será totalmente confidencial y anónima y solo se utilizará para cumplirlos objetivos de la investigación.

Solicitamos pues su colaboración autorizando esta investigación y facilitándonos para ello el acceso en su centro. De nuevo agradecerle su participación en este estudio cuyo objetivo final es mejorar la calidad de vida de las personas con capacidades diferentes y de aquellos profesionales que, como usted, trabajan con ellos.

En Córdoba, 15 de Septiembre de 2014

Lidia Revuelto Palma

Doctoranda y Terapeuta Ocupacional.

Amparo Oliver Germes

Catedrática Metodología CC. Comportamiento

Universitat de València

\*\*\*\*\*

Telf: +96 386 4468

Av. Blasco Ibáñez, 21, 46010 València, SPAIN



## Algunos datos sobre ti

### 1. Sexo:

- Hombre
- Mujer

### 2. Edad:

### 3. Estado civil:

- Casado/a--vivo en pareja
- Soltero/a
- Divorciado/a-separado/a
- Viudo/a

### 4. ¿Con quién vives?

- Con mi pareja
- Con mi pareja e hijo/s
- Con mi hijo/a
- Con mis padres
- Solo

Otro (especifique)

### 5. Nivel de estudios

- Educación superior(nivel licenciatura)
- Educación superior(nivel diplomatura)
- Educación secundaria (grado superior)
- Educación secundaria(nivel bachillerato)
- Educación secundaria (grado medio)
- Educación básica (nivel estudios primarios)
- Sin estudios

## Sobre tu actividad profesional

### 6. Puesto que desempeñas

- Dirección
- Médico /a
- Psicólogo/a
- Enfermería
- Fisioterapeuta
- Terapeuta ocupacional
- Educador social
- Trabajador social
- Psicopedagogo/a
- Personal de Atención Directa
- Integrador social
- Personal de servicios

Otro (especifique)

### 7. Fundación/asociación de referencia:

- Aprosub
- Promi
- Fepamic
- Down
- Acpacys

## 8. Centro en el que trabajas:

- BAENA: UNIDAD DE ESTANCIA DIURNA(UED)
- BAENA: UNIDAD DE ESTANCIA DIURNA CON TERAPIA OCUPACIONAL(UEDTO)
- BAENA: RESIDENCIA DE ADULTOS (RA)
- CASTRO: UEDTO
- CASTRO: RA
- CORDOBA: UEDTO
- CORDOBA: UED
- CORDOBA: RGA
- CORDOBA: RA
- MONTILLA: UEDTO
- MONTILLA: UED
- PALMA DEL RIO: UEDTO
- PALMA DEL RIO: UED
- PALMA DEL RIO: RA
- PEÑARROLLA-PUEBLO NUEVO: UEDTO

## 9. Centro en el que trabajas:

- CÓRDOBA
- BUJALANCE: RGA
- BUJALANCE: UEDTO
- VILLANUEVA: CENTRO OCUPACIONAL(C.O)
- VILLANUEVA: RA
- VILLANUEVA: RESIDENCIA PSICODEFICIENTES(RPSD)
- PRIEGO: RPSD
- CABRA: CO
- CABRA: RA AVE MARIA
- CABRA: RA JUAN JIMENEZ FERNANDEZ
- CABRA: VIVIENDAS TUTELADAS

## 10. Centro en el que trabajas:

- CÓRDOBA: UED
- CÓRDOBA: RGA
- FERNAN-NUÑEZ: UED
- LUCENA: UED

## 11. Centro en el que trabajas:

- UED
- CO
- TRATAMIENTOS ESPECÍFICOS

## 12. Centro en el que trabajas:

- UED
- Residencia de Gravemente Afectados

**13. ¿Cuántas personas hay en tu equipo de trabajo?**

**14. ¿Qué número aproximado de clientes o usuarios atiendes?**

**15. Frecuencia CON QUE DETECTAS ESTAS NECESIDADES DE ATENCION A USUARIOS..**

	0 - Nunca	1 - Algunas veces al año pero pocas	2 - Varios días al mes	3 - Varios días a la semana	4 - Diariamente
Explicar diagnóstico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asistencia en ABVD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apoyo emocional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Sobre ti

### 16. A continuación vamos a realizar una serie de preguntas acerca de tu satisfacción con la vida. Por favor, marca la opción que mejor te represente:

	1 - Muy en desacuerdo	2 - En desacuerdo	3 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 - De acuerdo	5 - Muy de acuerdo
No cambiaría nada de mi vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estoy satisfecho con mi vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi vida es ideal para mí	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Las condiciones de mi vida son excelentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tengo las cosas importantes que quiero ahora mismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Actualmente, ¿hasta qué punto te encuentras satisfecho o satisfecha con toda tu vida, considerada globalmente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 17. A continuación vamos a realizar una serie de preguntas acerca de tu SALUD. Indica la opción que mejor te representa:

	1 - Muy mala	2 - Mala	3 - Regular	4 - Buena	5 - Muy buena
¿En general, cómo evaluarías tu salud?	<input type="radio"/>				

### 18. En concreto sobre tu salud FÍSICA:

	1 - Ninguno	2 - Muy pocos	3 - Algunos	4 - Bastantes	5 - Muchos
¿Cuántos problemas de salud física han limitado tu actividad física habitual (caminar, subir escaleras, etc.)?	<input type="radio"/>				
¿Cuántas dificultades has tenido durante tu rutina diaria, en casa o fuera de casa, debido a tu salud física?	<input type="radio"/>				
¿Cuántos dolores físicos has tenido?	<input type="radio"/>				
¿Cuánta energía has tenido?	<input type="radio"/>				

## 19. Y sobre tu salud EMOCIONAL:

	1 - Nada	2 - Poco	3 - Algo	4 - Bastante	5 - Mucho
¿Cuánto limitaron tu salud física o tus problemas emocionales tus actividades sociales habituales con familia y amigos?	<input type="radio"/>				
¿Cuánto te han molestado los problemas emocionales (sentirte ansioso, deprimido, irritable)?	<input type="radio"/>				
¿Cuánto te impidieron tus problemas personales o emocionales realizar tu trabajo, clases u otras actividades diarias habituales?	<input type="radio"/>				

## Sobre tu formación y hábitos

### 20. Valora tu nivel de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

	1 - Muy en desacuerdo	2 - En desacuerdo	3 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 - De acuerdo	5 - Muy de acuerdo
Practico ejercicio con regularidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suelo seguir una dieta equilibrada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero que mis relaciones personales fuera del trabajo son satisfactorias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero que mis relaciones familiares son satisfactorias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Practico actividades que me ayudan a relajarme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi autocuidado incluye implicarme activamente en una práctica espiritual vía meditación, oración,...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Soy constante, tengo continuidad en mi práctica espiritual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuando me siento sobrecargado emocionalmente intento buscar un tiempo para mi propio cuidado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuando me siento sobrepasado/a por una situación de atención, siento que me puedo apoyar en el equipo para elaborar esta experiencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 21. Sobre tu espiritualidad:

	1 - Muy en desacuerdo	2 - En desacuerdo	3 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 - De acuerdo	5 - Muy de acuerdo
Mi espiritualidad me ayuda a definir mis metas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi espiritualidad es importante porque responde mis dudas con respecto al significado de la vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi espiritualidad me ayuda a entender el significado de las situaciones que vivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me considero una persona espiritual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dejar huella en esta vida es una guía para mí	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Creo que hay un "ser superior" que guía mi vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 22. Contesta según tu grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

	1 - Muy en desacuerdo	2 - En desacuerdo	3 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 - De acuerdo	5 - Muy de acuerdo
Puedo pensar en muchas salidas cuando me atasco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Persigo mis objetivos enérgicamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mis experiencias pasadas me han preparado bien para mi futuro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hay muchas maneras de solucionar un problema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
He tenido bastante éxito en la vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puedo pensar en muchas formas de conseguir las cosas que en mi vida son importantes para mí	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consigo los objetivos que me propongo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incluso cuando los demás se desaniman, yo sé que puedo encontrar una forma de solucionar el problema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 23. Me veo a mi mismo como alguien que...

	1 - Muy en desacuerdo	2 - En desacuerdo	3 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 - De acuerdo	5 - Muy de acuerdo
Es minucioso en el trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puede, a veces, ser algo descuidado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es un trabajador cumplidor, de confianza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiende a ser desorganizado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Persevera hasta terminar el trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiende a ser flojo, vago	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hace las cosas de manera eficiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hace planes y los sigue cuidadosamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se distrae con facilidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 24. Contesta según tu grado de acuerdo:

	1 - Muy en desacuerdo	2 - En desacuerdo	3 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 - De acuerdo	5 - Muy de acuerdo
En general, me influyen las personas con opiniones firmes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Confío en mis opiniones incluso sin son opuestas al consenso general	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me juzgo a mi mismo por lo que creo que es importante, no por los valores que otros creen que son importantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En general, siento que controlo las situaciones en las que vivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Con frecuencia, me abruma las exigencias de la vida diaria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Soy bastante bueno gestionando las muchas responsabilidades de mi vida diaria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Creo que es importante tener experiencias nuevas que cuestionen lo que uno piensa de sí mismo y del mundo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de aprendizaje, cambio y crecimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hace ya tiempo que renuncié a intentar grandes mejoras o cambios en mi vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me es difícil y frustrante mantener relaciones estrechas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otras personas me describirían como una persona generosa dispuesta a compartir mi tiempo con los demás	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No he experimentado muchas relaciones cálidas y confiadas con otras personas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vivo la vida día a día y no pienso de verdad en el futuro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Algunas personas vagan por la vida sin ningún objetivo; yo no me considero así	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A veces siento como si en mi vida ya hubiera hecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

todo lo que tenía que hacer

Cuando repaso el relato de mi vida, me satisface la forma en que las cosas me han pasado

Me gusta la mayoría de los aspectos de mi personalidad

De muchas formas, me siento decepcionado de los logros de mi vida

## 25. Señala el grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

	1 - Muy en desacuerdo	2 - En desacuerdo	3 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 - De acuerdo	5 - Muy de acuerdo
Mantenemos modelos sobre las características personales y el potencial para participar en las actividades de la vida diaria de las personas que atendemos según sea nuestro marco cultural	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tomamos en consideración e intervenimos para fortalecer el contexto tanto como el individuo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se cometen injusticias por la falta de ocupaciones o por la dependencia persistente en AVD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aun cuando una comunidad no valora la participación ocupacional de una persona con discapacidad, esa persona puede desarrollar su ciudadanía con plenitud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es apartheid ocupacional cuando parte de mi comunidad participa en ocupaciones significativas y útiles y otras en el mismo contexto no tienen acceso a las mismas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 26. ¿Qué injusticias se detectan cuando las personas son despojadas de sus actividades?

## 27. ¿Cómo experimentas como trabajador la justicia o injusticia ocupacional en el desarrollo de las ocupaciones del usuario?

