

EL MALESTAR DE LA INCAPACIDAD*

María Rita Martínez Antón⁽¹⁾

MARTÍNEZ ANTÓN, M.R. El malestar de la incapacidad. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.11, n.2/3, p.68-71, maio/dez., 2000.

RESUMO: A terapia ocupacional, contanto que terapia, implica a oferta de alguma resposta para a demanda de tratamento de um mal-estar. Uma demanda social de resolução de algum problema atravessa qualquer forma de tratamento, desde a delegação que autoriza sua prática (formação profissional, concessão de um título, etc.). Mas também as demandas singulares dos sujeitos que chegam a tratamento esperando uma redução do sofrimento fazem-o. A definição do mal-estar a tratar definirão ofertas e intervenções diferentes. A análise de algumas das demandas assistidas pela disciplina propõe uma deliberação desde a noção de incapacidade de um tratamento de um mal-estar oferecida por a prática da terapia ocupacional.

DESCRITORES: Terapia ocupacional/tendências. Educação profissionalizante. Terapia ocupacional/educação.

INTRODUCCIÓN

La terapia ocupacional, como *terapia*, implica a oferta de tratamiento de un malestar. Una demanda social de resolución de un problema atraviesa todo tratamiento (GARCÍA et al. *En: BASAGLIA*, 1976, p.14-7, *BASAGLIA*, 1976, p.339-40, *CASTEL, DE FREMINVILLE*, 1981, p.81-93)^{3,4}. Pero también lo hacen las demandas singulares de reducción de su padecer de los sujetos que llegan a tratamiento. Como señala NEGRO

(1997)¹², la delimitación del malestar a tratar definirá distintas ofertas e intervenciones.

¿Cuál es la demanda social a la terapia ocupacional? Para responder, necesitamos pensar las formas que toma esta demanda. Por lo general, se nos pide que: demos al paciente algo útil para hacer; que éste ocupe su tiempo en algo productivo; logremos que se interese por algo; hagamos hacer a los pacientes algo que

* Reproducción modificada del trabajo presentado en el V Congreso Argentino y V Simposio Latinoamericano de Terapia Ocupacional, La Rioja, septiembre de 1999.

⁽¹⁾ Terapeuta ocupacional de planta del Hospital de Emergencias Psiquiátricas "Torcuato de Alvear", del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Coordinadora docente de Teoría y Técnica de Terapia Ocupacional I de la Carrera de Terapia Ocupacional de la Universidad de Buenos Aires (hasta el 30/9/00).

Endereço para correspondência: Cachimayo 11 Piso 14 E. (1424). Buenos Aires, Argentina. E-mail: mrma@cvtci.com.ar

se vea; los entretengamos; logremos la mejoría de sus capacidades. Los cuatro primeros pedidos suelen aparecer en geriátricos y psiquiátricos. En ellos se exige que “ocupemos” los pacientes que están “aburridos o demandantes porque no tienen nada para hacer”, o que organicemos una muestra de sus trabajos, “así se ve lo que hacen”.

Una escucha ingenua nos haría creer que se nos demanda sostener la posibilidad de producir de los pacientes. Pero no podemos engañarnos: se demanda que sostengamos *el gesto de la producción*, no la producción en sí. Si la demanda fuese por la producción, se nos exigiría una feria para que los pacientes vendan sus productos, no una exposición para mostrar que no están “inactivos” entre las paredes de la institución. O se exigiría que ayudemos al residente en un geriátrico a transmitir su experiencia, en vez de pretender que le enseñemos algo, despreciando que es alguien que nos lleva muchos años en el arte de arreglárselas con la vida.

Cuando se nos pide recuperación de las capacidades, podemos decir que se demanda la mejoría de la posibilidad del paciente para producir. Esto suele ocurrir en el tratamiento de efectos de patologías como artritis, lesión medular, etc. O sea: en algunas patologías, se espera que el individuo recupere capacidad productiva y se exige a la terapia esa recuperación; en otras, la expectativa es que no será productivo y se exige a la terapia sostener la apariencia de producción (NICÁCIO, 1999, p.23-7)¹³.

¿Y qué demanda quien llega a una terapia ocupacional? Si llega por primera vez, por lo general, no conoce nuestro tratamiento. Suele venir por indicación de otro profesional o porque la terapia ocupacional es parte del dispositivo de tratamiento. Es difícil que nos haga algún pedido: espera que le digamos qué hacer, o llega obligado, sin idea de qué relación podemos tener con lo que le pasa. Frente a esto, podemos limitarnos a responder tan sólo a la derivación, sostener el lugar administrativo de la terapia ocupacional (MATERIA PRIMA, 1998, p.26)¹¹, sin despejar ninguna demanda singular del consultante. O podemos pensar cuál es nuestra oferta y dar lugar a la demanda de un sujeto en tratamiento (DESTUET, 1999, p.117, LLIMOS, 1997)^{5,8}.

