



TERAPIA OCUPACIONAL EN LAS SITUACIONES DE PENURIA: REFLEXIONES A PROPÓSITO DE LA PANDEMIA DE COVID-19

OCCUPATIONAL THERAPY IN HARDSHIP SITUATIONS: REFLECTIONS ON THE COVID-19 PANDEMIC

Marta Hernando Pina¹ y Miguel Ángel Valverde Eizaguirre²

RESUMEN

El inicio de una nueva crisis socioeconómica a raíz de la pandemia de COVID-19 permite anticipar una época de cambios que incluyen el estilo de vida relacional y una recesión económica. Una posible disminución de recursos hace intuir un incremento de situaciones difíciles para personas y familias en muchas áreas vitales.

Las personas sin recursos para sobrevivir y cuidar de los suyos se sitúan al extremo de una gama de situaciones de penuria. La penuria, una adversidad en sí misma, es origen de muchos otros tipos de adversidad, y de riesgo para muchas áreas de la vida. En estas situaciones las personas manifiestan conductas que resultan extrañas y suponen un reto para los profesionales y los sistemas de ayuda. La penuria precisa una comprensión de esta condición, que cada vez tiene más atención desde una perspectiva psicosocial, para poder prestar una ayuda eficaz. Estas situaciones de penuria son de especial interés para la terapia ocupacional, como disciplina que activa los recursos centrados en el horizonte ocupacional y laboral, y también supone un reto para estos profesionales, e incluso para la misma profesión y su ubicación en los servicios. Pero el desafío alcanza al mismo modelo experto que fundamenta la actividad de los servicios sectorizados y también a todas las profesiones que ejercen su actividad en los mismos, independientemente de su área asistencial.

PALABRAS CLAVE

Terapia ocupacional, especialización, pobreza

-
- 1 Diplomada en Terapia Ocupacional (Universidad de Zaragoza, España). Terapeuta ocupacional en la Unidad de Rehabilitación de Salud Mental de Navarra (Servicio navarro de salud-OSASUNBIDEA); Pamplona (España) ORCID: 0000-0002-1094-5994. Dirección de correo electrónico: marherpi78@yahoo.esn
 - 2 Psicólogo Clínico (Universidad Autónoma de Barcelona) Trabajador Social (Universidad de Zaragoza). Jubilado. Anteriormente Psicólogo Clínico en Unidad de Hospitalización Psiquiátrica (uHP) del Complejo Hospitalario de Pamplona (Servicio navarro de salud-OSASUNBIDEA); Pamplona (España). ORCID: 0000-0002-5574-9049 Dirección de correo electrónico: valverdema@hotmail.com



ABSTRACT

The beginning of a new socioeconomic crisis due to the COVID-19 pandemic allows us to anticipate a time of change, including relational lifestyles and economic recession. A possible decrease in resources suggests an increase in difficult situations for individuals and families in many vital areas.

People without resources to survive and care for their loved ones are at the extreme end of a range of hardship situations. Hardship, an adversity in itself, is the origin of many other types of adversity, and a risk factor in many areas of life. In these situations, people display behaviors that result strange and pose a challenge for professionals and support systems. Hardship requires an understanding of this condition, which is receiving increasing attention from a psychosocial perspective, in order to provide effective help.

These situations of poverty are of special interest for occupational therapy, as a discipline that activates resources focused on the occupational and work horizon, and also means a challenge for these professionals, and even for the profession itself and its place in services. But this challenge reaches the "expert model" itself, that underpins the activity of sectorized services and also to the whole professions that carry out their activity in them, regardless of their practice area.

KEYWORDS

Occupational therapy, specialization, poverty

Recibido: 21/04/2021

Aceptado: 28/04/2022

I. INTRODUCCIÓN

La crisis sociosanitaria asociada a la pandemia COVID-19 ha traído consigo múltiples consecuencias, además de las sanitarias, con gran impacto a todos los niveles, que incluyen los relacionales, económicos, materiales y ocupacionales.

Las repercusiones negativas pueden incrementarse de forma patente en los diferentes países, dando como resultado situaciones de pobreza y penuria, con alto impacto no sólo en las personas que las padecen, sino también en sus comunidades y sociedades de referencia. Es en este punto donde cobran especial importancia las profesiones de ayuda personalizada entre las que se encuentra terapia ocupacional.

El propósito de este escrito es trazar algunas cuestiones en torno al reto que representa al terapeuta ocupacional el activarse como una profesión de ayuda centrada en la persona, aprovechando las peculiaridades de los clientes en situaciones de penuria, las cuales, con frecuencia, encuentra en sus prácticas habituales, y que probablemente aumentarán como consecuencia de la pandemia de COVID-19.

II. COVID-19, PENURIA Y PROFESIONES DE AYUDA

Debido a la pandemia del COVID-19 y la respuesta normativo-legal y social para afrontarla, los analistas económicos y los del campo psicosocial anticipan una época de grandes dificultades, aunque el resultado final en una zona geopolítica concreta no es predecible.

Puesto que la infección se extiende con rapidez y facilidad, la amenaza de contagio constituye un elemento clave para regular la actividad social entre las personas, impulsando un mayor distanciamiento físico, y consecuentemente también emocional y comunicativo, mientras se promociona el contacto virtual. Consecuentemente habrá cambios en la organización laboral y comercial y en las reuniones de gestión de las comunidades de trabajo.