## 28. ¿Cómo puedes conocer el entorno del “cliente” antes de intervenir sobre él?

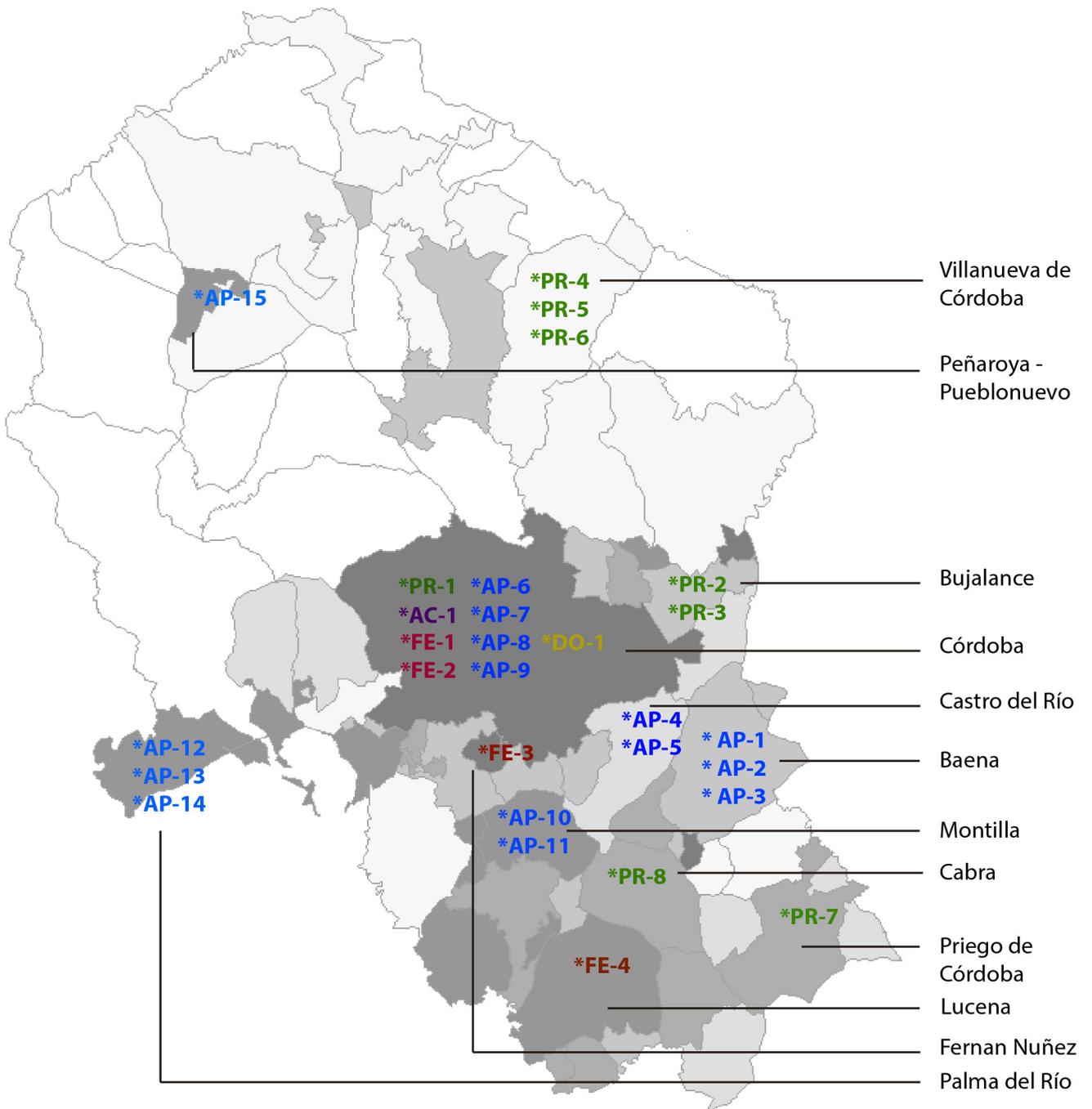
**29. Agradecemos tu colaboración en este estudio.**

**SI DESEAS PARTICIPAR EN EL SORTEO IDENTIFÍCATE CON UNA CLAVE A TU ELECCIÓN O ESCRIBE AQUI TU EMAIL.**



Anexo 3:

Mapa de distribución de centros



**TABLA 8:***Leyenda y distribución de centros*

APROSUB	PROMI	FEPAMIC	ACPACYS	DOWN CÓRDOBA
AP-1:UED BAENA	PR-1: UEDTO CÓRDOBA	FE-1: RGA CÓRDOBA	AC-1: RGA CÓRDOBA	DO-1: UED Y CO CÓRDOBA
AP-2:UEDTO BAENA	PR-2: RGA BUJALANCE	FE-2: UED CÓRDOBA	AC-2: UED CÓRDOBA	
AP-3:RA BAENA	PR-3: UEDTO BUJALANCE	FE-3: UED FERNAN NUÑEZ		
AP-4: UEDTO CASTRO DEL RIO	PR-4: CO VILLANUEVA	FE-4: UED LUCENA		
AP-5:RA CASTRO DEL RIO	PR-5: RA VILLANUEVA			
AP-6: UEDTO CÓRDOBA	PR-6: RGAPS VILLANUEVA			
AP-7: UED CÓRDOBA	PR-7: RGAPS PRIEGO			
AP-8: RGA CÓRDOBA	PR-8: CO CABRA			
AP-9: RA CÓRDOBA				
AP-10: UEDTO MONTILLA				
AP-11: UED MONTILLA				
AP-12: UEDTO PALMA DEL RIO				
AP-13: UED PALMA DEL RIO				
AP-14: RA PALMA DEL RIO				
AP-15: UEDTO PEÑARROLLA- PUEBLONUEVO				

## **Anexo 4**

*Respuestas parte cualitativa*

### **Lista códigos-citas**

**Código-filtro: Todos**

---

UH: lidia

File: [C:\Users\SALVADOR\Desktop\lidia.hpr7]

Edited by: Super

Date/Time: 2016-06-28 13:44:38

---

**Código: autoconcepto negativo {18-0}**

**P60: informante60.txt - 60:1 [Que la persona se sienta inúti..] (2:2) (Super)**

Códigos: [autoconcepto negativo - Familia: aspectos emocionales relacionados con el cliente]

No memos

Que la persona se sienta inútil u que no sirva para nada

**P67: informante67.txt - 67:1 [estas limitando sus acciones, ..] (2:2) (Super)**

Códigos: [autoconcepto negativo - Familia: aspectos emocionales relacionados con el cliente] [falta de autorealización - Familias (2): aspectos emocionales relacionados con el cliente, justicia]

No memos

estas limitando sus acciones, a poderse desempeñar independientemente y a aumentar su autoestima

**P72: informante72.txt - 72:1 [falta de seguridad, poca confi..] (2:2) (Super)**

Códigos: [autoconcepto negativo - Familia: aspectos emocionales relacionados con el cliente] [desmotivación - Familia: aspectos emocionales relacionados con el cliente]

No memos

falta de seguridad, poca confianza, no se sienten válidos

**P80: informante80.txt - 80:1 [al frustrarse la persona se le ..] (2:2) (Super)**

Códigos: [autoconcepto negativo - Familia: aspectos emocionales relacionados con el cliente]

No memos

al frustrarse la persona se le aparta pues ya no se la ve util o se la ve como un desgraciado

**P88: informante88.txt - 88:3 [falta de autoestima] (3:3) (Super)**

Códigos: [autoconcepto negativo - Familia: aspectos emocionales relacionados con el cliente]

No memos

falta de autoestima

**P91: informante91.txt - 91:1 [estrés emocional, depresión, b..] (1:1) (Super)**

Códigos: [autoconcepto negativo - Familia: aspectos emocionales relacionados con el cliente]

No memos

estrés emocional, depresión, baja autoestima

**P93: informante93.txt - 93:1 [se puede sentir frustrados] (1:1) (Super)**

Códigos: [autoconcepto negativo - Familia: aspectos emocionales relacionados con el cliente]

No memos

se puede sentir frustrados

**P96: informante96.txt - 96:3 [baja autoestima, depresión] (1:1) (Super)**

Códigos: [autoconcepto negativo - Familia: aspectos emocionales relacionados con el cliente]

No memos

baja autoestima, depresión

**P97: informante97.txt - 97:1 [los usuarios se sienten frustr..] (1:1) (Super)**

Códigos: [autoconcepto negativo - Familia: aspectos emocionales relacionados con el cliente]

No memos

los usuarios se sienten frustrados nfluendo esto directamente en su ánimo

**P97: informante97.txt - 97:4 [los usuarios vienen a expresar..] (3:3) (Super)**

Códigos: [autoconcepto negativo - Familia: aspectos emocionales relacionados con el cliente] [desmotivación - Familia: aspectos emocionales relacionados con el cliente]

No memos

los usuarios vienen a expresarme sus frustraciones al respecto

**P101: informante101.txt - 101:1 [se les quita su autoestima, su..] (1:1) (Super)**

Códigos: [autoconcepto negativo - Familia: aspectos emocionales relacionados con el cliente] [falta de autorealización - Familias (2): aspectos emocionales relacionados con el cliente, justicia]

No memos

se les quita su autoestima, su independencia, y sus valores

**P105: informante105.txt - 105:2 [frustración] (1:1) (Super)**

Códigos: [autoconcepto negativo - Familia: aspectos emocionales relacionados con el cliente]

No memos

frustración

**P107: informante107.txt - 107:3 [influye en el comportamiento d..] (3:3) (Super)**

Códigos: [autoconcepto negativo - Familia: aspectos emocionales relacionados con el cliente]

No memos

influye en el comportamiento del usuario y en su estado de bienestar

**P108: informante108.txt - 108:2 [frustración y bajada de autoes..] (1:1) (Super)**

Códigos: [autoconcepto negativo - Familia: aspectos emocionales relacionados con el cliente]

No memos

frustración y bajada de autoestima

**P109: informante109.txt - 109:1 [se presentan signos de desconf..] (1:1) (Super)**

Códigos: [autoconcepto negativo - Familia: aspectos emocionales relacionados con el cliente]

No memos

se presentan signos de desconfianza, fomentando así que su autoestima disminuya con todo lo que conlleva: fomento de la dependencia y la no autonomía

**P110: informante110.txt - 110:1 [se muestran con un nivel de au..] (1:1) (Super)**

Códigos: [autoconcepto negativo - Familia: aspectos emocionales relacionados con el cliente]

No memos

se muestran con un nivel de autoestima más bajo, un estado anímico bajo

**P117: informante117.txt - 117:1 [marginación y falta de valorac..] (1:1) (Super)**

Códigos: [autoconcepto negativo - Familia: aspectos emocionales relacionados con el cliente] [exclusión social - Familia: contexto]

No memos

marginación y falta de valoración personal

**P118: informante118.txt - 118:2 [pérdida de bienestar emocional..] (1:1) (Super)**

Códigos: [autoconcepto negativo - Familia: aspectos emocionales relacionados con el cliente] [desmotivación - Familia: aspectos emocionales relacionados con el cliente]

No memos

pérdida de bienestar emocional

---

**Código: autodeterminación {1-0}**

**P53: informante53.txt - 53:3 [En mi entorno, se tiene muy va..] (3:3) (Super)**

Códigos: [autodeterminación - Familia: aspectos emocionales relacionados con el

cliente] [justicia ocupacional - Familia: justicia]

No memos

En mi entorno, se tiene muy valorada la autodeterminación, así que no he experimentado tales sentimientos

---

**Código: búsqueda del cambio social {12-0}**

**P 8: informante8.txt - 8:2 [Intento reivindicar y buscar s..] (3:3) (Super)**

Códigos: [búsqueda del cambio social - Familia: contexto]

No memos

Intento reivindicar y buscar soluciones

**P12: informante12.txt - 12:3 [ya que luchamos por lo mismo] (4:4) (Super)**

Códigos: [búsqueda del cambio social - Familia: contexto] [interdependencia - Familia: relación terapéutica]

No memos

ya que luchamos por lo mismo

**P14: informante14.txt - 14:4 [Tratar de llevar a cabo o dise..] (4:4) (Super)**

Códigos: [búsqueda del cambio social - Familia: contexto]

No memos

Tratar de llevar a cabo o diseñar acciones positivas para acelerar o lograr la igualdad de hecho de las personas con discapacidad intelectual, es una parte fundamental de mi trabajo

**P19: informante19.txt - 19:2 [La justicia se experimenta de ..] (4:4) (Super)**

Códigos: [busqueda del cambio social - Familia: contexto]

No memos

La justicia se experimenta de manera positiva, sin resaltar como algo que forma parte de la normalidad. La injusticia se combate.

