

Reflexiones epistemológicas sobre discapacidad, fisioterapia y rehabilitación

Epistemological reflections on disability, physiatry and rehabilitation

Pavel Loeza Magaña*

Palabras clave:

funcionalidad,
inclusión, filosofía.

Keywords:

functionality, inclusion,
philosophy.

INTRODUCCIÓN

La rehabilitación como disciplina, se debe a la discapacidad, en una relación de tipo objetivista; el objeto determina al sujeto, ya que el objeto de estudio y razón de ser de la rehabilitación es la discapacidad misma. Sin discapacidad, no hay motivo para tener rehabilitación, por lo tanto, también el objeto caracteriza al sujeto: la característica de la discapacidad determinará el tipo de rehabilitación a desarrollar. En la esfera ontológica, la discapacidad y la rehabilitación serán los entes a los que queremos conocer. El objetivo de esta reflexión será analizar las perspectivas epistemológicas de la fisioterapia, la rehabilitación y su relación con la discapacidad.

SUPUESTOS EPISTEMOLÓGICOS

No es posible obtener todo el conocimiento acerca de algo. Nava¹ dice: «todo lo que un sujeto pueda decir sobre determinado objeto, no será la realidad del objeto, sino sólo un discurso sobre el mismo, que no forzosamente coincide con el discurso elaborado por otro sujeto». Esto aplica bien en la dimensión de la discapacidad.

Contestemos entonces, la pregunta fundacional de la filosofía: ¿Quién es el fisiatra?

El fisiatra es un médico que realiza una especialidad en medicina de rehabilitación. Su objeto de estudio es la discapacidad y los fenómenos que la rodean². El sufijo «*latros*» (el que está curando), no especifica ningún órgano objetivo. «*Fisis*» significa «naturaleza, mundo exterior»; por lo tanto, se podría interpretar como «el que cura desde lo exterior», «el que cura/cuida desde afuera». ¿Podría ser: «el médico que cuida o cura desde lo exterior»? Un término aparentemente «holístico», dado que el campo de aplicación abarca todas las edades, todas las actividades, mente y cuerpo. Nada más equivocado, ya que no se deja de tener un enfoque científico. Las competencias básicas están relacionadas a las dificultades motoras y la funcionalidad, que se ven influenciadas por aspectos «internos» como el dolor o la cognición,³ y actualmente, el campo se ha expandido a cuestiones como eointervención y manejo del dolor mismo.

A la par, el término «rehabilitación» significa «regresar la capacidad», la interacción del individuo con su ambiente.³ El Grupo *Cochrane Rehabilitation* recién definió a la Medicina Física y Rehabilitación (MFyR); según Negrini:⁴

Citar como: Loeza MP. Reflexiones epistemológicas sobre discapacidad, fisioterapia y rehabilitación. Invest Discapacidad. 2024; 10 (2): 101-104. <https://dx.doi.org/10.35366/116869>

* Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Correspondencia:

Pavel Loeza Magaña

E-mail: doctor.pavel@hotmail.com



«En un contexto de atención de la salud, la rehabilitación se define como un «proceso multimodal y colaborativo, centrado en la persona» (intervención general), incluidas las intervenciones dirigidas a la «capacidad de una persona (al abordar las estructuras corporales, las funciones y las actividades/participación) y/o los factores contextuales relacionados con el desempeño» (específico de la intervención) con el objetivo de «optimizar» el «funcionamiento» (resultado) de «personas con afecciones de salud que actualmente experimentan una discapacidad o es probable que experimenten una discapacidad o personas con discapacidad» (población)».

A medida que aumenta la comprensión de un fenómeno, las definiciones deben adaptarse; el mismo Negrini⁵ menciona que «definir rehabilitación corre el riesgo de excluir algunas intervenciones o prácticas que se consideran rehabilitación (quizás erróneamente) o son intervenciones de rehabilitación» y al ser identificados, estos errores pueden ser resarcidos con una nueva conceptualización.

Para cerrar la tercera, se puede definir a las personas con discapacidad como «aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás»;⁶ esto engloba tres dimensiones: la biológica, en cuanto a la existencia de una deficiencia; la individual, referido al funcionamiento de la persona en cuanto a las actividades; y la social, que es donde el individuo participa diariamente como humano que es.