El resultado final de esta política relacional emergente sobre las redes informales de apoyo muy importantes para las personas, es un enigma.

Todo esto afectará de algún modo aún incierto, a corto y medio plazo a las relaciones de ayuda, en las que los profesionales se sientan con sus clientes con necesidades y activen un plan de apoyo.

También la terapia ocupacional, como profesión de ayuda personalizada, se verá inmersa en una dinámica cambiante según los elementos señalados, y quizás otros más, y su práctica se modificará.

Además se puede intuir un futuro inmediato con perturbaciones ocupacionales extendidas en diversas capas de la población al anticipar una recesión económica y laboral, con limitaciones de empleo y medios materiales. Este pronóstico parece hoy más certero que intuir unos meses antes el crack del 2008. Aunque ambas situaciones tengan poco en común en sus causas, la intención de resolver la crisis en ciernes con métodos previos, es decir con políticas de austeridad, surge como una posibilidad inquietante (Stuckler y Basu, 2015; Wilkinson y Pickett, 2019).

La presumible emergencia de una plaga de disrupciones ocupacionales, a corto y medio plazo, es también una ocasión para reflexionar acerca del trabajo de la terapia ocupacional en las situaciones sociales de pobreza y penuria, e incluso ampliarla a los fundamentos y actitudes de la misma disciplina. Estas situaciones de penuria se manifestarán en muchos ámbitos donde trabaja el terapeuta ocupacional, como el de salud mental, la desadaptación social, la inserción socio laboral, etc Aunque penuria, pobreza, miseria o privación se encuentran dentro del mismo campo semántico y a menudo son palabras intercambiables, aquí preferimos usar penuria dándole el siguiente significado. Definimos penuria como una situación psicosocial prolongada en el tiempo en la que las personas no pueden activar los recursos para hacerse cargo de sus propias vidas y satisfacer sus necesidades de supervivencia y seguridad y las de los que están a su cargo. La limitación de los recursos puede deberse a una situación de pobreza material, a la imposibilidad de activar los recursos existentes en su entorno, a situaciones de inequidad social e inseguridad, a la imposibilidad de articular sus recursos personales, bien por déficits personales o por estar la persona inmersa en situaciones que lo imposibilitan, o por una combinación de estos factores. (Johnstone y Boyle, 2020; Mullainathan y Shafir, 2016).

III. EL MODELO EXPERTO Y TERAPIA OCUPACIONAL

Se afirma que “el objeto central de terapia ocupacional es la ocupación como determinante de salud y bienestar” (Krupa et al., 2009). Si se interpreta de forma simplista este enunciado, se podría pensar que una intervención que modifique la ocupación de forma positiva cambiará la vida, la salud y el bienestar de las personas positivamente. Al seguir ese razonamiento, se podría hacer depender de una intervención única la mejora de la vida de las personas, y entender también que la desgracia de las personas depende de una causa única, en este caso la ocupación alterada. Seguramente expresado de este modo nadie defendería un razonamiento similar, pero encontramos un equivalente en el campo de la psiquiatría y la psicología clínica, que postulan que las personas a las que se les diagnostican “trastornos mentales” (sic) tienen un déficit, biológico para unos y psicológico para los otros, y que sus dificultades se deben a tal déficit (Johnstone y Boyle, 2020). Este tipo de razonamiento da sustento al cuestionado “modelo experto” imperante en la actualidad, que fundamenta la organización de los servicios, y que es el sistema basado en la especialización profesional y asistencial creciente sobre segmentos cada vez más pequeños de la vida de las personas (Seikkula y Arnkil, 2016).

El razonamiento equivalente en el campo de terapia ocupacional podría sostener que las “alteraciones ocupacionales” (sic) son el origen de las dificultades vitales de las personas. Igualmente la terapia ocupacional podría traducir un segmento problema de la vida de las personas a un lenguaje diagnóstico objetivo: una “disfunción” ocupacional categorizada. Ante cada alteración aplicaría la medida adecuada, según unas directrices basadas en la evidencia. Esta práctica la ejecutaría el terapeuta ocupacional al ser el “experto” pertinente. El modelo experto cree que las herramientas técnicas son lo fundamental del proceso de ayuda.

Una crítica global al modelo experto precisaría un artículo extenso, pero se puede indicar que ha fracasado en el campo de la salud mental, por sus muy malos resultados (Johnstone y Boyle, 2020; Whitaker, 2016), que pierde a la persona al categorizar los problemas que presenta, diluye el contexto vital en la “alteración”, y supedita las prácticas sectorizadas de los servicios sobre las necesidades de las personas.



Puede ilustrarse de forma abreviada usando la referencia de Habermas acerca del mundo de la vida y el mundo de los sistemas. En la sociedad tardomoderna los servicios se prestan según áreas de actividad, en las que algunas profesiones son predominantes como expertos técnicos en cada área. La asistencia se encuentra sectorizada, unos servicios diferenciados de otros, mediante una organización conformada como un sistema de silos estancos. Este es el mundo de los sistemas. Pero en cambio las personas existen en el mundo de la vida, ni viven ni tienen sectorizados sus problemas, ya que el mundo de la vida es integral. Las dificultades de las personas trascienden las fronteras de los servicios sectorizados, aunque estos las entiendan y las traten como si sus dificultades estuvieran sectorizadas (Seikkula y Arnkil, 2016).