**P23: informante23.txt - 23:3 [intentando que la persona pued..] (3:3) (Super)**

Códigos: [busqueda del cambio social - Familia: contexto]

No memos

intentando que la persona puede ejercer sus derechos

**P27: informante27.txt - 27:2 [Con desagrado e intentando que..] (3:3) (Super)**

Códigos: [busqueda del cambio social - Familia: contexto]

No memos

Con desagrado e intentando que la situación cambie para estas personas.

**P28: informante28.txt - 28:1 [Me rebelo e intento que esto n..] (3:3) (Super)**

Códigos: [busqueda del cambio social - Familia: contexto]

No memos

Me rebelo e intento que esto no suceda

**P51: informante51.txt - 51:2 [Trabajo día a día para que las..] (3:3) (Super)**

Códigos: [busqueda del cambio social - Familia: contexto] [no reconocimiento de ciudadanía - Familia: contexto]

No memos

Trabajo día a día para que las personas con discapacidad se desarrollen como ciudadanos de

pleno derecho a través de procesos de transformación social.

**P78: informante78.txt - 78:1 [me sentiria mal y trataria de ..] (4:4) (Super)**

Códigos: [busqueda del cambio social - Familia: contexto]

No memos

me sentiria mal y trataria de solucionarlo si estuviera a mi alcance

**P92: informante92.txt - 92:2 [intentando que la primera sens..] (3:3) (Super)**

Códigos: [busqueda del cambio social - Familia: contexto]

No memos

intentando que la primera sensación de frustración me motive para solventar y/o ayudar al usuario. la justicia siempre la experimento con alegría

**P94: informante94.txt - 94:1 [de forma seria, intentando sie..] (3:3) (Super)**

Códigos: [busqueda del cambio social - Familia: contexto]

No memos

de forma seria, intentando siempre fomentarla o denunciarla

**P103: informante103.txt - 103:4 [observo que hay entidades y af..] (3:3) (Super)**

Códigos: [busqueda del cambio social - Familia: contexto]

No memos

observo que hay entidades y afectados que luchan diariamente por cambiar esta situación y mejorarla y

**Código: desconocimiento social {2-0}**

**P30: informante30.txt - 30:2 [La injusticia que se vive diar..] (3:3) (Super)**

Códigos: [desconocimiento social - Familia: contexto] [estigma - Familia: contexto]

No memos

La injusticia que se vive diariamente es por el desconocimiento de la sociedad , sobre las capacidades de las personas con discapacidad.

**P100: informante100.txt - 100:2 [desconocimiento sobre discapac..] (3:3) (Super)**

Códigos: [desconocimiento social - Familia: contexto] [negación de recursos - Familia: contexto]

No memos

desconocimiento sobre discapacidad y opciones de inclusión

---

**Código: desequilibrio ocupacional {1-0}**

**P74: informante74.txt - 74:5 [desequilibrio ocupacional] (2:2) (Super)**

Códigos: [desequilibrio ocupacional - Familias (2): justicia, relación terapéutica]

No memos

desequilibrio ocupacional

---

**Código: desigualdad {6-0}**

**P61: informante61.txt - 61:2 [mundo tan desigual] (2:2) (Super)**

Códigos: [desigualdad - Familia: contexto]

No memos

mundo tan desigual

**P61: informante61.txt - 61:4 [tanta desigualdad] (4:4) (Super)**

Códigos: [desigualdad - Familia: contexto]

No memos

tanta desigualdad

**P69: informante69.txt - 69:1 [desigualdad] (2:2) (Super)**

Códigos: [desigualdad - Familia: contexto]

No memos

desigualdad

**P88: informante88.txt - 88:1 [desigualdad social] (1:1) (Super)**

Códigos: [desigualdad - Familia: contexto]

No memos

desigualdad social

**P104: informante104.txt - 104:1 [no vemos igualdad] (1:1) (Super)**

Códigos: [desigualdad - Familia: contexto]

No memos

no vemos igualdad

**P111: informante111.txt - 111:1 [en el trato diferencial hay ma..] (1:1) (Super)**

Códigos: [desigualdad - Familia: contexto] [exclusión social - Familia: contexto]

No memos

en el trato diferencial hay marginación de estas personas

---

**Código: desmotivación {10-0}**

**P 2: informante2.txt - 2:3 [Emocionalmente y animicamente ..] (1:1) (Super)**

Códigos: [desmotivación - Familia: aspectos emocionales relacionados con el cliente]

No memos

Emocionalmente y animicamente se vienen abajo

**P 3: informante3.txt - 3:2 [Infrautovaloración y estima pr..] (2:2) (Super)**

Códigos: [desmotivación - Familia: aspectos emocionales relacionados con el cliente]

No memos

Infrautovaloración y estima propia

**P11: informante11.txt - 11:1 [descontentos] (2:2) (Super)**

Códigos: [desmotivación - Familia: aspectos emocionales relacionados con el cliente]

No memos

descontentos

**P36: informante36.txt - 36:2 [relaciono directamente con con..] (3:3) (Super)**

Códigos: [desmotivación - Familia: aspectos emocionales relacionados con el cliente]

No memos

relaciono directamente con consecuencias como problemas de conducta, falta de interés, etc.

**P59: informante59.txt - 59:1 [Desmotivacion] (2:2) (Super)**

Códigos: [desmotivación - Familia: aspectos emocionales relacionados con el cliente]

No memos

Desmotivacion

**P72: informante72.txt - 72:1 [falta de seguridad, poca confi..] (2:2) (Super)**

Códigos: [autoconcepto negativo - Familia: aspectos emocionales relacionados con el cliente] [desmotivación - Familia: aspectos emocionales relacionados con el cliente]

No memos

falta de seguridad, poca confianza, no se sienten válidos

**P94: informante94.txt - 94:4 [la apatia] (1:1) (Super)**

Códigos: [desmotivación - Familia: aspectos emocionales relacionados con el cliente]

No memos

la apatia

**P97: informante97.txt - 97:4 [los usuarios vienen a expresar..] (3:3) (Super)**

Códigos: [autoconcepto negativo - Familia: aspectos emocionales relacionados con el cliente] [desmotivación - Familia: aspectos emocionales relacionados con el cliente]

No memos

los usuarios vienen a expresarme sus frustraciones al respecto

**P110: informante110.txt - 110:2 [mas aislados] (1:1) (Super)**

Códigos: [desmotivación - Familia: aspectos emocionales relacionados con el cliente]

No memos

mas aislados

**P118: informante118.txt - 118:2 [pérdida de bienestar emocional..] (1:1) (Super)**

Códigos: [autoconcepto negativo - Familia: aspectos emocionales relacionados con el cliente] [desmotivación - Familia: aspectos emocionales relacionados con el cliente]

No memos

pérdida de bienestar emocional

---

**Código: empoderamiento {3-0}**

**P 1: informante1.txt - 1:4 [empoderamiento de mi cliente] (6:6) (Super)**

Códigos: [empoderamiento - Familias (2): justicia, relación terapéutica]

No memos

empoderamiento de mi cliente

**P45: informante45.txt - 45:2 [SE DEBE TENER SIEMPRE EN CONSL.] (3:3)**

**(Super)**

Códigos: [empoderamiento - Familias (2): justicia, relación terapéutica] [participación en su tratamiento - Familia: relación terapéutica]

No memos

SE DEBE TENER SIEMPRE EN CONSIDERACIÓN SUS DESEOS

**P49: informante49.txt - 49:2 [de disfrutar siendo útiles, de..] (1:1) (Super)**

Códigos: [empoderamiento - Familias (2): justicia, relación terapéutica]

No memos

de disfrutar siendo útiles, de la satisfacción de ver recompensado su trabajo ganando un poco de dinero ( aunque sea un salario estímulo), de estar motivadas cada día para ir al centro ocupacional

---

**Código: estigma {5-0}**

**P 1: informante1.txt - 1:3 [Aparte se les hace mas dependi..] (4:4) (Super)**

Códigos: [estigma - Familia: contexto]

No memos

Aparte se les hace mas dependientes, asistiendo y dando por hecho que no pueden realizar muchas ocupaciones

**P 3: informante3.txt - 3:3 [estigmatización social] (2:2) (Super)**

Códigos: [estigma - Familia: contexto]

No memos

estigmatización social

**P30: informante30.txt - 30:2 [La injusticia que se vive diar..] (3:3) (Super)**

Códigos: [desconocimiento social - Familia: contexto] [estigma - Familia: contexto]

No memos

La injusticia que se vive diariamente es por el desconocimiento de la sociedad , sobre las capacidades de las personas con discapacidad.

**P37: informante37.txt - 37:2 [están siendo subestimadas] (1:1) (Super)**

Códigos: [estigma - Familia: contexto]

No memos

están siendo subestimadas

**P53: informante53.txt - 53:2 [El ser tratado de una persona ..] (1:1) (Super)**

Códigos: [estigma - Familia: contexto]

No memos

El ser tratado de una persona incapaz de cualquier actividad es ya de por si una gran injusticia

---

**Código: exclusión social {31-0}**

**P 2: informante2.txt - 2:2 [se sienten diferentes] (1:1) (Super)**

Códigos: [exclusión social - Familia: contexto]

No memos

se sienten diferentes

**P14: informante14.txt - 14:2 [la relación con otras personas..] (2:2) (Super)**

Códigos: [exclusión social - Familia: contexto]

No memos

la relación con otras personas

**P21: informante21.txt - 21:1 [Injusticias sociales y de igua..] (2:2) (Super)**

Códigos: [exclusión social - Familia: contexto]

No memos

Injusticias sociales y de igualdad

**P25: informante25.txt - 25:1 [EXCLUSIÓN SOCIAL, LO QUE IMPLI..] (1:1)**

**(Super)**

Códigos: [exclusión social - Familia: contexto]

No memos

EXCLUSIÓN SOCIAL, LO QUE IMPLICA AISLAMIENTO SOCIAL

**P29: informante29.txt - 29:2 [el rechazo, la indiferencia, i..] (1:1) (Super)**

Códigos: [exclusión social - Familia: contexto]

No memos

el rechazo, la indiferencia, intolerancia

**P39: informante39.txt - 39:1 [Marginación, Desigualdad, Desi..] (1:1) (Super)**

Códigos: [exclusión social - Familia: contexto]

No memos

Marginación, Desigualdad, Desintegración

**P40: informante40.txt - 40:2 [Marginación,soledad] (1:1) (Super)**

Códigos: [exclusión social - Familia: contexto]

No memos

Marginación,soledad

**P41: informante41.txt - 41:3 [Aislamiento] (1:1) (Super)**

Códigos: [exclusión social - Familia: contexto]

No memos

Aislamiento

**P46: informante46.txt - 46:2 [Son rechazo, discriminación,] (1:1) (Super)**

Códigos: [exclusión social - Familia: contexto]

No memos

Son rechazo, discriminación,

**P49: informante49.txt - 49:3 [ya que no ahy otro sitio al qu..] (1:1) (Super)**

Códigos: [exclusión social - Familia: contexto]

No memos

ya que no ahy otro sitio al que acudir a trabajar,

**P49: informante49.txt - 49:7 [así como su inclusión familiar..] (3:3) (Super)**

Códigos: [exclusión social - Familia: contexto]

No memos

así como su inclusión familiar y social.