La discapacidad puede ser vista desde un constructo social que conlleva desventaja o restricción de la actividad, causada por una organización social contemporánea, que tiene poco o nulo interés en las personas con alguna limitación en el funcionamiento dentro del contexto habitual⁷ y cito textual:

«Porque las personas se acostumbran a las escaleras en lugar de a las rampas, se tiende a pensar que las personas incapaces de usar escaleras tienen una condición de discapacitados».

La discapacidad, entonces, es un fenómeno diverso, multidimensional y complejo que presenta dificultades conceptuales y complicación para medirlo, ya que los factores contextuales influenciarán su magnitud.⁶ Esta complejidad puede ser por un estado del individuo, con una dificultad en la función en su estilo cívico y personal o por un estado de organización social que

causa la incapacidad de algunas personas; entonces la discapacidad se generaría, no por una inferioridad natural, sino por el estado de minoría social.⁷ El núcleo de la discapacidad es social y dogmático: el no poder funcionar como la sociedad determina que *debe* hacerse, aún sin probar que *necesariamente* deba hacerse así. Sin embargo, la discapacidad tiene un aspecto subjetivo también, que parte de que el individuo tiene experiencias que lo hacen sentirse así.⁷ Esto a su vez, tiene tres niveles: el cognitivo, con percepciones que la persona posee del objeto y los criterios que tiene sobre él; el afectivo, los sentimientos que una persona tiene en relación con el objeto; y el comportamental: la tendencia a reaccionar de un modo determinado.⁸

¿QUÉ CARACTERÍSTICAS CONFORMAN LA RELACIÓN ENTRE DISCAPACIDAD, FISIATRA Y REHABILITACIÓN?

Se debe comprender el funcionamiento y la discapacidad desde una perspectiva científica y esto debe ayudar a definir objetivos. El modelo más adoptado por el personal de rehabilitación es el de la clasificación internacional de funcionamiento, discapacidad y salud (CIF), que define el funcionamiento y la discapacidad como dos aspectos de la interacción de una persona con una condición de salud y el medio ambiente, desde el análisis de las estructuras y funciones corporales, las actividades y la participación, bajo el contexto de factores ambientales y personales.² Sin embargo, esta clasificación no plantea soluciones ni van implícitas en ella. Para tener una orientación, será imperativo el uso de otros calificadores como escalas específicas, el establecimiento de programas de rehabilitación por el fisiatra definidos por lo expuesto en el modelo CIF y el resto por otros profesionales.²

Entonces, ¿para qué existe la rehabilitación? si bien no podemos inferir el significado de un «todo» a partir del estudio de una parte, podemos analizar el significado de los términos a partir de sus componentes.⁵ Los intereses fundamentales de la rehabilitación van mucho más allá de la enfermedad, estructuras y funciones corporales; se centran sobre el funcionamiento, primeramente, sobre las actividades y posteriormente debe favorecerse la participación y la inclusión en la cotidianidad.⁴

Esto ha evolucionado desde un modelo «compasivo» («la rehabilitación no se le niega a nadie») a un modelo integral moderno, de visión científica, donde la rehabilitación se debe dar en un periodo de tiempo específico de la condición de salud, con un inicio y un

final del tratamiento, según los objetivos alcanzados y la inclusión mencionada. Este proceso comienza con el diagnóstico médico y continúa mientras la persona necesite intervenciones de rehabilitación e incluye cuatro etapas: evaluación, metas, intervención y reevaluación; debe aceptar a la persona individual, como proactiva, indivisible y única, así como su unidad de observación y tratamiento, sin dejar de lado las raíces biomédicas y los métodos experimentales contemporáneos.³ La conceptualización reciente integra esto en un modelo de rehabilitación centrada en la persona, donde la cooperación interdisciplinaria estará en función de la necesidad del paciente y no bajo esquemas genéricos. El fisiatra será entonces el responsable del desarrollo del programa y el encuadre en el que se debe desarrollar; las intervenciones serán desde lo educativo, metas del paciente, cuidador, familia y equipo médico.² Es importante señalar que el enfoque «científico» puede abarcar también aspectos cualitativos, tales como opinión, satisfacción, descripciones subjetivas de los logros e inclusión y no sólo variables cuantitativas de orden causa-efecto. Comprender esto permitirá al fisiatra establecer modelos de atención y referencia a las disciplinas adyacentes que involucran a la rehabilitación.

