



## CAPÍTULO 2

# LA REHABILITACIÓN INTEGRAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD: REVISIÓN DESDE LA MEDICINA, ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA

*Comprehensive rehabilitation of people with disabilities: a review from medicine, nursing and physiotherapy*

---

### **Paula Andrea Peña Hernández**

Universidad Santiago de Cali

© <https://orcid.org/0000-0002-9918-2910>

✉ [paula.pena00@usc.edu.co](mailto:paula.pena00@usc.edu.co)

### **Yaneth Mayor Sánchez**

Universidad Santiago de Cali

© <https://orcid.org/0000-0003-4095-6931>

✉ [yanethmayor@hotmail.com](mailto:yanethmayor@hotmail.com)

### **Gina Marcela Jiménez Zambrano**

Universidad Santiago de Cali

© <https://orcid.org/0000-0002-1569-694X>

✉ [marcelagjz@gmail.com](mailto:marcelagjz@gmail.com)

### **Juan Fernando Bedoya Sandoval**

Universidad Santiago de Cali

© <https://orcid.org/0000-0002-9206-7952>

✉ [juan.bedoya09@usc.edu.co](mailto:juan.bedoya09@usc.edu.co)

### **Claudia Liliana Marín Giraldo**

Universidad Santiago de Cali

© <https://orcid.org/0000-0001-6282-2729>

✉ [claudiamarin754@gmail.com](mailto:claudiamarin754@gmail.com)

### **Laura María Bejarano Alos**

Universidad Santiago de Cali

© <https://orcid.org/0000-0002-7596-9911>

✉ [laura.bejarano00@usc.edu.co](mailto:laura.bejarano00@usc.edu.co)

## **Resumen**

Se realizó una revisión acerca del desempeño de algunas profesiones de la salud como Medicina, Enfermería y Fisioterapia en procesos de rehabilitación integral de personas con discapacidad. Para ello, se hizo una búsqueda

### **Cita este capítulo / Cite this chapter**

Peña Hernández, P.A.; Jiménez Zambrano, G. M.; Marín Giraldo, C. L.; Mayor Sánchez, Y.; Bedoya Sandoval, J. F. & Bejarano Alos, L. M. (2022). La rehabilitación integral de personas con discapacidad: revisión desde la medicina, enfermería y fisioterapia. En: Soto Franco, I. (ed. científica). *Discapacidad e inclusión social: evolución, modelos y tendencias investigativas*. (pp. 47-70). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

bibliográfica en bases de datos que relacionaron las profesiones con la intervención de la discapacidad. Los hallazgos de esta indagación evidenciaron que no hay claridad, ni adecuada delimitación frente a la actuación de las profesiones de Medicina y Enfermería en comparación con la profesión de Fisioterapia frente a la intervención de este colectivo. Esto refleja la necesidad de plantear consensos profesionales sobre la actuación y delimitación profesional desde aspectos médico-biológicos hasta la participación social.

**Palabras clave:** rehabilitación; enfermería en rehabilitación; personas con discapacidad, medicina física y rehabilitación; fisioterapia.

## Abstract

A review was carried out on the performance of some health professions such as Medicine, Nursing and Physiotherapy in comprehensive rehabilitation processes for people with disabilities. For this, a bibliographic search was made in databases that related the professions with the intervention of the disability. The findings of this investigation showed that there is no clarity, nor adequate delimitation regarding the performance of the professions of Medicine and Nursing in comparison with the profession of Physiotherapy in the face of the intervention of this group. This reflects the need to establish professional consensus on professional performance and delimitation from medical-biological aspects to social participation.

**Keywords:** Rehabilitation; Rehabilitation Nursing; Disabled Persons; Physical and Rehabilitation Medicine y Physical Therapy Specialty.

## Introducción

La presente revisión nace desde la inquietud de docentes y estudiantes de áreas de la salud frente al rol que desempeña cada profesión en la discapacidad, pues es un concepto que, a pesar de ser complejo, con frecuencia se relaciona con estados de salud, enfermedad y rehabilitación. En ese sentido, se pretende conocer en profundidad cuál es el papel que desempeña tanto la Medicina, Enfermería y Fisioterapia, teniendo en cuenta que no hay evidencia dentro de los currículos de estas carreras de una actuación profesional clara y con límites definidos entre ellas. Además, es importante conocer cuál es el origen de estas profesiones, así como las del área de rehabilitación como Fonoaudiología, Terapia Ocupacional, entre otras; para encontrar puntos

articuladores y al mismo tiempo diferenciadores, que permitan una intervención pertinente, sin repetición de actividades y que facilite procesos de inclusión social como fin último de un completo programa de rehabilitación.

Este artículo pretende exponer los resultados de una revisión de tipo documental por medio de una búsqueda en bases de datos indexadas y en diversos idiomas donde se relaciona la categoría discapacidad con las tres profesiones enmarcadas en el título. Se presenta un análisis frente a la inquietud inicial de los investigadores con el fin de conocer fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas sobre las acciones en los procesos de intervención hacia este colectivo, pues la mala atención en salud y rehabilitación están generando más discapacidad (Organización Mundial de la Salud -OMS, 2011).