**P55: informante55.txt - 55:1 [marginación exclusión] (2:2) (Super)**

Códigos: [exclusión social - Familia: contexto]

No memos

marginación exclusión

**P57: informante57.txt - 57:1 [El desprecio y pocos signos de..] (2:2) (Super)**

Códigos: [exclusión social - Familia: contexto] [no reconocimiento de ciudadanía - Familia: contexto]

No memos

El desprecio y pocos signos de humanidad para con las personas con discapacidad.

**P61: informante61.txt - 61:1 [la falta de oportunidades] (2:2) (Super)**

Códigos: [exclusión social - Familia: contexto]

No memos

la falta de oportunidades

**P69: informante69.txt - 69:2 [discriminación] (2:2) (Super)**

Códigos: [exclusión social - Familia: contexto]

No memos

discriminación

**P70: informante70.txt - 70:1 [marginación mucha] (2:2) (Super)**

Códigos: [exclusión social - Familia: contexto]

No memos

marginación mucha

**P74: informante74.txt - 74:2 [marginación] (2:2) (Super)**

Códigos: [exclusión social - Familia: contexto]

No memos

marginación

**P82: informante82.txt - 82:2 [exclusión, rechazo, falta de r..] (2:2) (Super)**

Códigos: [exclusión social - Familia: contexto]

No memos

exclusión, rechazo, falta de respeto, indignante hacia las personas

**P86: informante86.txt - 86:2 [aislamiento social] (2:2) (Super)**

Códigos: [exclusión social - Familia: contexto]

No memos

aislamiento social

**P94: informante94.txt - 94:3 [aislamiento] (1:1) (Super)**

Códigos: [exclusión social - Familia: contexto]

No memos

aislamiento

**P96: informante96.txt - 96:2 [aislamiento] (1:1) (Super)**

Códigos: [exclusión social - Familia: contexto]

No memos

aislamiento

**P100: informante100.txt - 100:1 [cuando una persona está siendo..] (1:1) (Super)**

Códigos: [exclusión social - Familia: contexto] [falta de autorealización - Familias (2):

aspectos emocionales relacionados con el cliente, justicia] [negación de autodeterminación - Familias (2): justicia, relación terapéutica]

No memos

cuando una persona está siendo despojada de sus actividades está siendo marginada, se está señalando como incapaz y se está vulnerando su derecho a autorrealizarse

**P102: informante102.txt - 102:1 [aislamiento social] (1:1) (Super)**

Códigos: [exclusión social - Familia: contexto]

No memos

aislamiento social

**P103: informante103.txt - 103:2 [limita su participación en la ..] (1:1) (Super)**

Códigos: [exclusión social - Familia: contexto] [falta de participación social - Familia: contexto]

No memos

limita su participación en la sociedad y su integración

**P105: informante105.txt - 105:3 [aislamiento socia] (1:1) (Super)**

Códigos: [exclusión social - Familia: contexto]

No memos

aislamiento socia

**P106: informante106.txt - 106:1 [exclusión social] (1:1) (Super)**

Códigos: [exclusión social - Familia: contexto]

No memos

exclusión social

**P111: informante111.txt - 111:1 [en el trato diferencial hay ma..] (1:1) (Super)**

Códigos: [desigualdad - Familia: contexto] [exclusión social - Familia: contexto]

No memos

en el trato diferencial hay marginación de estas personas

**P112: informante112.txt - 112:1 [exclusión social] (1:1) (Super)**

Códigos: [exclusión social - Familia: contexto]

No memos

exclusión social

**P116: informante116.txt - 116:1 [la privación de la promoción e..] (1:1) (Super)**

Códigos: [exclusión social - Familia: contexto] [falta de autorealización - Familias (2): aspectos emocionales relacionados con el cliente, justicia]

No memos

la privación de la promoción e integración del usuario, evitando el desarrollo físico, psíquico y emocional

**P117: informante117.txt - 117:1 [marginación y falta de valorac..] (1:1) (Super)**

Códigos: [autoconcepto negativo - Familia: aspectos emocionales relacionados con el cliente] [exclusión social - Familia: contexto]

No memos

marginación y falta de valoración personal

**P118: informante118.txt - 118:1 [exclusión] (1:1) (Super)**

Códigos: [exclusión social - Familia: contexto]

No memos

exclusión

---

**Código: falta de apoyo institucional {1-0}**

**P103: informante103.txt - 103:5 [observo que hay entidades y af..] (3:3) (Super)**

Códigos: [falta de apoyo institucional - Familia: contexto] [negación de recursos - Familia: contexto]

No memos

observo que hay entidades y afectados que luchan diariamente por cambiar esta situación y mejorarla y que, en muchos casos, no encuentran apoyos por parte de otras entidades implicadas

---

**Código: falta de autorealización {28-0}**

**P 3: informante3.txt - 3:4 [Ausencia de autonomía economic..] (2:2) (Super)**

Códigos: [falta de autorealización - Familias (2): aspectos emocionales relacionados con el cliente, justicia]

No memos

Ausencia de autonomía económica. Infravaloración y estima propia.

**P13: informante13.txt - 13:2 [Les retiran el derecho a desar..] (2:2) (Super)**

Códigos: [falta de autorealización - Familias (2): aspectos emocionales relacionados con el cliente, justicia] [Injusticia ocupacional - Familia: justicia]

No memos

Les retiran el derecho a desarrollarse

**P14: informante14.txt - 14:6 [desarrollo personal, la autoes..] (2:2) (Super)**

Códigos: [falta de autorealización - Familias (2): aspectos emocionales relacionados con el cliente, justicia]

No memos

desarrollo personal, la autoestima

**P17: informante17.txt - 17:1 [Se impide la realización perso..] (2:2) (Super)**

Códigos: [falta de autorealización - Familias (2): aspectos emocionales relacionados con el cliente, justicia]

No memos

Se impide la realización personal

**P25: informante25.txt - 25:2 [FOMENTÁNDOSE ASÍ DESAJUSTES EM..] (1:1) (Super)**

Códigos: [falta de autorealización - Familias (2): aspectos emocionales relacionados con el cliente, justicia]

No memos

FOMENTÁNDOSE ASÍ DESAJUSTES EMOCIONALES, DEPRESIÓN,  
FRUSTACIONES...

**P29: informante29.txt - 29:3 [anulación de la personalidad] (1:1) (Super)**

Códigos: [falta de autorealización - Familias (2): aspectos emocionales relacionados con el cliente, justicia]

No memos

anulación de la personalidad

**P41: informante41.txt - 41:4 [soledad ,ansiedad ,tristeza ,f..] (1:1) (Super)**

Códigos: [falta de autorealización - Familias (2): aspectos emocionales relacionados con el cliente, justicia]

No memos

soledad ,ansiedad ,tristeza ,frustración ,agresividad

**P44: informante44.txt - 44:1 [Se le está excluyendo de una p..] (1:1) (Super)**

Códigos: [falta de autorealización - Familias (2): aspectos emocionales relacionados con el cliente, justicia]

No memos

Se le está excluyendo de una parte importante de su desarrollo personal

**P49: informante49.txt - 49:1 [quedan privadas del derecho a ..] (1:1) (Super)**

Códigos: [falta de autorealización - Familias (2): aspectos emocionales relacionados con el cliente, justicia]

No memos

quedan privadas del derecho a desarrollarse como personas

**P49: informante49.txt - 49:6 [la falta de ocupación incide d..] (3:3) (Super)**

Códigos: [falta de autorealización - Familias (2): aspectos emocionales relacionados con el cliente, justicia]

No memos

la falta de ocupación incide directamente en la facilitación de problemas de conducta que empeoran su estabilidad emocional y su calidad de vida en general

**P58: informante58.txt - 58:1 [degradacion personal] (2:2) (Super)**

Códigos: [falta de autorealización - Familias (2): aspectos emocionales relacionados con el cliente, justicia]

No memos

degradacion personal

**P63: informante63.txt - 63:2 [las detecto en sus caras y enf..] (2:2) (Super)**

Códigos: [falta de autorealización - Familias (2): aspectos emocionales relacionados con el cliente, justicia]

No memos

las detecto en sus caras y enfados

**P66: informante66.txt - 66:3 [de manera directa porque tambi..] (4:4) (Super)**

Códigos: [falta de autorealización - Familias (2): aspectos emocionales relacionados con el cliente, justicia]

No memos

de manera directa porque también influye en el trabajador y usuario

**P67: informante67.txt - 67:1 [estas limitando sus acciones, ..] (2:2) (Super)**

Códigos: [autoconcepto negativo - Familia: aspectos emocionales relacionados con el cliente] [falta de autorealización - Familias (2): aspectos emocionales relacionados con el cliente, justicia]

No memos

estas limitando sus acciones, a poderse desempeñar independientemente y a aumentar su autoestima

**P74: informante74.txt - 74:3 [bajo mi punto de vista, cualqu..] (4:4) (Super)**

Códigos: [falta de autorealización - Familias (2): aspectos emocionales relacionados

con el cliente, justicia] [falta de participación social - Familia: contexto]

No memos

bajo mi punto de vista, cualquier persona con discapacidad que no pueda participar activamente en una comunidad por su condición estará siendo privado totalmente de poder llevar a cabo su desarrollo personal, lo cual me indigna y me resulta un retroceso total en los tiempos que corren, aunque por desgracia siga sucediendo

**P88: informante88.txt - 88:2 [no ayuda al crecimiento person..] (1:1) (Super)**

Códigos: [falta de autorealización - Familias (2): aspectos emocionales relacionados con el cliente, justicia]

No memos

no ayuda al crecimiento personal

**P92: informante92.txt - 92:1 [mas que injusticia lo que se d..] (1:1) (Super)**

Códigos: [falta de autorealización - Familias (2): aspectos emocionales relacionados con el cliente, justicia] [negación de autodeterminación - Familias (2): justicia, relación terapéutica] [paternalismo - Familias (2): justicia, relación terapéutica]

No memos

mas que injusticia lo que se detecta es una involución de la persona en general, en todos los ambitos de su vida. se convierten en objetos manipulables

**P94: informante94.txt - 94:2 [la falta de desarrollo persona..] (1:1) (Super)**

Códigos: [falta de autorealización - Familias (2): aspectos emocionales relacionados con el cliente, justicia]

No memos

la falta de desarrollo personal

**P100: informante100.txt - 100:1 [cuando una persona está siendo..] (1:1) (Super)**

Códigos: [exclusión social - Familia: contexto] [falta de autorealización - Familias (2): aspectos emocionales relacionados con el cliente, justicia] [negación de autodeterminación - Familias (2): justicia, relación terapéutica]