LA OFERTA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

¿Cuál es nuestra oferta? En la adhesión al modelo médico –el período que KIELHOFNER e BURKE (1977, p.680)⁷ llaman ‘paradigma reduccionista’, la terapia ocupacional trata efectos de la enfermedad. Podemos

comprobar que, en esta perspectiva, ofreció importantes paliativos –como la “compensación” de déficits– y también la curación –por ejemplo, en procesos de rehabilitación de mano (ALEGRI, En: MATERIA PRIMA, 1999, p.18)¹⁰. A la reducción de movimiento, ofreció su ampliación; al dolor, alivio o eliminación sin el recurso a los medicamentos.

Pero la oferta de la terapia ocupacional siempre excedió r lo que anda bien. No consulta por la capacidad sino por la incapacidad.

La incapacidad puede aparecer con una enfermedad, un accidente, una desventaja social, educacional, económica. O sin ninguna de ellas. *Porque no es definida por ninguno de estos factores*. Los sujetos con paraplejía no tienen la misma incapacidad. Pueden sufrir la misma *discapacidad*, pero *no* la misma incapacidad, ya que la incapacidad está determinada por lo que ese sujeto no puede hacer con los recursos que tiene –no con los que no posee.

UNA CLÍNICA DE LA INCAPACIDAD

S., 65 años. Mujer muy corpulenta. Internada a raíz de un A.C.V. sufrido hacía dos años en un geriátrico. Hemiparesia izquierda con marcada flaccidez, escasos valores musculares en miembro superior y algo mayores en miembro inferior. Pasaba la mayor parte del día en la silla de ruedas, por indicación médica (ella prefería estar en cama). Su gran peso dificultaba su asistencia en higiene, vestido y transferencias, generando maltratos de los auxiliares. Ninguna actividad propuesta por la institución le interesaba. Podía realizar actividades manuales con adaptaciones, pero las rechazaba. No tenía problemas en el habla, pero decía poco, sólo que quería “volver a caminar”.

Fui la terapeuta de S. a pocos meses de graduada. Frente a su pedido de caminar, sugerí a la médica una derivación a terapia física. Ésta rechazó la idea: por el tiempo de evolución, entendía que no había recuperación posible. Con el entusiasmo de las primeras épocas, empecé a trabajar con S. en rudimentos de marcha, en un pasillo que reemplazaba las paralelas que no tenía la institución. Entre las protestas de auxiliares presagiando una caída, y el temor de la médica que, sin embargo, no entorpeció el intento al ver las precauciones tomadas, S. empezó a caminar. Las protestas cedieron cuando notaron el cambio de humor de S. Por primera vez la veían interesada en algo y les resultaba mucho más fácil el trato con ella. Cuando S. caminó todo el pasillo ida y vuelta, la médica aceptó la mejoría inesperada –para ella– y convocó un

terapeuta físico. Al poco tiempo, renuncié al cargo. S. empezaba a usar andador. Casi un año después supe que S. había vuelto a la silla de ruedas y al desinterés, al confirmar que sus hijos no la recibirían en su casa aunque caminara.

¿Cuál fue mi error? Creí que la incapacidad en S. era la discapacidad de movilidad física: si ésta se paliaba, se reduciría su incapacidad. Pero la incapacidad estaba en relación con la internación. Si lo hubiese escuchado, no sólo debería haber facilitado la marcha y la deambulacion, sino también trabajado con ella y su familia, para situar allí las impotencias y las imposibilidades. A S. no le interesaba la existencia en el geriátrico.

C., hombre de 45 años, albañil. Lesión medular por caída en su trabajo, con paraplejía. Derivado al geriátrico por el hospital en el que había *concluido* su rehabilitación. Podía hacer transferencias e impulsar la silla de ruedas, pero no volver a su casa en una *villa miseria*. La silla de ruedas no pasaba por las angostas calles de tierra de su barrio, mucho menos en su casilla. Su mujer lo visitaba varias veces por semana. C. se negaba a levantarse. Se oponía con agresividad, por lo que los auxiliares no insistían. C. perdía fuerza. Toda propuesta que le hice recibió la respuesta: “¿para qué?”. Para C., la incapacidad no era fundamentalmente la paraplejía. De hecho, en su rehabilitación, mientras esperaba volver a su casa, había tenido grandes logros. Su malestar predominante no era la paraplejía sino no volver a su casa, a su barrio, a su gente. Frente a esa impotencia, decidí quedarse postrado, al menos hasta que renuncié a mi cargo en esa institución.

