



# Rehabilitación Integral

DRA. M. VALLS CABRERO

Jefe Clínico del Servicio de Rehabilitación del Centro MAPFRE

EN numerosas ocasiones, y sobre todo en la divulgación de los medios de comunicación, se produce una gran profusión en relación con la idea de rehabilitación, es la típica y conocida frase: «Me mandaron al gimnasio para hacer rehabilitación», cuando, en realidad, esto sería recuperación física, ya que la rehabilitación debe ser entendida en su sentido más integral, se trata de recuperar física y psíquicamente al individuo y reincorporarle a su ambiente familiar, social y laboral.

Una vez aclarado este confusionismo terminológico se puede pasar a describir la evolución histórica de esta especialidad que, concretamente en España, fue reconocida como tal por el Ministerio de Educación y Ciencia, por orden aparecida en el «B. O. E.» el 19 de junio de 1969; por tanto, se regula por la Ley de Especialidades Médicas de 21 de julio de 1955.

## REHABILITACION (según OMS 1968)

**Es el conjunto coordinado de medidas médicas, sociales, educativas y profesionales, destinadas a restituir al paciente minusválido la mayor capacidad posible e independencia.**

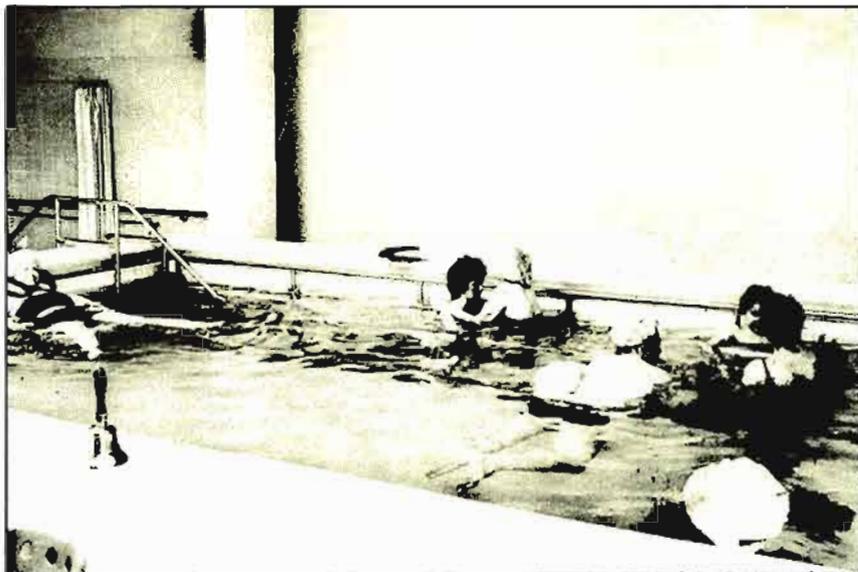
La rehabilitación, en su sentido más rudimentario, puede remontarse históricamente al año 1800 antes de J. C., ya que existen documentos escritos de aquella época en los que se recogen métodos físicos para intentar el alivio en los procesos dolorosos a través de ejercicios y masajes diversos.

Concretamente, griegos y romanos asimilaron conocimientos indios y chinos para mejorar la salud corporal y mental, para lo cual recomendaron, y como ejemplo: la equitación en casos de gota, largas caminatas y ejercicios

que requerían importantes esfuerzos en casos de vértigo y epilepsia.

El circo romano es un claro ejemplo de la importancia que se daba en esos tiempos a la belleza y fortaleza física, pero este concepto de sobrevaloración corporal se transformó progresivamente con la llegada del cristianismo, ya que en esta época los emperadores romanos cambiaron la idea inicial para su propio beneficio, utilizando el ámbito del circo para deshacerse de los primeros «sectarios».

Con el cristianismo quedó relegado



*El individuo, en su proceso de rehabilitación, debe aprender a convivir con las limitaciones que se hayan generado en su organismo, potenciando al máximo las restantes.*

a segundo termino la fuerza física y la belleza corporal, valorándose mas los aspectos espirituales que hasta este momento se habían dejado a un lado. La medicina griega y romana se conservó a través de traducciones sirias y hebreas por la cultura árabe, que supuso un atraso, en lo referente a anatomía, pues para ellos los animales eran sagrados.