Como ejemplo, una familia, que se encuentra en apuros, puede recibir la atención de múltiples profesionales y servicios, quizás del terapeuta que trata el abuso de alcohol del padre, y la agencia de empleo, mientras que la madre podría estar atendida por el médico de cabecera ante un problema depresivo, y también por los servicios sociales por problemas familiares severos, y un hijo por el orientador escolar y la clase de apoyo, además del terapeuta del servicio de salud mental infanto-juvenil, y el hijo adolescente por otros profesionales en el hospital de día, al haber protagonizado un episodio psicótico, y por el terapeuta ocupacional del servicio, y por profesionales de protección del menor, al estar bajo seguimiento por una actividad delictiva que protagonizó. En el mejor de los casos todo ese esfuerzo encaja y ayuda, pero en la mayoría de ocasiones, incluso con cada profesional haciendo correctamente lo que indican sus guías profesionales, no se conseguirá resolver la problemática familiar y la de sus individuos, a pesar de tantos intervinientes. El sistema experto especializado no se centra sobre el mundo de la vida, sino sobre su área de competencia. Cada servicio diagnostica y prescribe, pero el mundo de la vida es global y permanece lejos de la actividad compartimentalizada, especializada y dirigida por los expertos de los distintos servicios. La pretensión de coordinar a tantos intervinientes puede ser una tarea titánica que habitualmente constata un fracaso y una imposibilidad (Seikkula y Arnkil, 2016).

El modelo experto considera que lo necesario es realizar la intervención prescrita según la profesión, la mejor práctica según las evidencias. La psicoterapia cognitivo conductual intentará cambiar los pensamientos de la persona para que se sienta mejor, el terapeuta ocupacional

activar una ocupación significativa, etc. Cada experto se orienta por sus guías de práctica para mejorar la vida de las personas.

Ilustramos esta cuestión con otro ejemplo. Un servicio crea un grupo de gestión de la ansiedad, con una serie de procedimientos validados, destinado a diversos pacientes derivados. Al inicio son evaluados mediante escalas objetivas, y cuando encajan en un cierto perfil son admitidos, e instruidos en gestionar la ansiedad. Con un trabajo gradual bien sistematizado van adquiriendo habilidades para gestionar la ansiedad. En la penúltima sesión de las dieciséis que consta, una integrante, que progresó adecuadamente, se rompe en un mar de lágrimas, y no parece capaz de aplicar lo aprendido y ensayado. Se retira a la persona y ésta explica su historia por primera vez. Llegó al grupo tras sufrir acoso laboral, que le produjo ansiedad. El médico de cabecera la remitió al grupo, y encajando en las pruebas diagnósticas fue integrada en el mismo. Días antes de esta crisis se encontró que debía de reincorporarse al trabajo obligadamente o renunciar al mismo. A esta persona le enseñaron a manejar la ansiedad, pero nadie atendió el problema de su vida diaria. El sistema experto la clasificó y trató el diagnóstico, sin atender su problema. El mensaje posterior dado fue que debía gestionar bien la ansiedad y que así recogería los frutos para encarar ese problema y otros futuros. El modelo experto no se centra en la persona, no incluye escuchar necesidades y ayudar en ellas, implementa la actividad del servicio y no se coloca en el mundo de la vida de las personas y sus problemas. Podemos apreciar que el sistema experto no es contextual, ni siquiera fue necesario que esa persona considerara que la ansiedad era su problema, bastaba que el experto lo entendiera así. En este modelo la persona es un sujeto pasivo que no tiene un saber sobre sus experiencias, y la actitud del cliente deseada es la de colaborar con las directrices proporcionadas, sean ocupacionales, psicológicas o farmacológicas. La relación del profesional con su cliente es jerárquica y técnica.

El modelo ha sido criticado en el campo del sufrimiento de las personas de forma amplia, tanto por sus malos resultados (Whitaker, 2016; Moncrieff, 2019) como por sus fundamentos teóricos y directrices (Seikkula y Arnkil, 2016; Whitaker y Cosgrove, 2015; Bentall, 2012) al entender que los problemas humanos no encajan en ese modelo asistencial (Johnstone, y Boyle, 2020; Seikkula y Arnkil, 2019).

Existen otros modelos de ayuda emergentes, centrados en la persona, incluso para los problemas humanos más severos (Johnstone y Boyle, 2020; Seikkula y Arnkil, 2019), que pueden ser útiles en terapia ocupacional, que devuelven la centralidad a la vida de las personas, sus experiencias y sus necesidades. En estos la perspectiva colaborativa es el eje, y el experto modifica su centralidad para ser el que escucha y facilita la expresión narrativa de sus necesidades y situaciones, y una visión compartida funda el plan de ayuda. Estos modelos encajan bien con los principios éticos que sustentan las prácticas de los servicios: activados para acoger al otro, en comunicación con los clientes, creando una relación de confianza y seguridad, con permanencia en la ayuda, y proporcionando una ayuda personalizada (Valverde e Inchauspe, 2017). Encuentran un equivalente en los principios éticos de la intervención dialógica (Seikkula y Arnkil, 2019). El profesional pone su experticia en ayudar en las situaciones y los objetivos de las personas, definidos por ellas mismas.