CONCLUSIONES

Pensar la terapia ocupacional como tratamiento de

la incapacidad y a ésta como una cuestión subjetiva:

- incluye las deficiencias, las discapacidades y las desventajas que son objeto de la intervención como *parte de la situación* del sujeto;
- incluye los factores que obstruyen la participación de éste en la cotidianidad como miembro de un grupo social y cultural, en tanto *parte propia de la intervención*, no como externos al tratamiento (ALMEIDA, 1997, p.83)¹;
- implica otros motivos de consulta, además de las dificultades en el hacer provocadas por una enfermedad;
- posibilita trabajar con la demanda del sujeto y no sólo con el problema “objetivo”, definido en su ajenidad;
- implica al sujeto en la impotencia y la imposibilidad, reconoce como determinante del problema la posición de éste y su capacidad para decidir sobre su existencia como el principal e *imprescindible* capital con el que contamos en un tratamiento.

Pero, sobre todo, demarca nuestra práctica desde nuestra propia definición de los problemas que nos incumben. La definición es inevitablemente un recorte – existente en cualquier campo y *constituyente de él* – pero su enunciación nos implica, nos hace cargo de nuestra oferta. Compromiso ineludible para interrogarnos acerca de la función social de nuestra profesión (MATERIA PRIMA, 1999, p.26, SOARES, 1991, p.203-4)^{11,16} y apropiarnos de las respuestas que damos a los malestares de los consultantes, como también para reconocer a ellos su derecho a decidir por sí mismos, *comenzando por no quitarles el poder de definir su malestar*. Porque, como dijo BARTHES (1994, p.54)²: “*Robar a un hombre su lenguaje en nombre del propio lenguaje: todos los crímenes legales comienzan así*”.

ABSTRACT: The occupational therapy, as long as therapy, involves the offer of an answer to demand of malaise treatment. Social demand of problem resolution passes through any treatment form, since the delegation that authorizes their practice (professional education, certification, etc.). But also the singular subjective demands of reduction from suffering do it. The definition of what is the malaise to treat will define different offers and interventions. The analysis of some of the demands attended by the discipline proposes a discussion of a treatment of a malaise offered by occupational therapy practice from the notion of inability.

KEYWORDS: Occupational therapy/trends. Education professional. Occupational therapy/education.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA, M. C. Deficiência e cotidiano: reflexos e reflexões sobre a reabilitação. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.8, p.81-6, 1997.
2. BARTHES, R. *Mitologías*. México, Siglo Veintiuno, 1994. 257p.
3. BASAGLIA, F. *La institución negada: informe de un hospital psiquiátrico*. Buenos Aires, Barral Editores, 1976. 347 p.
4. CASTEL, R., DE FREMINVILLE, B. La psychia-trique. *Ornicar? 3* (edición castellana), p.67-99, 1981.
5. DESTUET, S. *Encuentros y marcas*. Buenos Aires, C.O.L.T.O.A., 1999. 134p.
6. GARRETA, N. et al. *Antropología cultural y arqueología. Textos básicos*. Buenos Aires, EUDEBA, 1995.
7. KIELHOFNER, G., BURKE, J. Occupational therapy after 60 years: An account of changing identity and knowledge. *Am. J. Occup. Ther.*, v.31, p.675-89, 1977.
8. LLIMOS, M. S. Ni más acá ni más allá de nuestros límites. In: 7^{as} Jornadas de Terapia Ocupacional del Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial "José T. Borda", 1997.
9. MARTINEZ ANTÓN, M. R. De imposibilidades e impotencias. In: 7^{as} Jornadas de Terapia Ocupacional del Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial "José T. Borda", 1997.
10. MATERIA PRIMA. Contrapunto. Alegri – destuet: me apasiona la terapia ocupacional. *Materia Prima*, 4, n.12, p.16-22, 1999.
11. MATERIA PRIMA. Dossier. El proceso de desinstitutionalización: una apuesta a la vida digna. *Materia Prima*, año 3, n.9, p.15-26, 1998.
12. NEGRO, L. Sobre el tratamiento psicoanalítico de las psicosis y de los episodios psicóticos. In: NEGRO et al. 1996 – Sala. Buenos Aires, 1997. [mimeo]
13. NICÁCIO, F. Proyectos de inserción en el trabajo: producción de autonomía, itinerarios de ciudadanía. *Materia Prima*, v. 3, n.11, p.23-32, 1999.
14. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías*, Ginebra.
15. ROGERS, J. Order and disorder in medicine and occupational therapy. *Am. J. Occup. Ther.*, v.36, p.29-35, 1982.
16. TEIXEIRA SOARES, L. *Terapia ocupacional: lógica do capital ou do trabalho*. São Paulo, HUCITEC, 1991. 217p.

Recebido para publicação: 21/08/2000

Aceito para publicação: 04/12/2000