En el Imperio constantino se fundaron los nosocomios, que corresponden a la idea de nuestro hospital actual y donde los enfermos y lisiados recibían comida, techo y auxilio espiritual para intentar hacer mas llevaderos sus sufrimientos.

Durante la Edad Media, únicamente los caballeros y señores eran los que practicaban algun tipo de ejercicio gimnástico, pues debían estar bien preparados físicamente para dedicarse a las guerras y cruzadas que, a su vez, produjeron un gran número de lisiados y, dada la mentalidad de la época, fueron considerados como seres hechizados y malignos a los que se perseguía en múltiples ocasiones.

En el siglo XI destacan en Europa las escuelas de Salerno, que seguía escritos de Hipócrates y Galeno, y de Constantino el Africano, que se apoyaba de las traducciones árabes.

A través del estudio y del conocimiento del cuerpo humano fueron mejorando los conceptos generales de la medicina y aplicándose con más acierto las terapéuticas para el tratamiento y prevención de enfermedades.

Se consideró que la actividad es la mejor medicina del cuerpo, distinguiendo entre movimiento (Kinesis),

ejercicio (Gymnasion) y trabajo (Ponos), según dónde y cómo se realizaba este movimiento. Aparecieron distintos métodos de ejercicios para tratar diversos procesos. Ejemplo. escoliosis-Klapp, etc.

Se fue cambiando el criterio de protección al lisiado, ya fuese por enfermedad, guerra o accidente, para considerarle un elemento útil para la sociedad a la que se debía reincorporar.

Hay que destacar que el individuo normal, generalmente, utiliza el 25 por 100 de sus capacidades en la vida cotidiana. La pérdida o merma de facultades o incluso porciones orgánicas en un sujeto no significa que, con el resto sano, no pueda realizar una vida que caiga dentro de los patrones de la normalidad.

Cada lesión genera un déficit que según los individuos crea distintas reacciones y despierta distintos potenciales que no habían aflorado a la superficie, dado que con anterioridad no las necesitaban; solamente en una situación de «stress» afloran estas capacidades restantes. Dichas capacidades dependen del individuo y de su perfil biográfico.

Todo esto nos lleva de la mano a ver la necesidad de considerar cada uno de los casos de modo individual y desde distintos ángulos para poder crear una línea de tratamiento y valorar el hecho de cada paciente, según sus posibilidades psicofísicas e intelectivas.

Cuando un paciente llega a rehabilitación se debe efectuar un estudio completo del mismo, recoger el máximo de datos y darle una meta factible y veraz de sus posibilidades.

Aquí no nos valen las mentiras piadosas, ya que a la vuelta de los meses se volverán armas de doble filo, puesto que el paciente se sentiría defraudado si los resultados no son tan favorables como inicialmente se los pintaron, y en rehabilitación debemos contar como elemento central de nuestra actuación y como prácticamente unico actor de la misma al propio sujeto que se beneficiará de las técnicas de rehabilitación.

## EQUIPO

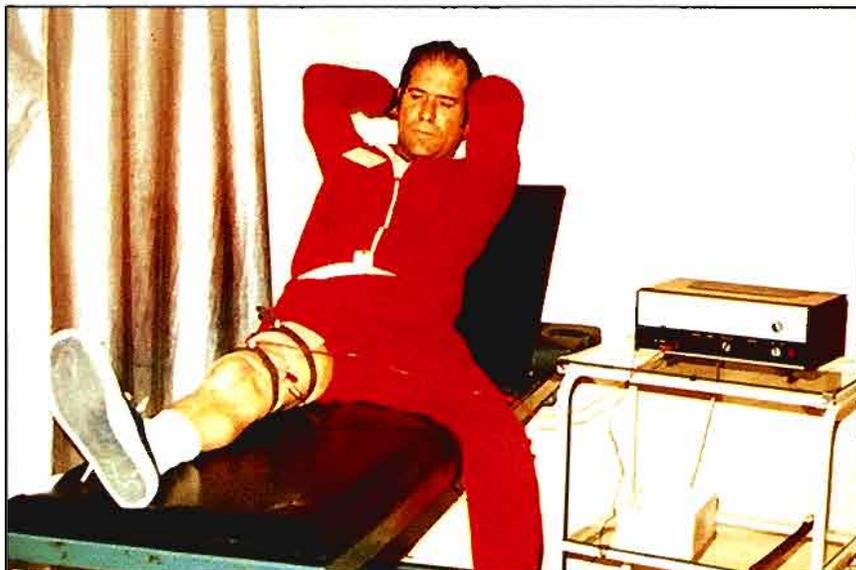
Podemos tener grandes centros y buenos profesionales, atendiendo al paciente subsidiario de rehabilitación, pero si el sujeto no colabora y no está a la altura de los medios de tratamiento son inútiles todos los recursos. Este es un aspecto que jamás ha de olvidarse.