El experto crea el marco para la escucha y la creación de sentido. En estos modelos las habilidades para el contacto con el otro, el diálogo, la respuesta sensible, generar confianza, mantener la estructura en la relación de ayuda, etc., son la base para cualquier profesión de ayuda. Antes de hacer es necesario abrir un espacio relacional para la comprensión. Las profesiones, como terapia ocupacional, que se basan fundamentalmente en la actividad tienen un reto en la perspectiva colaborativa, ya que les exige supeditar el hacer a la primacía de la comunicación, ya que activar el hacer desde el principio podría perturbar la comunicación, aunque a veces del terapeuta ocupacional solo se requiera que active a las personas, no que comprenda su situación.

IV. LA PERTURBACIÓN OCUPACIONAL EN RELACIÓN A LAS SITUACIONES DE PENURIA

Lo anterior interpela a colocar la ocupación más allá de una perspectiva finalista señalando que lo importante es la vida de las personas. Aún siendo cierto que la ocupación es un área central de la vida de las personas, también es cierto que lo es de forma muy diferente, cambia según el momento vital, y no tiene la misma relevancia en cada una. Unas usan su ocupación

central para conseguir otras cosas, otras la sufren como una carga necesaria, a otras les dificulta realizarse, otras la viven con ansiedad, etc. Las ocupaciones siempre ocurren dentro de contextos que determinan la experiencia de las mismas y su significación. La vida de las personas está irremediabilmente contextualizada y la ocupación sólo desarrolla sentido en la vida diaria y en los proyectos vitales.

Las situaciones de penuria son importantes en todas las personas. La idea de que la pobreza tiene mayor impacto en las sociedades con más desigualdades tiene sentido. Expresa la tesis bien fundamentada de que no es lo mismo ser pobre en un país rico que en uno pobre, ya que la actividad ocupacional, el empleo discontinuo o precario, y el desempleo, tienen una dimensión personal, familiar y comunitaria, que afecta al estatus de la actividad ocupacional, que trasmite valor social e identidad (Wilkinson y Pickett, 2019; Johnstone y Boyle, 2020).

La penuria, y en particular la pobreza, significa tener enormes barreras para activar recursos materiales y de otro tipo para revertir las dificultades para sobrevivir y atender a quienes están a su cargo. En sí misma es una gran adversidad, pero también fuente de muchas otras adversidades. A la penuria se asocian tasas más altas de alcoholismo, comportamiento antisocial, estigma, entornos más inseguros e insalubres, problemas de vivienda, trabajo precario, de baja calidad y depreciado, peores expectativas de vida, más problemas de salud, etc. Es además un contexto de riesgo para niños y niñas, con una peor calidad de los apegos, mayor desatención y violencia intrafamiliar, abusos y maltrato, tanto en el hogar como fuera, peor integración en el medio escolar, etc. No se puede soslayar que la actividad ocupacional depende inevitablemente de factores contextuales como la situación del mercado laboral, las posibilidades educativas, los recursos materiales y culturales existentes en el entorno inmediato y en la región, etc.

Las políticas de austeridad practicadas en la crisis del 2008, y las políticas neoliberales desde la década de 1980 han promocionado la idea de que son las características individuales las que deciden la posición social y laboral. Colocar la responsabilidad de la propia situación socioeconómica en los individuos oscurece que las situaciones estructurales generan dificultades materiales. Se han invertido esfuerzos en mejorar las capacidades psicológicas de las personas en los programas



de búsqueda activa de empleo al objeto de que sean más optimistas, más asertivas, hagan correctamente su currículum, se presenten de forma apropiada a las entrevistas, etc. Los determinantes sociales del empleo se ocultan y la oferta de trabajo cada vez más precaria, de menos horas y con menor salario, parece no ser relevante. En este contexto ha surgido una nueva capa de pobreza compuesta por gente que trabaja con una remuneración insuficiente para superar su penuria (Johnstone y Boyle, 2020).

El impacto de la COVID-19 como fuente de recesión sugiere una evolución del contexto sociolaboral que agravará las situaciones precarias previas, como las de quienes trabajaban en el mercado negro o con contratos discontinuos, cuyos sueldos eran menores, de quienes tenían negocios o empresas pequeñas e incipientes, o que sus proyectos de vida estaban en riesgo, sin una base material y económica de reserva sólida, se verán más afectadas. Las situaciones familiares en conflicto, con dificultades de vivienda, recursos económicos ajustados, deudas, etc., podrán experimentar que sus dificultades se agravan.

Estas situaciones surgirán en los servicios sociales, en los de salud mental, en los de atención y formación laboral, en los de protección al menor, y en el campo judicial. Aparecerán en esos servicios como un problema sectorizado, dado que los servicios solo atienden aspectos segmentados de la vida de las personas, y que rara vez recogen sus problemas globales. Por ejemplo, aparecerán como el problema de un menor que delinque, de una familia que no tiene recursos para su alimentación, o que vaya a ser desahuciada por impago del alquiler, o en un progenitor que busca empleo.