El presente análisis tiene como fundamento teórico un soporte en dos modelos estrictamente. El primero sustentado desde el “Modelo Ecológico del Desarrollo Humano” de Bronfenbrenner (García Sánchez, 2002; Vanegas García & Gil Obando, 2007) en 1979, quién propuso una serie de sistemas que operan en conjunto para impactar directa o indirectamente el comportamiento de una determinada situación. En este aspecto, este modelo define: 1. *Microsistema*: Es el nivel del entorno inmediato que incluye a la persona en desarrollo, las relaciones más próximas y la familia. Este contiene tanto el contexto efectivo y positivo del desarrollo humano, como el contexto destructivo o negativo para el mismo; 2. *Mesosistema*: En este nivel inicia la relación entre los microsistemas, se establece de forma bidireccional entre dos o más entornos, de acuerdo con la interacción entre la persona y el ambiente. Incluye la familia, el trabajo y la vida social; 3. *Exosistema*: Comprende uno o más entornos que no incluyen a la persona como participante activo, pero que las consecuencias o hechos afectan el desarrollo y comportamiento de la persona. Encierra las actividades realizadas en el barrio, la comunidad, familia extensa o círculo de amigos; finalmente, 4. *Macrosistema*: En este nivel la persona se ve afectada por hechos en los que no está presente, el ambiente es generado principalmente por la cultura, las costumbres de cada país, ciudad o región, el sistema económico y las normas que rigen a la sociedad.

Se soporta teóricamente desde el “Modelo Biopsicosocial” propuesto por George Engel en 1977 (Vanegas García & Gil Obando, 2007; Borrell i Carrió, 2022). Este modelo, derivado de la teoría general de los sistemas, considera al individuo como un ser que participa de las esferas biológicas, psicológicas y sociales; aquí se pretende hacer una explicación sobre la afectación de la salud de una persona en la compleja interacción entre estas tres dimensiones,

es decir, no solo la afectación biológica del cuerpo se refleja en una alteración del estado de salud, sino que, además cualquier alteración psicológica o social puede determinar el estado completo de bienestar de un individuo (García & Gil, 2007). Por ello, “toda intervención ha de estar enfocada en el abordaje terapéutico de estas tres esferas, pues solo considerando al individuo en toda su dimensión se puede garantizar con éxito una recuperación o un mantenimiento completo de la deficiencia, trastorno o enfermedad” (Vanegas García & Gil Obando, 2007, p. 61)

Lo que se obtuvo de este análisis se relaciona con la actuación marcada y poco integrativa del profesional en Medicina desde un modelo médico biológico que poco o nada tiene en cuenta aspectos psicológicos y sociales de las personas; esto ha dado origen a un movimiento conceptual y una mirada de la deshumanización de la profesión donde se segmenta el cuerpo humano en estructuras y funciones corporales para “arreglar”, que tienen una estrecha relación con la formación universitaria que se recibe. De otro lado, se encuentra que la Fisioterapia tiene un marcado énfasis, también, en un modelo médico biológico que está trascendiendo a un modelo más social, es decir, cada vez con mayor frecuencia se tienen en cuenta aspectos psicológicos y sociales de las personas con discapacidad en las evaluaciones e intervenciones. Finalmente, se puede afirmar que Enfermería es de las tres profesiones analizadas, la más integrativa, es decir, se han preocupado por intervenir desde el cuidado, aspectos netamente biológicos, hasta psicológicos y sociales; esto es positivo, pero a la vez genera mayores confusiones al momento de reconocer acciones claras y límites en la atención de personas con discapacidad.

El contenido del manuscrito, en primer lugar, expone la realidad social de las personas con discapacidad y el origen de las profesiones de rehabilitación; en segundo lugar, resalta el rol del médico en la atención y medición de la discapacidad como la puerta de entrada al proceso de rehabilitación; analiza el papel del fisioterapeuta en la intervención de las personas con discapacidad y su intervención en todas las etapas del ciclo vital, y profundiza en el rol del profesional de enfermería en la atención de este colectivo.

## **1. Las Personas con Discapacidad: analizando su realidad social**

Definir la discapacidad se ha considerado un reto y presenta múltiples desafíos debido a las diferencias conceptuales, metodológicas y operativas que se ob-

servan en los procedimientos de recolección de información entre los distintos países. Es por eso por lo que aún es difícil contar con una buena cuantificación de esta realidad, medir su evolución y conocer las tendencias en el tiempo (CEPAL, Informe regional sobre la medición de la discapacidad, 2014). Sin embargo, a continuación, se presentan algunos acercamientos en cifras y datos de la cuantificación de la discapacidad en diversas perspectivas geográficas.

A nivel mundial se estima que alrededor del 15% de la población global viven con algún tipo o forma de discapacidad (Organización Mundial de la Salud -OMS, 2011). Este número supera las expectativas de la OMS de la década del 70 dado a que en esa época el porcentaje de personas con dificultades en la salud era alrededor del 10 %. Una comparación entre la Encuesta Mundial de Salud y el Proyecto sobre la Carga Mundial de Morbilidad evidenciaron que entre 15,6% y 19,4% de la población con una edad igual o mayor de 15 años padece algún tipo de discapacidad. Así mismo, la Encuesta de Salud considera que, de la población con alguna discapacidad, el 2,2%, es decir alrededor de 115 millones, tiene una problemática considerable en cuanto a la funcionalidad, considerándola como “discapacidad grave” que impacta negativamente la calidad de vida de la persona y entre esas condiciones se enmarca la depresión grave, ceguera o tetraplejía. La Carga Mundial de Morbilidad estima que de la población infantil que padece discapacidades, que son alrededor de 995 millones de niños en un rango de edad de 0 a 15 años, el 0,7% sufren de “discapacidad grave (Organización Mundial de la Salud -OMS, 2011).