¿CUÁL ES EL ESTADO DEL ARTE ACTUAL EN CUANTO A PERSPECTIVA EPISTEMOLÓGICA?

En el concepto más actual, Negrini⁴ define una «intervención de rehabilitación» como «cualquier intervención proporcionada dentro del proceso de rehabilitación». Las «intervenciones» podrían considerarse ambiguas, ya que no tiene por objetivo un aparato o sistema, a diferencia de las demás especialidades.⁹ Entonces, intervención en rehabilitación es un término vasto, que puede enfocarse desde las competencias y formación del fisiatra, hasta la coordinación de equipos con distintas habilidades específicas y, dado que la «discapacidad» es un término genérico que abarca interacciones, las intervenciones pueden constar desde acciones directas (medicamentos, procedimientos intervencionistas, educación, ejercicio), hasta supervisión, prescripción, control y seguimiento, referencia, manejo del dolor, etcétera.² También, la rehabilitación debería abarcar la convalecencia como una fase importante dentro del proceso,¹⁰ Wade¹⁰ menciona que es difícil construir una definición para cada propósito específico, como financiar un servicio, la rehabilitación de un paciente u otra intervención de rehabilitación; que cada contexto tendrá un requisito diferente para

una definición, adaptada a su propósito. El objetivo de definir un estado actual es demasiado vago e impreciso y el siguiente paso debe ser determinar si la definición lo logra; alternatively uno puede preguntar ¿es válida esta definición?, el concepto diferirá entre diferentes grupos de personas, separadas geográficamente, por idioma, profesión u otros factores. Negrini⁴ debate que la definición actual destaca la optimización del funcionamiento independientemente de la causa de la discapacidad y puede ayudar al *populi* a mejorar su comprensión de la rehabilitación.

¿CUÁLES SON LAS PERSPECTIVAS A LAS QUE DEBE DIRIGIRSE EL CONOCIMIENTO EN DISCAPACIDAD Y REHABILITACIÓN?

Loeza¹¹ menciona que la medicina se define de una manera tradicional como el arte y ciencia de prevenir y curar las enfermedades, y si esta especialidad se denomina medicina de rehabilitación, debería considerarse epistemológicamente el «arte y ciencia de prevenir y curar las enfermedades *discapacitantes*, ya que tiene interacción con la enfermedad o condición de salud, el individuo y su entorno, por lo que aborda realmente un aspecto biopsicosocial, paradigma de la medicina». Para aplicar estrategias preventivas deberemos conocer la historia natural de la enfermedad, hacer detección oportuna de riesgos y establecer metas y recursos, por lo que el fisiatra comprende el desarrollo y evolución de un estado de salud hacia la discapacidad, su labor debe incluirse desde la prevención.¹¹

Paralelamente, la inclusión, desde un punto de vista ético es considerada como la participación de la persona con discapacidad en los contextos sociales, con adaptaciones según su consideración, sin que se le considere físicamente inferior; si bien es cierto que dadas las características físicas de la mayoría, se pueden considerar grupos vulnerables, es el constructo social quien califica como «persona con discapacidad» a quien tiene una desviación a la «normalidad».⁷ Aunque puede parecer monstruoso o aberrante lo aquí dicho, se puede pensar, no desde el punto de vista del fisiatra, sino de la sociedad: una persona que no puede andar, por carecer de piernas, se traslada haciendo uso de los brazos; eso, personas con prejuicios, lo podrían considerar «comportamiento animalizado», lo que produce rechazo y discriminación.