No memos

cuando una persona está siendo despojada de sus actividades está siendo marginada, se está señalando como incapaz y se está vulnerando su derecho a autorrealizarse

**P101: informante101.txt - 101:1 [se les quita su autoestima, su..] (1:1) (Super)**

Códigos: [autoconcepto negativo - Familia: aspectos emocionales relacionados con el cliente] [falta de autorealización - Familias (2): aspectos emocionales relacionados con el cliente, justicia]

No memos

se les quita su autoestima, su independencia, y sus valores

**P102: informante102.txt - 102:2 [no desarrollo personal] (1:1) (Super)**

Códigos: [falta de autorealización - Familias (2): aspectos emocionales relacionados con el cliente, justicia]

No memos

no desarrollo personal

**P103: informante103.txt - 103:3 [provocan dificultad para desar..] (1:1) (Super)**

Códigos: [falta de autorealización - Familias (2): aspectos emocionales relacionados con el cliente, justicia]

No memos

provocan dificultad para desarrollarse como persona, para relacionarse con otras personas

**P105: informante105.txt - 105:1 [no poder realizarse con plenit..] (1:1) (Super)**

Códigos: [falta de autorealización - Familias (2): aspectos emocionales relacionados con el cliente, justicia]

No memos

no poder realizarse con plenitud

**P107: informante107.txt - 107:1 [principalmente se impide que l..] (1:1) (Super)**

Códigos: [falta de autorealización - Familias (2): aspectos emocionales relacionados con el cliente, justicia] [paternalismo - Familias (2): justicia, relación terapéutica]

No memos

principalmente se impide que la persona pueda desarrollar su autorealización y autodeterminación

**P108: informante108.txt - 108:1 [carencias en el desarrollo per..] (1:1) (Super)**

Códigos: [falta de autorealización - Familias (2): aspectos emocionales relacionados con el cliente, justicia]

No memos

carencias en el desarrollo personal

**P111: informante111.txt - 111:2 [se les impide su desarrollo no..] (1:1) (Super)**

Códigos: [falta de autorealización - Familias (2): aspectos emocionales relacionados con el cliente, justicia] [paternalismo - Familias (2): justicia, relación terapéutica]

No memos

se les impide su desarrollo normal en las actividades de la vida diaria, con lo que estamos colaborando a disminuir su autoestima

**P113: informante113.txt - 113:2 [se les roba autonomia y capaci..] (1:1) (Super)**

Códigos: [falta de autorealización - Familias (2): aspectos emocionales relacionados con el cliente, justicia]

No memos

se les roba autonomía y capacidad de desarrollo

**P116: informante116.txt - 116:1 [la privación de la promoción e..] (1:1) (Super)**

Códigos: [exclusión social - Familia: contexto] [falta de autorealización - Familias (2): aspectos emocionales relacionados con el cliente, justicia]

No memos

la privación de la promoción e integración del usuario, evitando el desarrollo físico, psíquico y emocional

---

**Código: falta de participación social {6-0}**

**P14: informante14.txt - 14:3 [Los elementos o factores que i..] (4:4) (Super)**

Códigos: [falta de participación social - Familia: contexto] [no reconocimiento de ciudadanía - Familia: contexto]

No memos

Los elementos o factores que impiden a una persona participar o ejercer sus derechos fundamentales, los considero trabajo por realizar

**P17: informante17.txt - 17:3 [participes en la comunidad] (2:2) (Super)**

Códigos: [falta de participación social - Familia: contexto]

No memos

participes en la comunidad

**P34: informante34.txt - 34:1 [vulneración del derecho de par..] (1:1) (Super)**

Códigos: [falta de participación social - Familia: contexto]

No memos

vulneración del derecho de participación

**P74: informante74.txt - 74:3 [bajo mi punto de vista, cualqu..] (4:4) (Super)**

Códigos: [falta de autorealización - Familias (2): aspectos emocionales relacionados con el cliente, justicia] [falta de participación social - Familia: contexto]

No memos

bajo mi punto de vista, cualquier persona con discapacidad que no pueda participar activamente en una comunidad por su condición estará siendo privado totalmente de poder llevar a cabo su desarrollo personal, lo cual me indigna y me resulta un retroceso total en los tiempos que corren, aunque por desgracia siga sucediendo

**P82: informante82.txt - 82:3 [la comunidad no valore la part..] (2:2) (Super)**

Códigos: [falta de participación social - Familia: contexto]

No memos

la comunidad no valore la participación de una persona con diacapacidad

**P103: informante103.txt - 103:2 [limita su participación en la ..] (1:1) (Super)**

Códigos: [exclusión social - Familia: contexto] [falta de participación social - Familia: contexto]

No memos

limita su participación en la sociedad y su integración

---

**Código: fatiga por compasión {24-0}**

**P 2: informante2.txt - 2:1 [Con pena] (3:3) (Super)**

Códigos: [fatiga por compasión - Familia: relación terapéutica]

No memos

Con pena

**P 3: informante3.txt - 3:1 [Satisfacción cuando se da, fru..] (4:4) (Super)**

Códigos: [fatiga por compasión - Familia: relación terapéutica]

No memos

Satisfacción cuando se da, frustración cuando se carece de ella

**P 7: informante7.txt - 7:1 [Recibiendo las consecuencias d..] (3:3) (Super)**

Códigos: [fatiga por compasión - Familia: relación terapéutica]

No memos

Recibiendo las consecuencias del malestar del usuario

**P 9: informante9.txt - 9:2 [De una manera frustrante.] (3:3) (Super)**

Códigos: [fatiga por compasión - Familia: relación terapéutica]

No memos

De una manera frustrante.

**P12: informante12.txt - 12:2 [Como algo propio, algo que si ..] (4:4) (Super)**

Códigos: [fatiga por compasión - Familia: relación terapéutica]

No memos

Como algo propio, algo que si les pasa a ellos influye en nosotros

**P15: informante15.txt - 15:2 [Con sentimiento de tristeza.] (4:4) (Super)**

Códigos: [fatiga por compasión - Familia: relación terapéutica]

No memos

Con sentimiento de tristeza.

**P16: informante16.txt - 16:2 [con indignación] (4:4) (Super)**

Códigos: [fatiga por compasión - Familia: relación terapéutica]

No memos

con indignación

**P23: informante23.txt - 23:2 [Muy mal] (3:3) (Super)**

Códigos: [fatiga por compasión - Familia: relación terapéutica]

No memos

Muy mal

**P38: informante38.txt - 38:1 [Impotencia,indignacion] (3:3) (Super)**

Códigos: [fatiga por compasión - Familia: relación terapéutica]

No memos

Impotencia,indignacion

**P39: informante39.txt - 39:2 [La injustia:con tristeza y rab..] (3:3) (Super)**

Códigos: [fatiga por compasión - Familia: relación terapéutica]

No memos

La injustia:con tristeza y rabia

**P44: informante44.txt - 44:2 [no es justo con indignación] (3:3) (Super)**

Códigos: [fatiga por compasión - Familia: relación terapéutica]

No memos

no es justo con indignación

**P55: informante55.txt - 55:2 [con frustración e impotencia] (4:4) (Super)**

Códigos: [fatiga por compasión - Familia: relación terapéutica]

No memos

con frustración e impotencia

**P60: informante60.txt - 60:2 [Cuando observo algo justo me s..] (4:4) (Super)**

Códigos: [fatiga por compasión - Familia: relación terapéutica]

No memos

Cuando observo algo justo me satisface a mi y me alegro por el usuario y cuando veo injusticia me crea una gran impotencia

**P61: informante61.txt - 61:3 [indignación, tristeza] (4:4) (Super)**

Códigos: [fatiga por compasión - Familia: relación terapéutica]

No memos

indignación, tristeza

**P62: informante62.txt - 62:1 [impotencia] (2:2) (Super)**

Códigos: [fatiga por compasión - Familia: relación terapéutica]

No memos

impotencia

**P63: informante63.txt - 63:4 [lo que pasa es que cada dia un..] (6:6) (Super)**

Códigos: [fatiga por compasión - Familia: relación terapéutica]

No memos

lo que pasa es que cada dia uno quiere conocer lo menos posible de su trabajo. por lo menos en mi caso

**P66: informante66.txt - 66:2 [manera directa porque también ..] (4:4) (Super)**

Códigos: [fatiga por compasión - Familia: relación terapéutica]

No memos

manera directa porque también influye en el trabajador

**P71: informante71.txt - 71:1 [injusticias con frustración e ..] (4:4) (Super)**

Códigos: [fatiga por compasión - Familia: relación terapéutica]

No memos

injusticias con frustración e impotencia

**P81: informante81.txt - 81:1 [con desanimo] (4:4) (Super)**

Códigos: [fatiga por compasión - Familia: relación terapéutica]

No memos

con desanimo

**P82: informante82.txt - 82:4 [la injusticia lo veria con fru..] (4:4) (Super)**

Códigos: [fatiga por compasión - Familia: relación terapéutica]

No memos

la injusticia lo veria con frustración e importancia

**P102: informante102.txt - 102:3 [con frustración] (3:3) (Super)**

Códigos: [fatiga por compasión - Familia: relación terapéutica]

No memos

con frustración

**P104: informante104.txt - 104:2 [me incomoda, me produce malest..] (3:3) (Super)**

Códigos: [fatiga por compasión - Familia: relación terapéutica]

No memos

me incomoda, me produce malestar y daño

**P107: informante107.txt - 107:2 [con algo de frustración] (3:3) (Super)**

Códigos: [fatiga por compasión - Familia: relación terapéutica]

No memos

con algo de frustración

**P110: informante110.txt - 110:3 [estoy tan saturada de trabajo ..] (3:3) (Super)**

Códigos: [fatiga por compasión - Familia: relación terapéutica] [negación de recursos  
- Familia: contexto]

No memos

estoy tan saturada de trabajo que apenas tengo tiempo para dedicarles, me siento frustrada cuando les veo aburridos y tristes

---

**Código: incumplimiento legislativo {2-0}**

**P17: informante17.txt - 17:5 [pero estamos tan acostumbrados..] (4:4) (Super)**

Códigos: [incumplimiento legislativo - Familia: contexto]

No memos

pero estamos tan acostumbrados a que no se cumplan las leyes

**P96: informante96.txt - 96:1 [pero me apena ver que desean d..] (3:3) (Super)**

Códigos: [incumplimiento legislativo - Familia: contexto]

No memos

pero me apena ver que desean dar lmas de si y en ocasiones las normas no se lo permiten

---

**Código: Injusticia ocupacional {18-0}**

**P 1: informante1.txt - 1:1 [creo que se cometen injusticia..] (4:4) (Super)**

Códigos: [Injusticia ocupacional - Familia: justicia]

No memos

creo que se cometen injusticias ocupacionales, ya que al cliente se le ofrecen cosas, no se trabaja con el en pro de su elección, de la búsqueda de participación.

**P 5: informante5.txt - 5:2 [Pienso que aún queda mucho cam..] (3:3) (Super)**

Códigos: [Injusticia ocupacional - Familia: justicia]

No memos

Pienso que aún queda mucho camino por recorrer en cuanto a la independencia que los usuarios con discapacidad pueden llegar a tener desarrollando ciertas actividades

**P13: informante13.txt - 13:2 [Les retiran el derecho a desar..] (2:2) (Super)**

Códigos: [falta de autorealización - Familias (2): aspectos emocionales relacionados con el cliente, justicia] [Injusticia ocupacional - Familia: justicia]

No memos

Les retiran el derecho a desarrollarse

**P13: informante13.txt - 13:3 [Principalmente en la poca dema..] (4:4) (Super)**

Códigos: [Injusticia ocupacional - Familia: justicia]

No memos

Principalmente en la poca demanda y oportunidades que tienen para realizar una ocupación.