En el caso de Latinoamérica, en el año 2006, alrededor de 85 millones de personas manifiestan algún tipo de discapacidad. Datos de la Ronda Censal de 2010, el número de casos nuevos de discapacidad en esta región del mundo oscila entre 5.1% hasta 23,9%, mientras que en la región Caribe el estimado está entre 2,9% y 6,9%. En resumen, se proyecta que alrededor del 12% de la población de Latinoamérica viviría con al menos una discapacidad, lo que se traduce en un número aproximado de 66 millones de personas (CEPAL, Informe regional sobre la medición de la discapacidad, 2014).

De acuerdo con el Panorama Social de América Latina, del año 2012, el 12% de los habitantes de América Latina padece discapacidad siendo el género femenino el que presenta mayor tasa de prevalencia sobre el masculino y con una edad mayor de 60 años. Así mismo la población que habita en áreas rurales, grupos afrodescendientes, indígenas y de bajos recursos económicos son las más propensas a padecer algún tipo de discapacidad (CEPAL, Panorama Social de América Latina, 2012).

En Colombia, la prevalencia de discapacidad es alrededor del 6.4% pero las cifras son variables en las diferentes regiones del territorio nacional. Los departamentos del sur-pacífico, del eje cafetero, del Tolima grande y Boyacá presentan una prevalencia superior al promedio colombiano situándose entre un 7,8% y 9,5% cuyos habitantes padecen discapacidad permanente (DANE, 2005). Estos datos han sido objeto de diversas críticas debido a que no permiten traspasarse a una base de datos de manera sistemática y consistente, ni su procesamiento periódico en virtud de criterios uniformes de conceptualización de la discapacidad. Estas limitaciones contribuyen a que los datos no se puedan interpretar de manera comparable entre servicios, países y regiones (Almerás et al., 2002; CEPA, 2014).

Las cifras anteriores se deben principalmente a que la población va envejeciendo y genera que el riesgo de sufrir una discapacidad aumente; también, esta tendencia se debe a la creciente predisposición mundial de las enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes, el cáncer, las cardiovasculares y las enfermedades de la salud mental. De otro lado, es importante resaltar que en el mundo las personas con discapacidad tienen los más bajos resultados en aspectos de salud, educación, participación laboral, lo que genera tasas muy altas de pobreza, marginación, mendicidad entre otras condiciones desalentadoras. Esto es resultado de la incompetencia, falta de interés o baja incidencia política, considerados como barreras que impiden la plena participación de las personas a unos servicios en algunas ocasiones considerados inalienables como la salud, el transporte, el trabajo, la recreación, la educación o la información (Organización Mundial de la Salud -OMS, 2011).

## **2. Origen de las Profesiones en Rehabilitación: analizando puntos de encuentro y desencuentro**

La medicina ha incursionado en diferentes conocimientos y prácticas sobre vida, muerte, salud y enfermedad, pero para comprender un poco más sobre la diferencia entre medicina y las profesiones de la rehabilitación es relevante hacer un recuento histórico. No se puede hablar de la historia de Medicina y profesiones de la rehabilitación sin mencionar a Hipócrates del siglo IV y V (a.C) como sus inicios en la antigua Grecia, considerado como el padre de la medicina y quién separó la medicina de la filosofía, fue uno de los médicos que más aportes hizo al origen de la fisioterapia, pues escribió siete tratados en los que se encuentran reflejados los agentes físicos como

instrumentos terapéuticos, entre ellos, se incluyen La Helioterapia (baños de sol), La Hidrología (efectos del agua), uso de agentes físicos en fracturas, La Masoterapia (masajes), entre otros (Gallego Izquierdo, 2011). Sin embargo, y a pesar de que el inicio de la rehabilitación a nivel mundial se remonta según diversos autores (Giulletti et al., 2012; Palacios, 2008) a esta Grecia Antigua, es básicamente durante el siglo XX por las guerras y los accidentes laborales que se genera un movimiento rehabilitador, donde el positivismo y los paradigmas de investigación empiezan a influir en los aspectos de índole científico y académico.

Es así como la Primera Guerra Mundial se convirtió en un icono importante para el nacimiento del mismo concepto de Rehabilitación, que hoy en día no solo se utiliza para referirse a aspectos de salud, sino a otras áreas del conocimiento como política (Rosanvallón & Pierre, 1987), derecho (De la Maza, 2007), sociología (Svietkova, 1979), urbanismo (Fernández, 1989), arquitectura (Bigas Vidal, Bravo, & Contepomi, 2011) e ingeniería (Torres, 2007), así como también en áreas ambientales al denominar el concepto de “rehabilitación de la vida silvestre” (Varela, 2005).

Desde este importante acontecimiento y por la cantidad de soldados heridos, amputados, pero sobrevivientes de la guerra, hicieron que países como Estados Unidos desde 1918 crearan programas de rehabilitación profesional y de rehabilitación para incorporar a estas personas de nuevo a la sociedad. Esto hizo que en este país se estableciera y desarrollara en 1921 la Asociación Americana de Terapia Física (APTA por sus siglas en inglés). Esta profesión ganó reconocimiento, validación durante la década de 1920 a 1930, pero en este último año se introdujo en el país la epidemia de poliomielitis y el involucramiento de Estados Unidos en la Segunda Guerra Mundial, lo que generó de nuevo soldados con discapacidad y, por supuesto, necesidades de rehabilitación. Finalmente, esto llamó la atención de otros países y fue así como varios médicos investigaron medios para incrementar el cuidado de la salud e incursionaron en el uso de agentes físicos terapéuticos, algunos viajaron a Estados Unidos para formarse en esta nueva especialidad y se replicó esta información en sus países de origen ya con la certificación de técnicos calificados en terapia física por la APTA (American Physical Therapy Association, 2011) (Kottke & Knapp, 1988).