V. LAS SITUACIONES DE PENURIA

Allí donde se presenten las dificultades de las personas, los profesionales, y entre ellos el terapeuta ocupacional, deberían ser conscientes de que eligen entre responder orientándose al mundo de la vida o tan solo desde la perspectiva del servicio en el que trabaja. No es fácil encontrar la posición profesional en el mundo de la vida desde cualquier servicio, pero conviene ser consciente de la disyuntiva entre actuar como un profesional de ayuda o como experto en un aspecto concreto que recoge un segmento vital como si estuviera

fragmentado de la vida de los clientes. Un médico puede tratar una fractura sin considerar a la persona, aunque no siempre es adecuado, ya que podría ser alguien que vive en la calle, sin alimentarse adecuadamente, o no puede permanecer inmovilizado por distintos motivos, y así requerirá la intervención de otros servicios. Los servicios que atienden el sufrimiento humano o la conducta problemática, en cambio, si desvinculan el segmento a tratar de la vida global del cliente reducen sus posibilidades de ayuda real (Seikkula y Arnkil, 2019).

En cada persona la situación de penuria es única y específica, y no es trasladable a otras personas en situaciones parecidas o con el mismo diagnóstico. Aún así la privación comparte también elementos que afectan a todas las áreas vitales, incluida la ocupacional, de forma singular en cada caso.

Resulta conocida la frustración de los profesionales al trabajar con clientes en situación de pobreza, que incluso llegan a pensar que algunos permanecen en ella por su incapacidad personal. Ilustramos estos aspectos con algunas viñetas recogidas en los servicios asistenciales españoles que muestran una desconcertante conducta de algunas personas en esa situación. Luisa, madre soltera, no tiene dinero para el alquiler de la vivienda y comprar comida. Casi al final de curso no ha solicitado la ayuda que le daría acceso gratuito al comedor escolar para su hijo. Un servicio de caridad le proporciona el dinero para pagar el alquiler, algo de comida, y 300€ más para comprar comida para la próxima quincena. Lo primero que hace Luisa es comprar tabaco y dulces por valor de 100€, antes de ir a comprar comida y butano. Gerardo, que vive con su esposa y dos hijos en primaria, quedó en paro en la crisis del 2008. Viven en estado de penuria hace más de un año. Un servicio le paga el alquiler, además le adjudican un bono de comida suficiente durante unos meses. Se ha comprometido con un trabajo que le interesa, pero deberá formarse durante 6 semanas, dos mañanas por semana, antes de empezar a trabajar y cobrar un sueldo que les permitirá salir adelante. Gerardo no acudió a la formación las veces suficientes para acceder al trabajo. Antonio y Carmen, con un hijo, tenían una prestación por desempleo y un suplemento de ayuda social, que justamente les permitía subsistir, pero tuvieron que arreglar el coche, por lo que solicitaron un crédito rápido que luego no pudieron pagar, y luego volvieron a solicitar otro. Entraron en una situación económica llena de deudas, además

de realizar gastos extraños, como comprar a plazos una gran televisión ofertada como ganga.

Las personas en situaciones de penuria y necesidad no actúan de formas que otros consideran racionales. Pueden endeudarse en préstamos con altos intereses, hacer gastos equivocados, descuidar el empleo y la formación e incluso las necesidades de los hijos y las recomendaciones y tratamientos médicos, desequilibrar las dietas saludables aunque sean más económicas y hacer más gastos innecesarios. Además manifiestan mayor discontinuidad en sus proyectos, más decisiones impulsivas y menor perspectiva de futuro. No todas activan las mismas conductas, pero habitualmente estas personas desconciertan a quienes les asisten. En esta población es más frecuente la coexistencia de otros problemas, como alcoholismo, obesidad, malos tratos y destrucción familiar, gasto en juegos de azar, etc., por lo que a menudo se atribuye el origen de sus problemas a enfermedades mentales (sic).

Al estudiarse las situaciones de penuria y privación desde una perspectiva psicosocial se consigue una comprensión distinta sobre este tipo de conductas (Mullainathan y Shafir, 2016). Conviene entender que la pobreza y la penuria es una fuente de adversidades, que suponen una gran carga social, también para los servicios (Johnstone y Boyle, 2020). La pobreza induce una dinámica conductual y cognitiva especial que exponemos ahora en sus componentes más básicos.

Quienes viven en una situación de pobreza y penuria son tan conscientes de ella que les ocupa toda su vida cognitiva. Tienen en mente que no pueden pagar el siguiente plazo o el alquiler, que no tienen dinero para comprar la comida, que el coche necesita una reparación, que tienen que decidir en qué gastan el poco dinero, etc. Significa vivir bajo un estrés constante, en el que cada decisión de atender un aspecto significa desatender otro, incluido el autobús a la consulta médica o a la formación para el nuevo trabajo, la compra de detergente y otros. A ello se añade la enorme sensación de aislamiento y vergüenza social, que obliga a esforzarse para no desvelar su situación de miseria y que, por ejemplo, se delata en la ropa que visten los niños o en la compra en el supermercado. Son muchas las cosas fundamentales pero no se puede atender a todas. Las personas viven atrapadas en una situación en la que no hay opciones pero sí gran presión.