**P18: informante18.txt - 18:1 [Hay vulneración de derechos cu..] (2:2) (Super)**

Códigos: [Injusticia ocupacional - Familia: justicia] [negación de autodeterminación - Familias (2): justicia, relación terapéutica] [no reconocimiento de ciudadanía - Familia: contexto]

No memos

Hay vulneración de derechos cuando no se les da opción a decidir y a elegir las actividades que desean, cuando se les impide que sean personas autodeterminadas y que gestionen sus vidas.

**P25: informante25.txt - 25:3 [ACCEDEN O NO A ACTIVIDADES DE ..] (3:3)**

**(Super)**

Códigos: [Injusticia ocupacional - Familia: justicia] [negación de autodeterminación - Familias (2): justicia, relación terapéutica] [paternalismo - Familias (2): justicia, relación terapéutica]

No memos

ACCEDEN O NO A ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Y LABORAL SEGÚN DECISIONES DE LOS ADULTOS DE SU ENTORNO Y NO DE ELLOS

**P27: informante27.txt - 27:1 [Vulneración de los derechos má..] (1:1) (Super)**

Códigos: [Injusticia ocupacional - Familia: justicia]

No memos

Vulneración de los derechos más fundamentales de las personas: dignidad, integridad, ética..

**P53: informante53.txt - 53:1 [El ser tratado de una persona ..] (1:1) (Super)**

Códigos: [Injusticia ocupacional - Familia: justicia]

No memos

El ser tratado de una persona incapaz de cualquier actividad es ya de por si una gran injusticia, ya que todos en la medida de lo posible somos capaces de realizar una actividad

**P57: informante57.txt - 57:2 [A veces no veo las ocupaciones..] (4:4) (Super)**

Códigos: [Injusticia ocupacional - Familia: justicia]

No memos

A veces no veo las ocupaciones correctas

**P64: informante64.txt - 64:1 [en ocasiones quisieamos satisf..] (2:2) (Super)**

Códigos: [Injusticia ocupacional - Familia: justicia] [negación de recursos - Familia: contexto]

No memos

en ocasiones quisieamos satisfacer las actividades de todos, peros nos faltan recursos para ello

**P72: informante72.txt - 72:2 [que no dan oportunidades y sue..] (4:4) (Super)**

Códigos: [Injusticia ocupacional - Familia: justicia]

No memos

que no dan oportunidades y suele desvalorar a la persona

**P73: informante73.txt - 73:3 [si vales para el puesto de tra..] (4:4) (Super)**

Códigos: [Injusticia ocupacional - Familia: justicia]

No memos

si vales para el puesto de trabajo no importa tu discapacidad. lo importante son los resultados. la injusticia es el estado natural de las cosas

**P74: informante74.txt - 74:1 [deprivación] (2:2) (Super)**

Códigos: [Injusticia ocupacional - Familia: justicia]

No memos

deprivación

**P93: informante93.txt - 93:2 [en algunos momentos es justo s..] (3:3) (Super)**

Códigos: [Injusticia ocupacional - Familia: justicia]

No memos

en algunos momentos es justo su ocupación, pero en otros que no están ocupados se aburren

**P97: informante97.txt - 97:2 [protección casi en su totalida..] (1:1) (Super)**

Códigos: [Injusticia ocupacional - Familia: justicia] [paternalismo - Familias (2): justicia, relación terapéutica]

No memos

protección casi en su totalidad a la posibilidad de ser atendidos

**P97: informante97.txt - 97:3 [si en este contexto se les pri..] (1:1) (Super)**

Códigos: [Injusticia ocupacional - Familia: justicia]

No memos

si en este contexto se les priva de actividades el agravio sufrido se torna en obiedad

**P99: informante99.txt - 99:1 [cuando no se le dan la oportun..] (1:1) (Super)**

Códigos: [Injusticia ocupacional - Familia: justicia]

No memos

cuando no se le dan la oportunidad para la realización de sus actividades

**P100: informante100.txt - 100:3 [si como la falta de medios hac..] (3:3) (Super)**

Códigos: [Injusticia ocupacional - Familia: justicia] [negación de recursos - Familia: contexto]

No memos

si como la falta de medios hace que vivan situaciones de injusticia ocupacional

---

**Código: integración social {1-0}**

**P40: informante40.txt - 40:1 [El usuario no experimenta marg..] (3:3) (Super)**

Códigos: [integración social - Familia: contexto]

No memos

El usuario no experimenta marginación en el centro

---

**Código: interdependencia {8-0}**

**P 1: informante1.txt - 1:5 [viendo que deficit posee que i..] (6:6) (Super)**

Códigos: [interdependencia - Familia: relación terapéutica]

No memos

viendo que deficit posee que impida la participación

**P12: informante12.txt - 12:3 [ya que luchamos por lo mismo] (4:4) (Super)**

Códigos: [busqueda del cambio social - Familia: contexto] [interdependencia - Familia: relación terapéutica]

No memos

ya que luchamos por lo mismo

**P14: informante14.txt - 14:5 [analizando cuáles son realment..] (6:6) (Super)**

Códigos: [interdependencia - Familia: relación terapéutica]

No memos

analizando cuáles son realmente sus necesidades de apoyo en distintos ámbitos.

**P34: informante34.txt - 34:2 [contextualizando los aprendiza..] (3:3) (Super)**

Códigos: [interdependencia - Familia: relación terapéutica]

No memos

contextualizando los aprendizajes, buscando oportunidades de prácticas/empleos, formación, participando en la vida cotidiana

**P67: informante67.txt - 67:2 [que hay que valorar las cosas ..] (4:4) (Super)**

Códigos: [interdependencia - Familia: relación terapéutica]

No memos

que hay que valorar las cosas que puedan hacer los usuarios y animarlos para que ellos se valoren y su autoestima sea mayor

**P68: informante68.txt - 68:2 [le ayudas a aumentar su autoes..] (4:4) (Super)**

Códigos: [interdependencia - Familia: relación terapéutica]

No memos

le ayudas a aumentar su autoestima

**P98: informante98.txt - 98:2 [el personal que trabaja debe d..] (3:3) (Super)**

Códigos: [interdependencia - Familia: relación terapéutica]

No memos

el personal que trabaja debe de estar por y para el usuario

**P113: informante113.txt - 113:3 [creo que adaptación a ocupacio..] (4:4) (Super)**

Códigos: [interdependencia - Familia: relación terapéutica] [justicia ocupacional - Familia: justicia]

No memos

creo que adaptación a ocupaciones y actividades según capacidad de cada usuario

---

**Código: justicia ocupacional {9-0}**

**P 9: informante9.txt - 9:1 [Las personas discapacitadas ti..] (1:1) (Super)**

Códigos: [justicia ocupacional - Familia: justicia]

No memos

Las personas discapacitadas tiene el mismo derecho a tener ocupaciones.

**P37: informante37.txt - 37:1 [que las actividades dl usuario..] (3:3) (Super)**

Códigos: [justicia ocupacional - Familia: justicia]

No memos

que las actividades dl usuario lleven a la integración

**P52: informante52.txt - 52:1 [no he experimentado nada de in..] (3:3) (Super)**

Códigos: [justicia ocupacional - Familia: justicia]

No memos

no he experimentado nada de injusticia.

**P53: informante53.txt - 53:3 [En mi entorno, se tiene muy va..] (3:3) (Super)**

Códigos: [autodeterminación - Familia: aspectos emocionales relacionados con el cliente] [justicia ocupacional - Familia: justicia]

No memos

En mi entorno, se tiene muy valorada la autodeterminación, así que no he experimentado tales sentimientos

**P56: informante56.txt - 56:1 [En la mayoría de los casos pos..] (4:4) (Super)**

Códigos: [justicia ocupacional - Familia: justicia]

No memos

En la mayoría de los casos positiva

**P69: informante69.txt - 69:3 [no detesto injusticias en el t..] (4:4) (Super)**

Códigos: [justicia ocupacional - Familia: justicia]

No memos

no detesto injusticias en el tema ocupacional del usuario, por lo cual hay justicia

**P108: informante108.txt - 108:3 [pienso que todo ser humano tie..] (3:3) (Super)**

Códigos: [justicia ocupacional - Familia: justicia]

No memos

pienso que todo ser humano tiene derecho a desarrollarse personal e intelectualmente o a realizar cualquier actividad que produzca satisfacción emocional sea cual sea su grado de discapacidad

**P113: informante113.txt - 113:3 [creo que adaptación a ocupacio..] (4:4) (Super)**

Códigos: [interdependencia - Familia: relación terapéutica] [justicia ocupacional - Familia: justicia]

No memos

creo que adaptación a ocupaciones y actividades según capacidad de cada usuario

**P118: informante118.txt - 118:3 [en nuestro caso no veo injusti..] (3:3) (Super)**

Códigos: [justicia ocupacional - Familia: justicia]

No memos

en nuestro caso no veo injustia, al contrario, es gratificante la labor ocupacional que se hace con los usuarios

---

**Código: mas tiempo con cada persona {1-0}**

**P59: informante59.txt - 59:2 [Yo dedicaría mas tiempo a cada..] (4:4) (Super)**

Códigos: [mas tiempo con cada persona - Familia: relación terapéutica]

No memos

Yo dedicaría mas tiempo a cada usuario, para sacarle el máximo rendimiento a todo lo que ellos puedan dar

---

**Código: menos valoración ocupacional {5-0}**

**P56: informante56.txt - 56:2 [aunque algunas veces no se val..] (4:4) (Super)**

Códigos: [menos valoración ocupacional - Familia: relación terapéutica]

No memos

aunque algunas veces no se valora su trabajo

**P68: informante68.txt - 68:1 [que las haces mas dependientes..] (2:2) (Super)**

Códigos: [menos valoración ocupacional - Familia: relación terapéutica]

No memos

que las haces mas dependientes en las avdbasicas

**P76: informante76.txt - 76:1 [que pierden su autonomía y se ..] (2:2) (Super)**

Códigos: [menos valoración ocupacional - Familia: relación terapéutica]

No memos

que pierden su autonomía y se les hace cada vez mas dependientes

**P78: informante78.txt - 78:2 [menos valorados] (2:2) (Super)**

Códigos: [menos valoración ocupacional - Familia: relación terapéutica]

No memos

menos valorados

**P86: informante86.txt - 86:1 [se les hace mas dependientes d..] (4:4) (Super)**

Códigos: [menos valoración ocupacional - Familia: relación terapéutica]

No memos

se les hace mas dependientes de lo que son

---

**Código: negación de autodeterminación {12-0}**

**P 1: informante1.txt - 1:2 [la imposibilidad de vivir acor..] (2:2) (Super)**

Códigos: [negación de autodeterminación - Familias (2): justicia, relación terapéutica]  
No memos

la imposibilidad de vivir acorde a como quieren ellos, quitándoles su capacidad de elección, de participación

**P 4: informante4.txt - 4:2 [En el momento en que se le des..] (3:3) (Super)**

Códigos: [negación de autodeterminación - Familias (2): justicia, relación terapéutica]  
No memos

En el momento en que se le despoja de su opinión y su voluntad

**P18: informante18.txt - 18:1 [Hay vulneración de derechos cu..] (2:2) (Super)**

Códigos: [Injusticia ocupacional - Familia: justicia] [negación de autodeterminación - Familias (2): justicia, relación terapéutica] [no reconocimiento de ciudadanía - Familia: contexto]  
No memos

Hay vulneración de derechos cuando no se les da opción a decidir y a elegir las actividades que desean, cuando se les impide que sean personas autodeterminadas y que gestionen sus vidas.