Básicamente este interés y formación médica en terapia física fue el origen de lo que hoy se denomina Especialidad en Medicina Física y Rehabilitación, donde se distancian los intereses de los médicos de otras especialidades.



Esta fue liderada por el Dr. Frank Krusen de la Clínica Mayo de Rochester graduado en la Jefferson Medical Collage en Filadelfia en 1921. Fue quien, gracias a una experiencia a temprana edad con tuberculosis, hizo que comprendiera que la recuperación o no de esta enfermedad, dependía en gran medida del acondicionamiento físico de las personas y de la rehabilitación vocacional y reintegración social. Decidió que la Medicina Física debía ser aceptada como una especialidad médica y desarrolló avances científicos importantes en deportistas de fútbol. En los años posteriores (1938 y 1943) en la Clínica Mayo, resultaron numerosas investigaciones en relación con “ejercicios terapéuticos, onda corta, tratamiento de fibrositis, contracturas, dolor lumbar, estrés cardíaco secundario a fiebre y usos de la radiación ultravioleta”. El Dr. Krusen es considerado el “padre de la medicina física” y fue quien propuso el término “Fisiatría”, para denominar esta especialidad, palabra cuyo significado etimológico se deriva de las palabras griegas “physis”, que describe fenómenos físicos, y “iatreia”, que se refiere a tratamiento médico (Pava, Nora & Granada, 2016; Vergara Bize, 2010).

Lo anterior quizá genere algún tipo de inquietudes frente a la diferenciación entre lo que hace un Médico Fisiatra y un Fisioterapeuta, debido a que son áreas del conocimiento cuyo origen es el mismo y se han alimentado de la misma evidencia científica. Por ello, es preciso aclarar que desde la medicina algunos fisiatras practicaban esta especialidad usando agentes físicos y otros la medicina de rehabilitación, es decir, la reintegración psicosocial de las personas con discapacidad. Ambos campos tienen relación entre sí y por eso se unieron como Medicina Física y Rehabilitación, que hasta hoy en día existe y se lleva a cabo desde una mirada interdisciplinaria, dirigida por médicos fisiatras, con la participación de profesionales de la rehabilitación como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos, psicólogos, enfermeras, cuidadores, especialistas en educación, entre otros. Entender esto permite reconocer que la diferencia entre la fisiatría y la fisioterapia radica básicamente en que el fisiatra debe estudiar la carrera de medicina y luego realizar la especialización en Medicina Física y Rehabilitación, por el contrario, el fisioterapeuta estudia la carrera de Fisioterapia y recibe al paciente que viene con un diagnóstico médico, realiza una valoración y ejecuta el tratamiento rehabilitador. Otra marcada diferencia entre las dos profesiones es que en la fisiatría se utilizan estudios electrofisiológicos de diagnóstico como la electromiografía, la neuroconducción y los potenciales evocados, y la farmacología, mientras que el fisioterapeuta no tiene este tipo de acciones que son propias de la medicina. Finalmente, el médico fisiatra es



quien coordina el equipo rehabilitador y es el primer consultor del paciente antes de llegar al resto de profesionales que lo conforman.

Desde otras perspectivas, en Estados Unidos en 1872, nacían las primeras señales de una profesión cuyo objeto de estudio era la comunicación, profesión también derivada de la medicina, cuyo propósito era la creación de un instrumento que permitió hacer visible la producción de la voz, instrumento creado por Alexander Melville Bell y Alexander Graham Bell, que fue de mucho apoyo para la rehabilitación de paciente con tartamudez. En 1925 se consolidó esta profesión en Estados Unidos con la creación de la Sociedad Americana de Habla y Lenguaje (ASHA) (Dottor, 2015). Del mismo modo, en esta época de finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX se dio el auge de la rehabilitación y paralelamente se crearon programas técnicos denominados Técnicos Laborales que posteriormente llamaron Laborterapistas y Terapia Ocupacional. Su fundadora Eleanor Clarke Slagle, enfermera y trabajadora social, que por sus experiencias familiares donde estuvo presente la discapacidad, comprendió los efectos perjudiciales de la inactividad y surgió su interés por la utilización de artes y oficios. Posteriormente, en Chicago, se iniciaron las primeras Escuelas de Terapia Ocupacional cuyo propósito era promover la salud a través de la ocupación humana (Morrison, 2011) como un motor para su desarrollo profesional basado en la Medicina Física y la Rehabilitación. A su vez, antes de los años 50 nacía y se formalizaba la profesión de Fisioterapia en Estados Unidos con los aportes de Margaret Rood, Margaret Knott, Dorothy Voss, Signe Brunnström, y Berta y Karl Bobath, que desarrollaron técnicas para adultos con parálisis cerebral y otros desórdenes del sistema nervioso central, cuyo propósito era prevenir y abordar las alteraciones del movimiento corporal humano (American Physical Therapy Association, 2011).