Dentro de este tipo de situación hay menos oportunidades de desconectar, pero también mayor necesidad de hacerlo. Hay numerosos mecanismos de desconexión rápida e instantánea, incluso entre rituales, hábitos y rutinas cotidianas, como fumando un cigarro, bebiendo, comiendo dulces y/o comida basura. De ahí procede una motivación impulsiva que puede traer consecuencias indeseadas. Además hay una necesidad imperiosa de zanjar la situación estresante, por lo que métodos como pedir un préstamo rápido, con altos intereses, es una solución inmediata, mientras que las consecuencias están en el futuro. En definitiva la persona vive cognitivamente ocupada hasta la saturación debido a la penuria de forma constante y presionada hacia una solución o cambio inmediato.

Conviene tener en cuenta otro aspecto asociado: la persona no tiene espacio para una reflexión ponderada. Esto se suele expresar con metáforas como un déficit de "ancho de banda" cognitiva o de flexibilidad, o con una "visión de túnel". Bajo este tipo de visión, que ocurre también en las personas totalmente centradas en un objetivo ansiado a su alcance inmediato o en situaciones de apuro, los detalles, el contexto de los problemas, de las conductas y de las consecuencias, pierden relevancia y son menos consideradas, por lo que los errores, los descuidos, las malas decisiones son habituales, y se acumulan unas sobre otras.

La ocupación cognitiva completa y el apremio junto a la "falta de ancho de banda" están presentes en las situaciones de pobreza y penuria. Se ha comprobado que cuando las personas consiguen más banda cognitiva, por ejemplo al disminuir la presión de la pobreza, deciden y actúan de forma diferente. La misma situación de penuria y pobreza puede explicar muchas de las conductas que los profesionales de ayuda encuentran sorprendentes. Colocar la atención en aumentar el ancho de banda o reducir la visión de túnel procedente de las situaciones de penuria permite intuir una ayuda distinta a la habitual.



VI. TERAPIA OCUPACIONAL Y LAS SITUACIONES DE PENURIA

La dimensión ocupacional resulta central en las situaciones de penuria, y una ocupación con significado que permita una supervivencia suficiente se encuentra en el horizonte de solución, y en un momento u otro, a veces quizás no al principio, debe recogerse en la ayuda a estas personas. Estas situaciones se presentan en distintos servicios en los que puede trabajar el terapeuta ocupacional, frecuentemente por cuestiones distintas a la de superar la situación. No considerar la penuria debido a que se trabaja en un servicio que no se encarga de ello no parece adecuado, ya que significa soslayar algo fundamental de la vida de las personas y enredarse en el mundo de los servicios.

El terapeuta ocupacional tiene, o debe tener, herramientas que pueden ser útiles en muchos aspectos para las personas que transitan por situaciones de penuria. Algunas de estas se asocian a la planificación, a la persistencia en la motivación y en el objetivo, a la constancia conductual, a la graduación de los objetivos, a la monitorización de los logros parciales, a la recuperación de la actividad intencional tras una desviación en el objetivo, a la vocación, a la significación y el sentido de las metas, y a la anticipación de logros y consecuencias.

El terapeuta ocupacional puede encontrarse trabajando en equipos transdisciplinarios, habitualmente jerarquizados. La jerarquización de los servicios implica muchas veces la definición desde el mundo de los servicios de aquello que se considera más fundamental para las personas, y promocionan una jerarquía profesional. Habitualmente el traslado de esa disposición jerárquica del servicio se mantiene independientemente de las necesidades del caso y limitan el potencial de ayuda de cada profesional ante el cliente, pero también puede limitar el mismo análisis del caso. Se han propuesto modelos para superar esa dinámica y llevar a los profesionales hacia el mundo de la vida de los clientes. Los modelos basados en el dialogismo o en la formulación en equipo quizás sean los más relevantes y prometedores (Seikkula y Arnkil, 2019; Johnstone y Boyle, 2020).

La habilidad básica ante los clientes, que a su vez es una actitud y un valor según la ética fundamental de los servicios, es permanecer en diálogo con ellos. El

diálogo, más precisamente la conversación dialógica, es fundamental para acoger a los clientes y recoger las necesidades de las personas en su vida diaria, manifestada por ellas mismas en sus propios términos.

Para poder colocarse en una posición de diálogo es preciso que el cliente se sienta seguro ante el profesional, entendiendo que se encuentra en un entorno interpersonal de confianza. Que el cliente experimente encontrarse en una situación segura y que su seguridad importa es un requisito básico de la ayuda profesional, a tal fin se deben dirigir los primeros esfuerzos profesionales. La confianza, en cambio, se experimenta cuando lo que dice la persona se tiene en cuenta, se trata con delicadeza al cliente y lo que dice, y cuando intuye que quien ayuda va a seguir estando ahí y será tratado de ese modo en el futuro. La confianza no es fácil de conseguir pero es fácil de destruir. Una forma habitual en la que los profesionales acaban con la confianza es definiendo o juzgando al cliente. Tanto la seguridad, la confianza, la permanencia y el diálogo son el fundamento de la ayuda centrada en la persona orientada desde el mundo de la vida, aunque en el sistema experto y sus servicios se incumple de forma sistemática, clasificando a la persona y sus problemas con un lenguaje diagnóstico, cuando no juzgándola, y decidiendo la ayuda que se cree conveniente para el cliente. Por ello no es raro que los clientes sientan un nivel de maltrato y desconfíen de los servicios (Valverde e Inchauspe, 2017).