**P24: informante24.txt - 24:2 [La falta de toma de decisiones..] (3:3) (Super)**

Códigos: [negación de autodeterminación - Familias (2): justicia, relación terapéutica]  
No memos

La falta de toma de decisiones

**P25: informante25.txt - 25:3 [ACCEDEN O NO A ACTIVIDADES DE ..] (3:3) (Super)**

Códigos: [Injusticia ocupacional - Familia: justicia] [negación de autodeterminación -

Familias (2): justicia, relación terapéutica] [paternalismo - Familias (2): justicia, relación terapéutica]

No memos

ACCEDEN O NO A ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Y LABORAL SEGÚN DECISIONES DE LOS ADULTOS DE SU ENTORNO Y NO DE ELLOS

**P41: informante41.txt - 41:1 [sentimiento sujeto pasivo] (1:1) (Super)**

Códigos: [negación de autodeterminación - Familias (2): justicia, relación terapéutica]

No memos

sentimiento sujeto pasivo

**P49: informante49.txt - 49:4 [hasta de la posibilidad de ele..] (1:1) (Super)**

Códigos: [negación de autodeterminación - Familias (2): justicia, relación terapéutica]

No memos

hasta de la posibilidad de elegir no hacerlo

**P63: informante63.txt - 63:3 [muchas injusticias con los usu..] (4:4) (Super)**

Códigos: [negación de autodeterminación - Familias (2): justicia, relación terapéutica]

No memos

muchas injusticias con los usuarios y sobre todo como manejan su vida y les quitan la libertad

**P66: informante66.txt - 66:1 [la falta de autodeterminación ..] (2:2) (Super)**

Códigos: [negación de autodeterminación - Familias (2): justicia, relación terapéutica]

No memos

la falta de autodeterminación y libertad

**P92: informante92.txt - 92:1 [mas que injusticia lo que se d..] (1:1) (Super)**

Códigos: [falta de autorealización - Familias (2): aspectos emocionales relacionados con el cliente, justicia] [negación de autodeterminación - Familias (2): justicia, relación terapéutica] [paternalismo - Familias (2): justicia, relación terapéutica]

No memos

mas que injusticia lo que se detecta es una involución de la persona en general, en todos los ambitos de su vida. se convierten en objetos manipulables

**P100: informante100.txt - 100:1 [cuando una persona está siendo..] (1:1) (Super)**

Códigos: [exclusión social - Familia: contexto] [falta de autorealización - Familias (2): aspectos emocionales relacionados con el cliente, justicia] [negación de autodeterminación - Familias (2): justicia, relación terapéutica]

No memos

cuando una persona está siendo despojada de sus actividades está siendo marginada, se está señalando como incapaz y se está vulnerando su derecho a autorrealizarse

**P112: informante112.txt - 112:2 [haces que esa persona no se si..] (1:1) (Super)**

Códigos: [negación de autodeterminación - Familias (2): justicia, relación terapéutica]

No memos

haces que esa persona no se sienta realizado

---

**Código: negación de recursos {9-0}**

**P17: informante17.txt - 17:4 [a la falta de recursos] (4:4) (Super)**

Códigos: [negación de recursos - Familia: contexto]

No memos

a la falta de recursos

**P22: informante22.txt - 22:1 [La necesidad de una atención m..] (3:3) (Super)**

Códigos: [negación de recursos - Familia: contexto]

No memos

La necesidad de una atención más individualizada

**P49: informante49.txt - 49:5 [no ahy otro sitio al que acudi..] (1:1) (Super)**

Códigos: [negación de recursos - Familia: contexto]

No memos

no ahy otro sitio al que acudir a trabajar

**P64: informante64.txt - 64:1 [en ocasiones quisieamos satisf..] (2:2) (Super)**

Códigos: [Injusticia ocupacional - Familia: justicia] [negación de recursos - Familia: contexto]

No memos

en ocasiones quisieamos satisfacer las actividades de todos, peros nos faltan recursos para ello

**P81: informante81.txt - 81:2 [ya que a veces se les anima co..] (4:4) (Super)**

Códigos: [negación de recursos - Familia: contexto]

No memos

ya que a veces se les anima con el trabajo y si se les quita se desaniman

**P100: informante100.txt - 100:2 [desconocimiento sobre discapac..] (3:3) (Super)**

Códigos: [desconocimiento social - Familia: contexto] [negación de recursos - Familia: contexto]

No memos

desconocimiento sobre discapacidad y opciones de inclusión

**P100: informante100.txt - 100:3 [si como la falta de medios hac..] (3:3) (Super)**

Códigos: [Injusticia ocupacional - Familia: justicia] [negación de recursos - Familia: contexto]

No memos

si como la falta de medios hace que vivan situaciones de injusticia ocupacional

**P103: informante103.txt - 103:5 [observo que hay entidades y af..] (3:3) (Super)**

Códigos: [falta de apoyo institucional - Familia: contexto] [negación de recursos - Familia: contexto]

No memos

observo que hay entidades y afectados que luchan diariamente por cambiar esta situación y mejorarla y que, en muchos casos, no encuentran apoyos por parte de otras entidades implicadas

**P110: informante110.txt - 110:3 [estoy tan saturada de trabajo ..] (3:3) (Super)**

Códigos: [fatiga por compasión - Familia: relación terapéutica] [negación de recursos - Familia: contexto]

No memos

estoy tan saturada de trabajo que apenas tengo tiempo para dedicarles, me siento frustrada

cuando les veo aburridos y tristes

---

**Código: no reconocimiento de ciudadanía {25-0}**

**P 5: informante5.txt - 5:3 [Se les priva de una vida a la ..] (1:1) (Super)**

Códigos: [no reconocimiento de ciudadanía - Familia: contexto]

No memos

Se les priva de una vida a la que tienen derecho a acceder como personas

**P 6: informante6.txt - 6:1 [les estamos privando de sus de..] (1:1) (Super)**

Códigos: [no reconocimiento de ciudadanía - Familia: contexto]

No memos

les estamos privando de sus derechos como ciudadanos

**P 8: informante8.txt - 8:1 [No se atienden sus derechos fu..] (1:1) (Super)**

Códigos: [no reconocimiento de ciudadanía - Familia: contexto]

No memos

No se atienden sus derechos fundamentales como ciudadano

**P12: informante12.txt - 12:1 [No se tienen en cuenta como pe..] (2:2) (Super)**

Códigos: [no reconocimiento de ciudadanía - Familia: contexto]

No memos

No se tienen en cuenta como personas de pleno derecho

**P14: informante14.txt - 14:1 [Se incurre en una falta de un ..] (2:2) (Super)**

Códigos: [no reconocimiento de ciudadanía - Familia: contexto]

No memos

Se incurre en una falta de un derecho fundamental inherente a la persona

**P14: informante14.txt - 14:3 [Los elementos o factores que i..] (4:4) (Super)**

Códigos: [falta de participación social - Familia: contexto] [no reconocimiento de ciudadanía - Familia: contexto]

No memos

Los elementos o factores que impiden a una persona participar o ejercer sus derechos fundamentales, los considero trabajo por realizar

**P15: informante15.txt - 15:1 [Se atenta contra la dignidad d..] (2:2) (Super)**

Códigos: [no reconocimiento de ciudadanía - Familia: contexto]

No memos

Se atenta contra la dignidad de las personas. Ignorando sus fortalezas y potencial humano

**P16: informante16.txt - 16:1 [vulneracion de derechos] (2:2) (Super)**

Códigos: [no reconocimiento de ciudadanía - Familia: contexto]

No memos

vulneracion de derechos

**P17: informante17.txt - 17:2 [el derecho al trabajo. Derecho..] (2:2) (Super)**

Códigos: [no reconocimiento de ciudadanía - Familia: contexto]

No memos

el derecho al trabajo. Derecho a sentirse útiles y participes en la comunidad

**P18: informante18.txt - 18:1 [Hay vulneración de derechos cu..] (2:2) (Super)**

Códigos: [Injusticia ocupacional - Familia: justicia] [negación de autodeterminación - Familias (2): justicia, relación terapéutica] [no reconocimiento de ciudadanía - Familia: contexto]

No memos

Hay vulneración de derechos cuando no se les da opción a decidir y a elegir las actividades que desean, cuando se les impide que sean personas autodeterminadas y que gestionen sus vidas.

**P19: informante19.txt - 19:1 [vulneración de derechos] (2:2) (Super)**

Códigos: [no reconocimiento de ciudadanía - Familia: contexto]

No memos

vulneración de derechos

**P20: informante20.txt - 20:1 [Se infringen sus derechos en g..] (2:2) (Super)**

Códigos: [no reconocimiento de ciudadanía - Familia: contexto]

No memos

Se infringen sus derechos en general

**P23: informante23.txt - 23:1 [No poder hacer uso de sus dere..] (1:1) (Super)**

Códigos: [no reconocimiento de ciudadanía - Familia: contexto]

No memos

No poder hacer uso de sus derechos

**P24: informante24.txt - 24:1 [La vulneración de derechos.] (1:1) (Super)**

Códigos: [no reconocimiento de ciudadanía - Familia: contexto]

No memos

La vulneración de derechos.

**P29: informante29.txt - 29:1 [La desigualdad de derechos] (1:1) (Super)**

Códigos: [no reconocimiento de ciudadanía - Familia: contexto]

No memos

La desigualdad de derechos

**P30: informante30.txt - 30:1 [privación de derechos fundamen..] (1:1) (Super)**

Códigos: [no reconocimiento de ciudadanía - Familia: contexto]

No memos

privación de derechos fundamentales...

**P31: informante31.txt - 31:1 [No pueden ejercer plenamente s..] (1:1) (Super)**

Códigos: [no reconocimiento de ciudadanía - Familia: contexto]

No memos

No pueden ejercer plenamente sus derechos y su ciudadanía

**P36: informante36.txt - 36:1 [Se atenta contra derecho funda..] (1:1) (Super)**

Códigos: [no reconocimiento de ciudadanía - Familia: contexto]

No memos

Se atenta contra derecho fundamental de la persona

**P41: informante41.txt - 41:2 [ciudadano de segunda] (1:1) (Super)**

Códigos: [no reconocimiento de ciudadanía - Familia: contexto]

No memos

ciudadano de segunda

**P45: informante45.txt - 45:1 [SE VULNERAN SUS DERECHOS] (1:1) (Super)**

Códigos: [no reconocimiento de ciudadanía - Familia: contexto]

No memos

SE VULNERAN SUS DERECHOS

**P51: informante51.txt - 51:2 [Trabajo día a día para que las..] (3:3) (Super)**

Códigos: [busqueda del cambio social - Familia: contexto] [no reconocimiento de ciudadanía - Familia: contexto]

No memos

Trabajo día a día para que las personas con discapacidad se desarrollen como ciudadanos de pleno derecho a través de procesos de transformación social.