Pero en todo esto, ¿Dónde queda la Enfermería? La Enfermería juega un papel tan importante como la misma Medicina en la generación de las profesiones de la rehabilitación, pues son los enfermeros quienes siempre han estado más tiempo al lado de las personas ejerciendo su rol y promoviendo la salud mediante el cuidado. Es así como, por ejemplo, para graduarse como técnico en Fisioterapia en Estados Unidos uno de los requisitos o las normas mínimas era prerequisite pasar por una escuela de enfermería o de educación física (American Physical Therapy Association, 2011). Por otra parte, las primeras personas que ejercieron la Terapia Ocupacional, la Fisioterapia y la Fonoaudiología, fueron las enfermeras y las religiosas, siempre mujeres

debido a dos razones básicamente, primero a que a las mujeres se les ha considerado como las cuidadoras del hogar y desde el punto de vista religioso a la mujer se le ha encomendado esta misión; y segundo, por la marcada influencia de las religiosas o monjas en el origen de la profesión de Enfermería (Cuervo Echeverri, 1999).

En la siguiente tabla (Tabla 1) brevemente se explica los puntos de encuentro y desencuentro de las profesiones de rehabilitación y las que han intervenido en su desarrollo:

**Tabla 1.** Profesiones de la salud y su objeto de estudio

<b>Profesión</b>	<b>Año de formalización</b>	<b>Objeto de estudio</b>	<b>Definición</b>
Medicina	1962	Se encuentra información variada. Sin embargo, se presenta el objeto de estudio más completo encontrado: “Estudio de la vida, la salud, las enfermedades y la muerte del ser humano”	La aplicación de medios y conocimientos para el examen, diagnóstico, prevención, tratamiento y curación de las enfermedades, así como para la rehabilitación de las ciencias o defectos ya sean físicos, mentales o de otro orden que afecten a las personas o que se relacionen con su desarrollo y bienestar.
Enfermería	1996	El cuidado integral de salud a la persona, a la familia, la comunidad y a su entorno; ayudar a desarrollar al máximo los potenciales individuales y colectivos, para mantener prácticas de vida saludables	Es una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyos sujetos de atención son la persona, la familia y la comunidad, con sus características socioculturales, sus necesidades y derechos, así como el ambiente físico y social que influye en la salud y en el bienestar.
Fisioterapia	1999	Su objetivo es el estudio, comprensión y manejo del movimiento corporal humano, como elemento esencial de la salud y el bienestar del hombre.	La fisioterapia es una profesión liberal, del área de la salud, con formación universitaria, cuyos sujetos de atención son el individuo, la familia y la comunidad, en el ambiente en donde se desenvuelven.

Profesión	Año de formalización	Objeto de estudio	Definición
Fonoaudiología	1997	Los procesos comunicativos del hombre, los desórdenes del lenguaje, el habla y la audición, las variaciones y las diferencias comunicativas, y el bienestar comunicativo del individuo, de los grupos humanos y de las poblaciones.	Para todos los efectos legales, se entiende por fonoaudiología, la profesión autónoma e independiente de nivel superior universitario con carácter científico. Sus miembros se interesan por, cultivar el intelecto, ejercer la academia y prestar los servicios relacionados con su objeto de estudio.
Terapia Ocupacional	2005	Es el estudio de la naturaleza del desempeño ocupacional de las personas y las comunidades, la promoción de estilos de vida saludables y la prevención, tratamiento y rehabilitación de personas con discapacidades y limitaciones.	Es una profesión liberal de formación universitaria que aplica sus conocimientos en el campo de la seguridad social y la educación

Fuente: Elaboración propia basado en la normatividad colombiana para el ejercicio de las profesiones

### 3. La Medicina, La Fisioterapia y La Enfermería frente a las Personas con Discapacidad

Entendiendo este recorrido histórico y las posibles confusiones que han existido entre las diferentes profesiones mencionadas, es preciso señalar en primer lugar cuál es el rol del médico dentro de la discapacidad. Para ello, se hace un recuento sobre lo que se ha hecho hasta ahora y lo que se debe hacer a futuro.

La medicina en Colombia es una profesión que tiene por objeto de estudio la conservación y el restablecimiento de la salud, ha estado concentrada en las consecuencias de la enfermedad y en hacer un diagnóstico como proceso inverso en la relación causa-efecto. Sin embargo, su actuación ha estado en-

marcada dentro del modelo médico-biológico y poco en modelos biopsicosociales, por lo que la comprensión de la discapacidad desde esta profesión se considera compleja, a razón de que la discapacidad no solo es generada a raíz de una alteración en los procesos de salud. Por esta razón, la medicina se considera incompleta para establecer el estado de discapacidad y/o funcionamiento de un ser humano (Esquivia, 2015).

La discapacidad en el mundo y en el país crece y, es por eso, por lo que se requiere de profesionales con suficiente formación para dar respuesta a las necesidades insatisfechas y a problemáticas que aquejan la salud pública, pero es bien sabido que la formación que reciben los médicos, hoy por hoy, todavía es memorística, basada en órganos y sistemas corporales donde se busca normalizar lo anormal. Sin embargo, la medicina de hoy debe tener un alcance social e inclusivo, donde cada paciente atendido pueda integrarse nuevamente a la sociedad dentro de las posibilidades de la discapacidad que presenta (Esquivia, 2015). En este sentido, al hacer una búsqueda bibliográfica de la relación entre medicina y discapacidad se encontró que tan solo cuatro programas de medicina, en el país, se han interesado por incluir de manera obligatoria este concepto dentro de sus planes de curso, entre ellos la Universidad Nacional de Colombia (Universidad Nacional de Colombia, 2015), Universidad Militar Nueva Granada (Esquivia, 2015), la Universidad Pontificia Javeriana (Pontificia Universidad Javeriana, 2015) y la Universidad Santiago de Cali (Universidad Santiago de Cali, 2015). Sin embargo, en el resto de los programas no se evidencia tal inclusión, por lo que se podría pensar en que la formación de los médicos aún consiste en la secuencia de evaluar manifestaciones clínicas, hacer un diagnóstico y plantear un tratamiento y termina la atención.