En el caso de las situaciones de penuria hay que tener en cuenta otras cuestiones adicionales. Puede haber múltiples aspectos que requieran atención, y puede que haya otros servicios implicados en el caso, por lo que tener sistemas de interacción con otros servicios que coloquen en el centro de su trabajo el mundo de las personas y sus sistemas de apoyo informal es importante, aunque infrecuente, ya que son dispositivos fuertemente sectorizados que no suelen cruzar las fronteras de sus propios servicios (Seikkula y Arnkil, 2016). No es frecuente que los servicios respeten o incluso tomen en consideración la jerarquía de las necesidades que manifiestan las personas.

Parece prioritario en la situación de penuria, elvelar por la seguridad de los clientes, una ayuda que permita retirar de sus preocupaciones a corto y medio plazo, las cuestiones asociadas a los aspectos de subsistencia fundamentales. La alimentación, vivienda, educación de los niños, asistencia médica y farmacológica, necesitan

subsannarse, mediante ayudas concretas en cada aspecto o a través de una prestación social económica. Las personas deben liberarse de este aspecto debido a que reciben una ayuda social suficiente. Esta ayuda permite liberar un ancho de banda cognitiva reduciendo la presión de la penuria. Si esta ayuda no se limita en el tiempo y permite considerar imprevistos se libera más ancho de banda cognitiva. Atender en las situaciones imprevistas es fundamental, ya que de otro modo se reanudaría o acrecentaría la situación de penuria. Para conseguir una situación de seguridad mantenida es necesario dar ayuda para organizar un plan de refluación de la economía familiar, por ejemplo al racionalizar la deuda y el modo de afrontarla. En definitiva, los aspectos de subsistencia requieren remediarse y colocarlos en una perspectiva de resolución (Mullainathan y Shafir, 2016).

Realizar un plan económico, o de otro tipo, no es lo mismo que asegurarlo y cumplirlo, por lo que estos clientes y sus familias deben tener un apoyo y asesoramiento continuado, para detectar nuevas necesidades y prevenir decisiones incorrectas, lo que significa permanecer en tiempo real y en acompañamiento en la vida de las familias (Mullainathan y Shafir, 2016), y así reorganizar los recursos propios de las familias y las personas en un modo capaz de mantenerse por sí misma.

Además de las cuestiones económicas es necesario asegurar la adecuada atención a los menores, en cuanto a alimentación, educación y otros cuidados. Habitualmente el cuidado adecuado de los menores se suele realizar mediante una supervisión externa, pero seguramente hay métodos mejores, ya que a veces esa supervisión se expresa y se vivencia como una intrusión autoritaria e indeseada. Los métodos ensayados mediante las aproximaciones dialógicas usan la ayuda y el control de formas en las que las personas se empoderan y no se pide de ellas sumisión o subordinación. La "Conferencia del Grupo Familiar", los "Diálogos Anticipatorios" o los "Diálogos Tempranos" aportan perspectivas colaborativas que no retiran el poder de las personas y sus familias sino que lo incrementan y las hacen más capaces de gestionar sus vidas de forma autónoma (Seikkula y Arnkil, 2019).

Los aspectos ocupacionales pueden incluirse en esas perspectivas colaborativas. Puede haber diversas tareas como una ayuda vocacional, de planificación a medio plazo, apoyo a la ocupación o a la formación, distribución de tareas, etc. Todo el plan necesita realizarse

en una perspectiva conjunta, que parta de donde se encuentre la persona. El mismo plan desde una perspectiva impuesta no podrá conseguir mejores resultados. También el terapeuta ocupacional debe proporcionar el contexto para el diálogo y la comprensión y la colaboración, y debe situarse al lado o detrás de las personas, no por delante suplantándolas o exigiéndolas, y en una posición de reflexión conjunta sobre la realidad diaria, y debe estar próximo a ellas en todo el proceso de despliegue ocupacional, que permita a las personas ser autónomas. Debe también mantener estructura y presencia, aceptando que el camino no será lineal, que habrá avances y pérdidas de meta y retrocesos, y su tarea profesional debe mantener la estructura para seguir hacia delante. La terapia de aceptación y compromiso aporta muchos elementos sobre la motivación basada en valores que podrían usarse (Hayes, 2020). La actitud de ayuda, en la actualidad bien examinada y expresada en sus peculiaridades relacionales, resulta fundamental para el proceso de ayuda (Potter, 2004; Cooke, 2015).

En definitiva, las actividades instrumentales más tradicionales del terapeuta ocupacional deben ponerse en línea con otras más básicas y más globales, como la habilidad para el diálogo centrado en la vida de las personas, la expresión de necesidades y su reconocimiento, la creación de un entorno seguro y de confianza, junto a la elaboración y activación de un plan conjunto, con otras de tipo motivacional y de monitorización, y siempre adaptadas a las necesidades, la situación vital y los valores de cada cliente, que es el marco donde la ocupación alcanza pleno sentido, y la terapia ocupacional se despliega como una profesión de ayuda plena.