**P57: informante57.txt - 57:1 [El desprecio y pocos signos de..] (2:2) (Super)**

Códigos: [exclusión social - Familia: contexto] [no reconocimiento de ciudadanía - Familia: contexto]

No memos

El desprecio y pocos signos de humanidad para con las personas con discapacidad.

**P82: informante82.txt - 82:1 [porque la comunidad no valore ..] (2:2) (Super)**

Códigos: [no reconocimiento de ciudadanía - Familia: contexto]

No memos

porque la comunidad no valore la participación de una persona con discapacidad, cuando es una persona con los mismos derechos que cualquiera

**P103: informante103.txt - 103:1 [viola derechos fundamentales] (1:1) (Super)**

Códigos: [no reconocimiento de ciudadanía - Familia: contexto]

No memos

viola derechos fundamentales

**P113: informante113.txt - 113:1 [se atenta contra la dignidad d..] (1:1) (Super)**

Códigos: [no reconocimiento de ciudadanía - Familia: contexto]

No memos

se atenta contra la dignidad de esas personas

---

**Código: normalización de la injusticia {2-0}**

**P17: informante17.txt - 17:6 [que a veces pienso que nos vol..] (4:4) (Super)**

Códigos: [normalización de la injusticia - Familia: justicia]

No memos

que a veces pienso que nos volvemos insensibles

**P63: informante63.txt - 63:5 [pero es lo que hay] (2:2) (Super)**

Códigos: [normalización de la injusticia - Familia: justicia]

No memos

pero es lo que hay

---

**Código: participación en su tratamiento {23-0}**

**P10: informante10.txt - 10:1 [Hablando muchísimo con el.] (4:4) (Super)**

Códigos: [participación en su tratamiento - Familia: relación terapéutica]

No memos

Hablando muchísimo con el.

**P12: informante12.txt - 12:4 [preguntándole al cliente] (6:6) (Super)**

Códigos: [participación en su tratamiento - Familia: relación terapéutica]

No memos

preguntándole al cliente

**P15: informante15.txt - 15:3 [Escuchando] (6:6) (Super)**

Códigos: [participación en su tratamiento - Familia: relación terapéutica]

No memos

Escuchando

**P16: informante16.txt - 16:3 [preguntándole directamente a él.] (6:6) (Super)**

Códigos: [participación en su tratamiento - Familia: relación terapéutica]

No memos

preguntándole directamente a él

**P19: informante19.txt - 19:3 [escuchándolo.] (6:6) (Super)**

Códigos: [participación en su tratamiento - Familia: relación terapéutica]

No memos

escuchándolo.

**P23: informante23.txt - 23:4 [Trabajando en el día a día con..] (5:5) (Super)**

Códigos: [participación en su tratamiento - Familia: relación terapéutica]

No memos

Trabajando en el día a día con este

**P24: informante24.txt - 24:3 [Mediante entrevistas a la pers..] (5:5) (Super)**

Códigos: [participación en su tratamiento - Familia: relación terapéutica]

No memos

Mediante entrevistas a la persona

**P27: informante27.txt - 27:3 [Dialogando con el cliente] (5:5) (Super)**

Códigos: [participación en su tratamiento - Familia: relación terapéutica]

No memos

Dialogando con el cliente

**P34: informante34.txt - 34:3 [con las narraciones del client..] (5:5) (Super)**

Códigos: [participación en su tratamiento - Familia: relación terapéutica]

No memos

con las narraciones del cliente sobre sus experiencias en el entorno

**P44: informante44.txt - 44:3 [con entrevista con él] (5:5) (Super)**

Códigos: [participación en su tratamiento - Familia: relación terapéutica]

No memos

con entrevista con él

**P45: informante45.txt - 45:2 [SE DEBE TENER SIEMPRE EN CONSL.] (3:3)**

**(Super)**

Códigos: [empoderamiento - Familias (2): justicia, relación terapéutica] [participación en su tratamiento - Familia: relación terapéutica]

No memos

SE DEBE TENER SIEMPRE EN CONSIDERACIÓN SUS DESEOS

**P46: informante46.txt - 46:1 [ellos me puedan aportar inform..] (5:5) (Super)**

Códigos: [participación en su tratamiento - Familia: relación terapéutica]

No memos

ellos me puedan aportar información

**P51: informante51.txt - 51:1 [En la medida en que disminuyen..] (1:1) (Super)**

Códigos: [participación en su tratamiento - Familia: relación terapéutica]

No memos

En la medida en que disminuyen las actividades que hemos plamado junto a la persona con discapacidad para que tenga una vida plena, para que su calidad de vida sea óptima

**P53: informante53.txt - 53:4 [propio cliente , a través de l..] (5:5) (Super)**

Códigos: [participación en su tratamiento - Familia: relación terapéutica]

No memos

propio cliente , a través de las charlas espontáneas con los mismo. Resumidamente, pasando tiempo para transmitir confianza y compartiendo momentos con ellos

**P71: informante71.txt - 71:2 [interactuando con el] (6:6) (Super)**

Códigos: [participación en su tratamiento - Familia: relación terapéutica]

No memos

interactuando con el

**P74: informante74.txt - 74:4 [indago en las entrevistas inic..] (6:6) (Super)**

Códigos: [participación en su tratamiento - Familia: relación terapéutica]

No memos

indago en las entrevistas iniciales que les realizo

**P86: informante86.txt - 86:3 [entrevista personal previa al ..] (6:6) (Super)**

Códigos: [participación en su tratamiento - Familia: relación terapéutica]

No memos

entrevista personal previa al tratamiento

**P96: informante96.txt - 96:4 [como con el mismo usuario] (5:5) (Super)**

Códigos: [participación en su tratamiento - Familia: relación terapéutica]

No memos

como con el mismo usuario

**P98: informante98.txt - 98:1 [pienso que deberian de ser a v..] (1:1) (Super)**

Códigos: [participación en su tratamiento - Familia: relación terapéutica]

No memos

pienso que deberian de ser a veces mas escuchados

**P100: informante100.txt - 100:4 [Puedo hacerlo a través del pro..] (5:5) (Super)**

Códigos: [participación en su tratamiento - Familia: relación terapéutica]

No memos

Puedo hacerlo a través del propio cliente

**P101: informante101.txt - 101:3 [hablando con el] (5:5) (Super)**

Códigos: [participación en su tratamiento - Familia: relación terapéutica]

No memos

hablando con el

**P112: informante112.txt - 112:3 [realizando una entrevista al c..] (5:5) (Super)**

Códigos: [participación en su tratamiento - Familia: relación terapéutica]

No memos

realizando una entrevista al cliente

**P113: informante113.txt - 113:4 [hablando con el mismo] (6:6) (Super)**

Códigos: [participación en su tratamiento - Familia: relación terapéutica]

No memos

hablando con el mismo

---

**Código: pasividad en el cambio social {3-0}**

**P20: informante20.txt - 20:2 [Con esperanza de cambio] (4:4) (Super)**

Códigos: [pasividad en el cambio social - Familia: contexto]

No memos

Con esperanza de cambio

**P63: informante63.txt - 63:1 [hay muchas injusticias que a m..] (2:2) (Super)**

Códigos: [pasividad en el cambio social - Familia: contexto]

No memos

hay muchas injusticias que a mi persona cambiaria, pero es lo que hay

**P73: informante73.txt - 73:2 [el mas fuerte abusa del debil...] (2:2) (Super)**

Códigos: [pasividad en el cambio social - Familia: contexto]

No memos

el mas fuerte abusa del debil. siempre ha sido y siempre será. la justicia es un invento del ser humano que ni el mismo la cumple. hay injusticias con y sin actividad. el pez grande se come al chico

---

**Código: paternalismo {11-0}**

**P 4: informante4.txt - 4:1 [siendo las familias las que lo..] (3:3) (Super)**

Códigos: [paternalismo - Familias (2): justicia, relación terapéutica]

No memos

siendo las familias las que los obligan a sus actividades y ocupaciones diarias.

**P 5: informante5.txt - 5:1 [Tienen una sobreprotección por..] (3:3) (Super)**

Códigos: [paternalismo - Familias (2): justicia, relación terapéutica]

No memos

Tienen una sobreprotección por parte del entorno (familiar, social...) que no les beneficia nada en este aspecto.

**P13: informante13.txt - 13:1 [por lo que les obligan a vivir..] (2:2) (Super)**

Códigos: [paternalismo - Familias (2): justicia, relación terapéutica]

No memos

por lo que les obligan a vivir en la ignorancia.

**P25: informante25.txt - 25:3 [ACCEDEN O NO A ACTIVIDADES DE ..] (3:3)**

**(Super)**

Códigos: [Injusticia ocupacional - Familia: justicia] [negación de autodeterminación - Familias (2): justicia, relación terapéutica] [paternalismo - Familias (2): justicia, relación terapéutica]

No memos

ACCEDEN O NO A ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Y LABORAL SEGÚN DECISIONES DE LOS ADULTOS DE SU ENTORNO Y NO DE ELLOS

**P49: informante49.txt - 49:8 [En general, se merman sus posi..] (3:3) (Super)**

Códigos: [paternalismo - Familias (2): justicia, relación terapéutica]

No memos

En general, se merman sus posibilidades de experimentar, aprender, frustrarse y vivir una vida más parecida a la de las demás personas.

**P88: informante88.txt - 88:4 [falta de responsabilidades] (3:3) (Super)**

Códigos: [paternalismo - Familias (2): justicia, relación terapéutica]

No memos

falta de responsabilidades

**P92: informante92.txt - 92:1 [mas que injusticia lo que se d..] (1:1) (Super)**

Códigos: [falta de autorealización - Familias (2): aspectos emocionales relacionados con el cliente, justicia] [negación de autodeterminación - Familias (2): justicia, relación terapéutica] [paternalismo - Familias (2): justicia, relación terapéutica]

No memos

mas que injusticia lo que se detecta es una involución de la persona en general, en todos los ambitos de su vida. se convierten en objetos manipulables

**P97: informante97.txt - 97:2 [protección casi en su totalida..] (1:1) (Super)**

Códigos: [Injusticia ocupacional - Familia: justicia] [paternalismo - Familias (2): justicia, relación terapéutica]

No memos

protección casi en su totalidad a la posibilidad de ser atendidos

**P101: informante101.txt - 101:2 [no se le pregunta al usuario q..] (3:3) (Super)**

Códigos: [paternalismo - Familias (2): justicia, relación terapéutica]

No memos

no se le pregunta al usuario que desea o que no desea hacer en su vida o en alguna situación en particular

**P107: informante107.txt - 107:1 [principalmente se impide que l..] (1:1) (Super)**

Códigos: [falta de autorealización - Familias (2): aspectos emocionales relacionados con el cliente, justicia] [paternalismo - Familias (2): justicia, relación terapéutica]

No memos

principalmente se impide que la persona pueda desarrollar su autorealización y autodeterminación

**P111: informante111.txt - 111:2 [se les impide su desarrollo no..] (1:1) (Super)**

Códigos: [falta de autorealización - Familias (2): aspectos emocionales relacionados con el cliente, justicia] [paternalismo - Familias (2): justicia, relación terapéutica]

No memos

se les impide su desarrollo normal en las actividades de la vida diaria, con lo que estamos colaborando a disminuir su autoestima

---