La Organización Mundial de la Salud recomienda que:

En el primer nivel de atención en salud es fundamental el contacto del médico con el individuo en situación de discapacidad, su familia y la comunidad, con el fin no solamente de ampliar la cobertura, sino también ampliar el horizonte de oportunidades que se presentan para esta población, y mejorar la calidad de la oferta de los servicios de salud, facilitando el acceso y la integridad de todo el grupo familiar del paciente en esta condición” (OMS, 2011, p.9).

Sin embargo, lo que sucede en Colombia no es tal recomendación y esto se puede asegurar bajo los siguientes argumentos. En primer lugar, la Ley 361 de 1997 en su artículo 5 menciona que:

Las personas con limitación deberán aparecer calificadas como tales en el carné de afiliado al Sistema de Seguridad en Salud, ya sea el régimen contributivo o subsidiado. Para tal efecto las empresas promotoras de salud deberán consignar la existencia de la respectiva limitación en el carné de afiliado, para lo cual solicitarán en el formulario de afiliación la información respectiva y la verificación a través de diagnóstico médico en caso de que dicha limitación no sea evidente. Dicho carné especificará el carácter de persona con limitación y el grado de limitación moderada, severa o profunda de la persona” (World Health Organization, 2001).

Este artículo fue redactado antes del año 2001 cuando se publicó, a nivel mundial, la Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF); con las últimas modificaciones a esta ley se cambia el término limitación, por persona en situación de discapacidad, dando lugar a un nuevo modelo para comprenderla que es el modelo biopsicosocial; sin embargo, la calificación de la discapacidad se da por un diagnóstico médico, cuando hoy se sabe que la discapacidad no necesariamente es a causa de una condición de salud alterada, sino que, puede darse por situaciones que no implican estados patológicos como la vejez y el embarazo (World Health Organization, 2001). Es por esto, por lo que difícilmente se pueda conocer con exactitud quién tiene discapacidad en el país, si quienes la miden son los médicos que, como hemos hecho saber, en su pregrado poco o nada reciben de formación en este aspecto, limitándose a medir la discapacidad con base en lo que se reporta en la historia clínica; sin tan siquiera medir las limitaciones en actividad y restricciones en la participación en entornos reales como lo sugiere esta clasificación.

Por otra parte, es preciso mencionar también la equivocada intervención histórica con la que se ha abordado a las personas con discapacidad desde la medicina, donde han sido famosos los casos de interdicción, pues todavía en 2017 en Colombia

Las personas con discapacidad pueden ser declaradas interdictas, una figura jurídica que implica la privación de sus derechos pues otros toman las decisiones por ellos sin que exista la obligación de consultarles. Quien fue declarado interdicto no puede decidir sobre su economía, su salud o, incluso, su voto. Por ese camino, que si bien busca protegerlos, se han cometido muchos abusos. Por ejemplo, solo entre 2009 y 2011, más de 600 personas con discapacidad fueron esterilizadas sin su consentimiento; estas decisiones han estado influidas por el sistema de salud en general y por sus médicos tratantes y familiares (Padilla, 2016)

Adicional a esto, se encuentran las malsanas relaciones de poder entre el médico y la persona, que recientemente se han conocido como “síndrome de Hermógenes” entendido como «cualquier clase de padecimiento del paciente que sea ocasionado por una actitud deshumanizada del médico o del sistema de salud ante la enfermedad y el sufrimiento humano» (Mendoza , 1998), pues es frecuente encontrar personas con discapacidad quienes afirman que las palabras de sus médicos fueron las menos alentadoras y cuyos pronósticos los desahuciaban en quedarse para siempre en una silla de ruedas y en una cama. Esto se considera una práctica antigua que aún se utiliza con frecuencia, pues a manera personal se cree que es casi jugar a ser Dios, o peor aún, no comprender con exactitud lo que vive y siente el otro ser humano por simplemente no estar en su lugar.

El caso anterior es igual a pretender que un “hombre” entienda lo que se siente estar en gestación, pues sus condiciones biológicas no lo permiten; pasa lo mismo con una persona con discapacidad y otra que no, un médico que nunca ha pasado por una paraplejia no sabe qué es o qué se siente, por lo tanto, decir si va a caminar o no, no debe ser una última palabra desde el pronóstico, pues a juicio personal, se considera que es la misma persona que en su proceso se irá dando cuenta que es capaz de hacer o no, pero no se considera válido decirle a una persona si va a caminar o no y menos en etapas agudas, pues es bien sabido que la mente capta lo que le dicen, y más, si es una persona que confía en su médico, pues las palabras de su superior se convertirán en ley y esa persona puede ser improductiva e infeliz por el resto de su vida, si así lo creyere, mientras que hay otras que lo asumen como un reto y al finalizar el proceso de rehabilitación llegan donde el médico caminando, con aparatos largos, con el fin de demostrarle al profesional que estaba equivocado.

Lo cierto es que parece que la historia de la medicina es opuesta a la historia de la discapacidad, aunque este camino disímil ha favorecido enormemente la mirada creativa de la discapacidad que se sale de los parámetros de la visión normalizadora de la medicina. La discapacidad ha protagonizado su propia historia sin depender puramente de las ciencias de la salud, mientras que para las ciencias de la salud la discapacidad carece de epistemología, ontología y fenomenología diferente a la enfermedad como objeto de estudio en la medicina (Linker, 2013).