VII. CONCLUSIONES

El impacto económico asociado a la epidemia de COVID-19 hace prever un empeoramiento de las oportunidades laborales que puede agravar las situaciones de privación en más personas y familias.

Seguramente el trabajo en situaciones de penuria se hará más frecuente en los casos que se atienden por el sistema de servicios sectorizados. La ayuda eficaz en las situaciones de penuria puede tener un efecto preventivo en el sufrimiento personal y sobre el impacto en los problemas sociales.



Es necesario tener en cuenta que las situaciones de penuria afectan también a las conductas de las personas que la sufren, y que los profesionales necesitan comprender al prestar la ayuda.

La ayuda en la penuria y la pobreza supone un reto para todos los profesionales que intervienen en esas situaciones. La ayuda que necesitan las personas y sus situaciones no se acomodan bien al sistema experto. Parece necesario promocionar la ayuda centrada en la persona, posicionada en el mundo de la vida de las personas, en base a ayudar en sus necesidades expresadas por ellas mismas.

Las herramientas técnicas de los profesionales deben ponerse a disposición de las necesidades de las personas, sin que la visión y las técnicas de los profesionales se impongan a los usuarios. El abordaje colaborativo solo se puede activar en un encuentro con el cliente, donde este perciba que su palabra y su sentir son validados. Se trata de una relación en diálogo con los clientes. El diálogo, el reconocimiento del otro, la permanencia profesional en la relación con el cliente, la seguridad y la confianza son tanto valores éticos como habilidades insoslayables en una relación de ayuda.

El impacto del COVID-19 en las relaciones con los clientes está por determinarse, pero seguramente las alterará de algún modo. Los principios éticos de la relación de ayuda deben seguir inspirando los nuevos senderos. Es imperativo considerar que la ayuda tan solo se puede dar sobre el mundo de la vida de los clientes.

Los terapeutas ocupacionales tienen un reto especial al definirse como una profesión de ayuda, apoyando la planificación, promoción, consecución y persistencia en los objetivos, considerados de forma colaborativa con los clientes. Por ello las habilidades para la conversación dialógica y la perspectiva colaborativa, junto a la coordinación con otros profesionales centrados en la vida de las personas son tan fundamentales como la misma tecnología ocupacional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bentall, R. (2012). *Medicalizar la mente: ¿Sirven de algo los tratamientos psiquiátricos?*. Herder.
- Cooke, A. (Director) (2015). *Comprender la esquizofrenia y la psicosis. ¿Por qué a veces las personas oyen voces, creen cosas que a otros les parecen extrañas, o parecen estar fuera de la realidad?*. British Psychological Society. <http://www.infocop.es/pdf/comprenderpsicosis.pdf>
- Hayes, S.C. (2020). *Una mente liberada: La guía esencial de la terapia de aceptación y compromiso*. Paidós.
- Johnstone, L. y Boyle, M. (Directoras). (2020). *El Marco de Poder, Amenaza y Significado. Hacia la identificación de patrones de sufrimiento emocional, experiencias inusuales y comportamientos problemáticos o perturbadores, como una propuesta alternativa a los diagnósticos psiquiátricos funcionales*. British Psychological Society. <https://aen.es/wp-content/uploads/2018/08/El-Marco-de-Poder-Amenaza-y-Significado-Versi%C3%B3n-extensa.pdf>
- Krupa, T., Fossey, E., Anthony, W.A., Brown, C. y Pitts, D.B. (2009). Doing Daily Life: How Occupational Therapy Can Inform Psychiatric Rehabilitation Practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(3), 155-161.
- Moncrieff, J. (2019). El pasado y el futuro de los fármacos psiquiátricos. *Mundo Atlas. Psiquiatría en Red*. <https://mundoatlas.com/?s=Moncrieff>
- Mullainathan, S. y Shafir, E. (2016). *Escasez. ¿Por qué tener muy poco significa tanto?* Fondo de Cultura Económica.
- Potter, N. N. (2004). *Mapping the Edges and the In-between: A critical analysis of Borderline Personality Disorder*. OUP Oxford.
- Seikkula, J. y Arnkil, T. E. (2016). *Diálogos terapéuticos en la red social*. Herder.
- Seikkula, J. y Arnkil, T. E. (2019). *Diálogos abiertos y anticipaciones terapéuticas: Respetando la alteridad en el momento presente*. Herder.
- Stuckler, D. y Basu, S. (2015). *Por qué la austeridad mata. El coste humano de las políticas de recorte*. Taurus.
- Valverde Eizaguirre, M. e Inchauste Aróstegui, J. A. (2017). La relación como un encuentro. El encuentro entre el usuario y los servicios de salud mental: consideraciones éticas y clínicas. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 37 (132): 529-552, doi: 10.4321/S0211-57352017000200012.
- Whitaker, R. y Cosgrove, L. (2015). *Psychiatry Under the Influence: Institutional Corruption, Social Injury, and Prescriptions for Reform*. Palgrave Macmillan.
- Whitaker, R. (2016). *Anatomía de una epidemia. Medicamentos psiquiátricos y el asombroso aumento de las enfermedades mentales*. Capitán Swing.
- Wilkinson, R. y Pickett, K. (2019). *Igualdad. Cómo las sociedades más igualitarias mejoran el bienestar colectivo*. Capitán Swing.