Para el mejor estudio del paciente y mejor comprensión de los distintos factores que pueden influenciar en su reincorporación, es aconsejable que el rehabilitador pueda valerse del psicólogo clínico y asistente social, así como en la rama terapéutica del fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, monitor de deportes, enfermería de rehabilitación, personal sanitario auxiliar, logopeda, fonoiatra, ortóptica y pleóptica.

Según la patología a tratar puede ser preciso la presencia en el equipo del protésico-ortósico, oftalmólogo, otorrino y un largo etcétera de especialistas médicos, que en el siglo XX se han deslindado de la medicina general clásica.

El paciente va pasando por distintas

*Pueblos que han comprendido y sabido valorar el trabajo del rehabilitado, no escatiman el presupuesto público para los incapacitados y facilitan su incorporación a la vida laboral, con lo que la rehabilitación es integral y no una mera recuperación física.  
¿Comprendemos nosotros esto?*



fases en la evolución del proceso de su recuperación, siendo tratado en cada una de estas etapas por uno o varios elementos del equipo de forma preponderante; así, inicialmente, tiene gran importancia la recuperación física conseguida por el fisioterapeuta y el terapeuta ocupacional y, en fases finales, esta importancia pasa a otro elemento, como es el monitor de formación profesional.

Al tiempo que seguimos un tratamiento en busca de función, coexiste la labor del psicólogo y la asistencia social, que darán a conocer al equipo matices específicos de la personalidad y entorno del paciente.

Como coordinador de aspectos tan dispares se encuentra el médico rehabilitador que, sin olvidar los aspectos puramente médicos, debe valorar al paciente como un todo integral.

En el amplio abanico de la rehabilitación cabe destacar una diferenciación natural dada en función de la edad: rehabilitación infantil (poliomielitis, PCI, etc.) y geriatría (osteoporosis, patología del jubilado, etc.).

Igualmente, la rehabilitación abarca distintos campos, si los dividimos por aparatos: rehabilitación cardíaca, tras anginas de pecho, infartos de miocardio, etc., con programas de recuperación progresiva comenzando por actividades de vida diaria. Si miramos hacia el aparato respiratorio: recuperación a través de ejercicios respiratorios, abdominales o costales, combinados o no con aerosolterapia y tratamiento medicamentoso de bronquitis crónicas, enfisemas o afectación de la caja torácica, como pueden ser fracturas costales, escoliosis, etc.

El sistema nervioso, tanto central

como periférico, tiene técnicas de recuperación muy delimitadas y probadas. Pero quizá el aspecto de mayor divulgación de la rehabilitación es el que se refiere a la recuperación física en traumatología y ortopedia, por el gran número de pacientes subsidiarios de este tratamiento, al aumentar los accidentes de tráfico y laborales con el progreso acaecido en este siglo.

Procesos de larga duración, como pueden ser una poliomielitis o enfermedades reumáticas, tras haber hecho crisis el brote agudo o de instauración de incapacidades, son prácticamente subsidiarias de tratamiento rehabilitador de forma exclusiva, evitando retracción, colocando ortosis, etc.

El individuo, en su proceso de rehabilitación, debe aprender a convivir con las limitaciones que se hayan generado en su organismo, potenciando al máximo las restantes.

Elo significa no solamente que, en ausencia de un miembro, se hipertrofiará el contra-lateral, con la ceguera se hipertrofiará el oído y el tacto, sino que, además, sujetos que dependían de su aptitud física deberán hipertrofiar sus capacidades intelectivas.