Como conclusión, de la medicina en la discapacidad se puede decir que no necesariamente son campos opuestos, la discapacidad podría ser una peque-

ña porción de análisis en la medicina, no todos los médicos se han interesado en estudiar estas dos categorías y definir cuál sería el rol del médico moderno en la atención de la discapacidad desde una mirada holística, por lo tanto, aún se considera un campo ávido de conocimiento para dar respuesta a las necesidades del país, que no son solo en salud, sino en una completa relación de ese estado de salud y bienestar con la calidad de vida y desarrollo de la persona dentro de situaciones vitales como la educación, trabajo, cultura, participación social, entre otras.

Desde otra perspectiva, se tiene la profesión de Fisioterapia, una profesión que se originó desde las raíces médicas y enfermeras y se afianzó en Colombia en los años 50. Su objetivo es el estudio, la comprensión y el manejo del movimiento corporal humano y, por tanto, su ejercicio profesional está dirigido a promover el bienestar cinético y prevenir deficiencias, limitaciones y discapacidades. Su diagnóstico debe estar orientado en determinar las capacidades/discapacidades originadas por diferentes mecanismos donde la medicina juega un papel relevante para su establecimiento (Linker, 2013).

Por su articulación íntima con la discapacidad se discute el rol del fisioterapeuta dentro de estos procesos. En este aspecto, la Ley 528 de 1999 que reglamentó el ejercicio de la profesión en Colombia, expresa que: “la fisioterapia orienta sus acciones al mantenimiento, optimización o potencialización del movimiento, así como a la prevención y recuperación de sus alteraciones y a la habilitación y rehabilitación integral de las personas, con el fin de optimizar su calidad de vida y contribuir al desarrollo social” (Linker, 2013, p.2). Sin embargo como se mencionó con anterioridad, la legislación menciona la habilitación y rehabilitación integral como una orientación de la fisioterapia, sin embargo, los profesionales dirigen de manera prioritaria sus acciones hacia la rehabilitación médico funcional, dando origen a un doble discurso que no coincide entre la teoría y la práctica, es decir, en el lenguaje está presente el modelo biopsicosocial, pero en la práctica sigue reinante el modelo médico-biológico (Millán, 2004).

En vista del gran avance que ha tenido tanto el concepto de discapacidad como el de rehabilitación en las últimas décadas, se ha encontrado que autores, por ejemplo, Brogna (Lozano, 2008) expone una visión crítica frente al rol de los profesionales en rehabilitación en la intervención de personas con discapacidad, pues expresa que los profesionales acotan su territorio disciplinar a un fragmento del cuerpo o la mente de un sujeto, sin comprender que la complejidad de la discapacidad supera inmensamente el déficit orgá-



nico o mental de una persona; Brogna afirma, además, que “la primera responsabilidad del profesional es estar en su consultorio para la sesión, pero la ‘responsabilidad primera’ es tener muy claro que la deficiencia no causa la discapacidad, que aquello que la persona no pueda hacer va a depender tanto o más de las barreras que la sociedad construya o legitime, que de los músculos o las neuronas” (Lozano, 2008). Así mismo, ayudar a la persona a escapar del cepo de la deficiencia depende de cuánto y cómo la persona, la familia y la comunidad asuman su valía, sus derechos, su “capacidad de ser persona” y su dignidad, antes que de un grado más o menos de movilidad o que de un punto más o menos de coeficiente intelectual (Rodríguez, Reis, & Petroski, 2008). La condición de discapacidad condiciona, pero no determina, (Wilson & Ciliska, 1984).

Lo más preocupante es que los profesionales en fisioterapia consideran que nada de eso es su responsabilidad (Lozano, 2008; Rodríguez, et al., 2008) y este pensamiento puede estar justificado en que en la mayoría de los países

El concepto y su práctica tienen raíces muy profundas en el modelo médico, en el cual el funcionamiento corporal (y mental) se considera el fundamento de la participación y la autodeterminación. Todavía es el diagnóstico médico el criterio de elegibilidad para recibir servicios de rehabilitación, el cual también mantiene a las profesiones médicas en la parte superior de la jerarquía de la rehabilitación” (Gómez & Lantarón, 2007).

Con ello, tampoco se pretende afirmar que la rehabilitación funcional no sea importante, lo que se quiere expresar es que raramente esas intervenciones y tratamientos son suficientes para asegurarle a las personas con discapacidad una igualdad de oportunidades para participar en la sociedad (Seelman, 2004). Siendo así, se hace necesario cambiar la meta de la rehabilitación: de mejorar las funciones corporales, a lograr la participación y la igualdad de oportunidades.

