

EN MEMORIA DE JUANITO

Calvo Arenillas, José Ignacio.

Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Rehabilitación. C.E.U. del Área de Fisioterapia. Universidad de Salamanca.

Hace algún tiempo, concretamente en el año 1984, entré en contacto con una realidad que ya conocía en teoría y que a veces había observado en imágenes proyectadas, no reales, como en el mito platónico de la caverna. Durante el curso 1984-85 pude apreciar como algunas personas consideradas socialmente molestas y por lo tanto apartadas de la cotidianidad de la mayoría, sobrevivían en un ambiente institucional cerrado con dificultades de todo tipo, donde las actividades básicas de la vida diaria se realizaban a golpe de decreto, respetando los tiempos preestablecidos sindicalmente y la toma de medicación. Creo que ya se habrán dado cuenta que me estoy refiriendo a una institución manicomial. Allí aparqué mis huesos durante siete largos años, no porque me ingresaran, que a lo mejor lo necesitaba, sino porque decidieron que coordinara una de las áreas de dicha institución denominada "Área de Residencia Asistida" compuesta por varias secciones que coincidían con los pabellones-dormitorios de los, llamémoslos, "residentes". Había cinco de estas secciones, dos pabellones llamados de "profundos" y "profundas" compuesta por unos 60 seres humanos jóvenes, 30 de cada sexo aproximadamente; otros dos con el nombre de "ancianos" y "ancianas" con 50 personas, 25 mujeres y 25 hombres y uno más que se decidió llamarle "área mixta", donde moraba una importante población de 90 personas de ambos sexos difícilmente encuadrable o clasificable siguiendo criterios de CI o de edad. Todo funcionaba con cronometría estajanovista, a las 8:00 levantarse; 8:10 aseo, control de esfínteres, vestido, etc.; 8:30 desayuno; 9:00 observar las musarañas y mano sobre mano o lo que fuese; 13:00 comida; 13:30 aseo y control de esfínteres; 14:00 de nuevo no hacer nada; 20:00 cena y control de esfínteres; 21:30 a dormir; y así día tras día, mes tras mes, año tras año. Como aun no estaba

descrita la FIM (Keith, Granger, Hamilton y Sherwin 1987) utilizábamos la escala y el índice de Barthel (Mahoney y Barthel 1965), o el de Katz (Katz et al 1963), o de la incapacidad de la Cruz Roja (Servicio de Geriátría del Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid 1972), para tratar de acercar esa realidad a nuestras entendederas y plantear, dentro de lo posible, terapias que tuvieran en cuenta los objetivos básicos de la rehabilitación desde el punto de vista de mi profesión: "1) uso máximo de las manos, 2) ambulación, 3) independencia en el cuidado personal, 4) comunicación y 5) apariencia de normalidad" (Deaver y Brown 1945).

Todos los residentes tenían todo tipo de deficiencias que limitaban la actividad y restringían la participación (CIF-OMS 2001), presentaban muchas alteraciones del balance articular, ya fuera por hipertonías ya por mantenimiento de posiciones viciadas; también tenían alteraciones graves del tono muscular en la forma de hipertonía tanto elástica como plástica. Las limitaciones de la actividad semejaban a unas personas con una dependencia completa donde todas las AVDB: cuidados personales, control de esfínteres, locomoción, transferencias, comunicación y conciencia del mundo exterior. Cuántas veces pensé en la necesidad de contar con un o una Terapeuta Ocupacional, no sólo para paliar la discapacidad sino como elemento curativo y como opción integradora de la marginalidad en que vivían estos seres humanos.

Hoy día desde la posición académica, se debe creer en la Terapia Ocupacional (TO) como ciencia (Gómez J 1997) dado que se basa en aspectos relacionados con las personas, ya sea desde el ámbito físico como desde el psicosocial y, además, tiene un valor de predicción, de tal forma que si utilizamos algún tipo de tratamiento podemos adelantar con bastante aproximación los cambios que aparecen en los sujetos, clientes, usuarios, pacientes, ...

Debido a estas razones, es nuestra obligación investigar, para poder atribuir a la TO aquellas acciones que tienen las personas tratadas con estas técnicas y

que antes no tenían. Para ello debemos ponernos de acuerdo en los instrumentos de medida y en la medición propiamente dicha, por ello no está de más hablar de Diagnóstico Ocupacional (Moruno P 2002).

De aquí a 10 años como mucho, todos los lugares donde vivan personas que presenten alguna dificultad física, psicológica o social, deberán ser evaluados y tratados desde el punto de vista ocupacional, de esta forma lo planteado en la primera parte del escrito pasará a formar parte de las novelas o de las películas de miedo. Los poderes públicos, las entidades privadas, todos los ciudadanos y ciudadanas de bien, comprenderán que es mucho mejor contar con personas productivas que no contar con ellas; y, que si no se destinan los recursos necesarios para dotar de AVDB y AVDI, además de tener que proporcionar subsidios para mantener a estas personas en condiciones más o menos dignas con el gasto que supone, (creo que ya comienzan a asumirlo las administraciones de los países que tienen como norma la consecución del estado de bienestar), estaremos privados de todas las aportaciones que en los niveles propios de la cultura, el trabajo, el deporte, la enseñanza, etc., pudieran hacer estas personas, es evidente que la sociedad será mucho más pobre, transmitiremos a nuestros hijos una experiencia mucho menor. Cada vez que se incorporan personas discapacitadas a cualquiera de las actividades mencionadas, disminuimos el numeroso grupo de los heteromarginados (Aranguren JL 1980) y a la vez disfrutamos de las aportaciones que realiza.

Desde el ámbito de la TO hay que investigar para acortar tiempos de intervención, mejorar los instrumentos de evaluación y diagnóstico, ampliar el estudio de los materiales de cara a las ayudas técnicas, protocolizar los tratamientos sin olvidar las peculiaridades de cada una de las personas que los necesitan, etc. Es evidente que hay que hacer mención a que este tipo de investigación no debe hacerse individualmente y sólo desde un punto de vista, pues los problemas son cada vez más complejos y por lo tanto las soluciones

también tienden a serlo. El trabajo en equipo será básico para conseguir los avances que esta sociedad postmoderna demanda.

Sin instrumentos como TOG los avances serán parciales e individuales. La comunicación es vital en nuestro mundo. Todo debe analizarse hasta que en poco tiempo existan técnicas, instrumentos, métodos,... basados en una evidencia compartida, para que ayuden de forma decisiva al ser humano en este transitar. Recordando los versos de D. Antonio Machado: "Caminante no hay camino, se hace camino al andar...", se debe hoyar la senda para avanzar, procurando no poner fronteras al saber, podríamos repetir aquella frase escrita en las paredes de la Sorbona en mayo de 1968 y recogida en "El último round" de D. Julio Cortazar: "El sueño madura las conciencias, hagamos comités de sueños".

PD: Juanito era un residente con PCI que murió a los 23 años después de pasar toda su vida en la institución mencionada. Actualmente quedan 80 personas institucionalizadas en el mencionado lugar. Hemos iniciado los contactos para establecer un convenio que posibilite la adscripción de un o una Terapeuta Ocupacional al centro y, de esta manera, puedan acceder los estudiantes. Si lo conseguimos comenzará una nueva historia.

José Ignacio Calvo Arenillas

Doctor en Medicina y Cirugía

Especialista en Rehabilitación

C.E.U. del Área de Fisioterapia

Universidad de Salamanca