Para la minoría de personas que usen los brazos para desplazarse, sería un comportamiento «normal» ya que les permite funcionar en las actividades cotidianas. La inclusión debe llevar a que lo «normal» sea el

que una persona se traslade a donde le plazca, no la manera en la que lo haga.⁷ Podemos considerar pues, que la autonomía personal debe ser la posibilidad que se tiene para desarrollar una vida lo más satisfactoria e independiente en los entornos habituales de la comunidad, para obtener un grado de autosuficiencia.¹² Sin embargo, desde un sentido crítico, podemos aducir también que en pro de favorecer la inclusión, desde un punto de vista más social que científico, se construyen soluciones fragmentarias, explicaciones *ad hoc*, excepciones legales y morales que tratan de salvaguardar la integridad de quienes padecen alguna forma de discapacidad, a veces con más urgencia social que planeación, olvidando atender a cuestiones fundamentales sin las cuales sólo podremos articular respuestas precarias, circunstanciales y escasamente operativas.¹³

CONCLUSIÓN

La discapacidad hace a la rehabilitación. No existe la segunda sin la primera. La discapacidad es un término complejo que abarca no sólo una visión de órgano o sistema, sino a la persona con una dificultad para el funcionamiento en el contexto de la sociedad mayoritaria.

La fisioterapia y la rehabilitación deben tomar una visión biopsicosocial que permita, a través de intervenciones multimodales y multidisciplinarias, ayudar a que una persona que experimenta una discapacidad sea incluida en la cotidianidad, en la medida que sea readaptada o se hagan adaptaciones específicas.

La coexistencia de ambas (discapacidad-rehabilitación) debe ser abordada desde un punto de vista científico moderno, en el marco de la CIF y con planteamiento de soluciones reales que favorezcan la participación en igualdad de circunstancias.

Las visiones actuales, si bien han adaptado el enfoque hacia los contextos modernos, deben ser refinados y readaptados según el desarrollo científico y la actualización de evidencia, sin olvidar aspectos cualitativos, sociales y personales.

Referencias

1. Nava J. La posibilidad del conocimiento; un problema filosófico sin solución definitiva. *Revista Iberoamericana* para la Investigación y el Desarrollo Educativo. 2016; 6 (12): 340-361.
2. Gutenbrunner C, Lemoine F, Yelnik A, Joseph PA, de Korvin G, Neumann V et al. The field of competence of the specialist in physical and rehabilitation medicine (PRM). *Ann Phys Rehab Medicine*. 2011; 54: 298-318. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2011.05.001>
3. Tesio L. Scientific background of physical and rehabilitation medicine: Specificity of a clinical science. *J Int Soc Phys Rehabil Med*. 2019; 2: S113-121.
4. Negrini S, Selb M, Kiekens C, Todhunter-Brown A, Arienti C, Stucki G et al. Rehabilitation definition for research purposes. a global stakeholders' initiative by cochrane rehabilitation. *Neurorehabilitation and Neural Repair*. 2022; 36 (7): 405-414. Available in: <https://doi.org/10.1177/15459683221093587>
5. Negrini S, Levack WMM, Meyer T, Kiekens C. Why we need an internationally shared rehabilitation definition for clinical research purposes. *Clinical Rehabilitation*. 2021; 35 (12): 1657-1660. Available in: <https://doi.org/10.1177/02692155211043215>
6. Sánchez A, Hernández M, Fernández MI. Estrategias metodológicas para el estudio de la inserción sociolaboral de las personas con discapacidad. *Revista Española de Discapacidad*. 2016; 4 (1): 97-111.
7. Rodríguez M. Análisis ético del concepto de discapacidad *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*. 2004; 35 (4): 50-68.
8. González J, Baños LM. Estudio sobre el cambio de actitudes hacia la discapacidad en clases de actividad física. *CPD*. 2012; 12 (2): 101-108.
9. Haig AJ. Physical and rehabilitation medicine-clinical scope: physical and rehabilitation medicine interventions. *J Int Soc Phys Rehabil Med*. 2019; 2: S41-46.
10. Wade DT. Defining rehabilitation: an exploration of why it is attempted, and why it will always fail. *Clin Rehabil*. 2021; 35 (12): 1650-1656. Available in: <https://doi.org/10.1177/02692155211028018>
11. Loeza P. La medicina de rehabilitación como elemento del primer nivel de prevención: propuesta de «rehabilitación preventiva». *Rehabilitación (Madr)*. 2014; 48 (3): 135-137 Available in: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rh.2014.03.004>
12. Liesa M. Discapacidad, edad adulta y vida independiente. Un estudio de casos. *Educación y Diversidad*. 2010; 4 (1): 101-124.
13. Garrocho D. El animal que no habla: la discapacidad y los límites de lo humano. *Bajo palabra. Revista de Filosofía*. 2014; 9: 53-61.