Para conseguir sus fines, la rehabilitación se vale de terapias médicas, como son los preparados farmacéuticos, tipo antiinflamatorio, analgésicos, etc., y de terapias físicas basadas en el tratamiento fisioterápico o en terapia ocupacional, donde utilizamos diversas técnicas que, a su vez, poseen distintas aplicaciones: hidroterapia (piscina medicinal, ducha escocesa...), termoterapia (frío, calor seco...).





vías: primera, no es una carga para la sociedad, que le debería mantener en condiciones mínimas de salubridad y vida, y la segunda, a través de su propio trabajo se vuelve contribuyente al herario público, reportando beneficios directos al país.

Surgen ejemplos todos los días de minusválidos o incapacitados que se han integrado a la vida laboral en distintos puestos con su responsabilidad correspondiente, pero que cumplen a la perfección sus funciones, bien es verdad que deben esforzarse y sacar capacidades restantes que sin la minusvalía permanecerían dormidas.

El rehabilitador debe luchar contra su deficiencia y contra los obstáculos impuestos por la comunidad, ya que en una sociedad occidental de competitividad se presupone que el rendimiento de un incapacitado no puede ser al 100 por 100 preestablecido para cada uno de los puestos de trabajo y, al menos, inicialmente, se mide por un rasero fino el trabajo efectuado por un individuo afectado de lo que la sociedad considera una minusvalía. Sin embargo, son conocidas las dotes especiales que tienen los ciegos para efectuar los trabajos de fotografía en cámara oscura y los sordos, a los que su déficit físico permite centrarse más y mejor en la tarea que realizan.

Pueblos que han comprendido y sabido valorar el trabajo del rehabilitado, no escatiman el presupuesto público para los incapacitados y facilitan su incorporación a la vida laboral, con lo que la rehabilitación es integral y no una mera recuperación física.

¿Comprendemos nosotros esto? ■

poleoterapia (jaula de Rocher, Colson ), electroterapia (ultrasonido, microonda, electroestimulación, laser...) Cada técnica puede aplicarse aisladamente o combinándose dos o varias a un mismo tiempo: Colson en piscina caliente.

Otro de los aspectos del tratamiento rehabilitador a considerar en el momento en que puede estar indicado el tratamiento quirúrgico: embolectomía, cirugía reparadora, cirugía correctora, etc., correspondiendo al rehabilitador la indicación de cada una de las técnicas, de acuerdo con los especialistas que serán citados a consulta, según la evolución experimentada en el paciente

## FINALIDAD DE LA REHABILITACION

A aquellos minusválidos en los que su coeficiente intelectual sea alto y

sus intereses se encaminen hacia estudios universitarios, se les debe animar y facilitar para que consigan acceder a ellos. Para el resto se deben realizar estudios de orientación vocacional para efectuar posteriormente formación profesional, como se viene haciendo en realidad en la selección de la Enseñanza General Básica, que tiene un tope de acceso en los dieciocho años para acceder a estudios superiores.

Tras el estudio universitario o el periodo de formación profesional, el fin a conseguir por la rehabilitación es igual que el de los individuos sin disminución psicofísica: el empleo.

En países que se consideran adelantados y a los que todo el mundo mira como canon, se ha comprobado que el dinero invertido en la rehabilitación integral (desde el inicio del proceso que origina la minusvalía hasta el empleo) se recupera con creces, a través del propio rehabilitado, por dos

## BIBLIOGRAFIA

- 1 FERNANDEZ FOLE, F. «Integración del minusválido en la empresa». Primera ponencia de la I Asamblea Provincial de Higiene y Seguridad en el Trabajo, junio 1973
- 2 JONES, MARY: «An approach to Occupational Therapy» Butterworths, 1977
- 3 KRUSEN, F. H.: «Medicina física y rehabilitación». Salvat Editores S. A., 1974
- 4 LICHT, S. «Terapéutica por el ejercicio» Salvat Editores, S. A., 1968
- 5 LINDEMANN, K. «Tratado de rehabilitación» Editorial Labor, S. A., 1973.
- 6 MAC DONALD. «Terapéutica ocupacional en rehabilitación». Salvat Editores S. A., 1972
- 7 RUSK, H.: «Medicina de rehabilitación» Editorial Interamericana, S. A., 1966.
- 8 VALLS CABRERO, M., y Col.: «El deporte como forma de tratamiento en los minusválidos». *Aj Med Dep* X, 38, 39, 1973
- 9 WILLARD Y SPACKMAN «Terapéutica ocupacional», Ed Jims 1973
10. TOTAL REHABILITATION: by George Nelson Dight, 1980 Little, Brown and Co.