Al respecto se debe destacar la importancia de impulsar la rehabilitación integral desde la profesión de fisioterapia para incorporar una visión holística de las personas que se rehabilitan y acercar los avances teóricos a la práctica profesional. Entre tanto, el actuar de los profesionales de fisioterapia frente al abordaje integral de personas con discapacidad se considera una tarea desafiante debido a varias causas entre las que se destacan: a) la faltante incorporación y apropiación de los profesionales en rehabilitación del modelo CIF (Gómez & Lantarón, 2007); b) la mirada clínica basada

en el mejoramiento de alteraciones en estructuras y funciones corporales, dejando de lado la participación (Seelman, 2004); c) la falta de asignaturas básicas en rehabilitación y discapacidad en los programas académicos de fisioterapia (Montaño & Peña-Hernandez, 2014); d) la gran cantidad de programas de formación posgradual a nivel de especialización basados en el modelo médico-biológico (Montaño & Peña-Hernandez, 2014) ; e) poca oferta de programas a nivel de maestría y doctorado basados en modelos sistémicos de atención (Ramírez-Vélez , Hurtado, & López, 2010); f) desconocimiento de los profesionales frente a la oferta de formación posgradual a nivel de maestría en discapacidad (Montaño & Peña-Hernandez, 2014); g) desempeño laboral en instituciones de salud con una mirada médico-biológica (Gómez & Lantarón, 2007); h) falta de actualización y asistencia a eventos de tipo académico posteriores a la graduación (Ramírez-Vélez , Hurtado, & López, 2010); i) poca realización de investigación en fisioterapia (Ramírez-Vélez , Hurtado, & López, 2010).

Este reto representa cambios en la concepción de los profesionales frente a la consideración y dinámica de la rehabilitación. Sin embargo, la falta de investigaciones y de instrumentos que permitan evaluar las acciones y el impacto del abordaje fisioterapéutico en la inclusión social, representa una dificultad para establecer la situación actual de esta corriente en el marco de la fisioterapia dentro de la cultura colombiana.

Finalmente, y desde la última profesión del área de la salud que se relaciona en este escrito, que es la Enfermería, se hará una breve revisión en la delimitación del actuar del profesional en la discapacidad. En este aspecto, lo primero que se puede decir es que la Enfermería es una profesión que en un principio estuvo muy ligada al cuidado y recuperación de las personas con alguna discapacidad. Sin embargo, con el nacimiento de las profesiones de la rehabilitación que esta misma contribuyó a crear, se ha generado una desarticulación de la profesión con esta problemática.

Tal situación quizá sea resultado de la adopción de modelos como el de Shallock, como un modelo lineal centrado en el defecto y no en el potencial y con un énfasis en el cuidado, la salud, la seguridad y la paternalización (Shallock , 1999). Esta mirada por supuesto es médico-biológico y la Enfermería se ha caracterizado en gran medida por llevar esta misma tendencia, es más, su mismo nombre hace énfasis en la “enfermedad” y las consecuencias que ella deriva, razón por la cual su atención se basa en el “cuidar”. Sin embargo, su actuación desde el marco normativo se extiende a la persona en particular,

su familia y su ambiente familiar y social, es decir, tiene un enfoque biopsicosocial (Alzate, et al., 2010).

En el imaginario de la profesión de enfermería es frecuente encontrar que sus áreas de actuación son más de tipo institucional y poco se relaciona la profesión con trabajo fuera de los ámbitos hospitalarios, desconociendo en gran medida su amplio actuar profesional que les fue quitado en el mismo momento en que se empezó a gestar en Colombia la Escuela Colombiana de Rehabilitación y se empezaron a formar Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacional, Fonoaudiólogos y posteriormente, Terapeutas Respiratorios para el año 1947. Ya para 1973 se creó la Fundación Saldarriaga Concha, un lugar con profesionales de rehabilitación donde ya la enfermería al parecer no hacía mucha falta (Alzate, et al., 2010).

Este abrupto despojo es un motivo por el cual la Enfermería, quizá gracias a la oferta de profesionales y de las pocas oportunidades laborales, ha entrado en un momento reflexivo: ¿Cómo rescatar lo perdido?, ¿Qué se necesita para aclarar el actuar del enfermero en la rehabilitación? La respuesta parece ser sencilla, pues ningún profesional actuando de manera individualista o multidisciplinaria puede lograr la inclusión social de la persona con discapacidad. No podrá hacerlo el médico, ni el fisioterapeuta, ni el enfermero, ni siquiera los tres en conjunto, pues para ello se necesita incursionar en la transdisciplinariedad y quizá en tener en cuenta los imaginarios y representaciones de la misma persona y sus objetivos de rehabilitación, es más, deberá salir de las instituciones de salud, porque la rehabilitación de hoy no se hace en un recinto cerrado.

Pero ¿la participación de un enfermero es igual o más importante que la del resto de equipo de rehabilitación? Esto también es muy fácil de responder, pues ¿quiénes más que ellos, están por largos periodos con las personas con discapacidad? Las “terapias” ya sea de fonoaudiología, fisioterapia o terapia ocupacional, son de corta duración, de 40 minutos a 1 hora, pero en ocasiones los enfermeros están por turnos o por largas horas pendientes de sus “pacientes”. Es más, la enfermería, se ha caracterizado por ser una profesión que tiene en cuenta todas las esferas de las personas que interviene gracias a la cantidad de tiempo que pasa con el “enfermo”, es así como, desde la perspectiva de la atención sanitaria basada en la evidencia, la gestión de servicios dirigida a personas con discapacidad precisa otorgar un papel principal a un profesional que reúna los siguientes atributos: 1) Cercano en la presencia a todas las etapas de vida; 2) Competente para integrar y aplicar las «buenas prácticas»

y resolver situaciones complejas en colaboración con otros profesionales; 3) Visión integral para valorar necesidades biopsicosociales y emitir juicios diagnósticos sobre dichas necesidades; 4) Capacidad de anticipación por la posición ventajosa que ofrece la proximidad y el seguimiento continuado; 5) Capacidad de gestionar recursos con el uso racional, priorización y aptitudes creativas. En otras palabras, sería necesario un profesional que pueda identificar en su trabajo cotidiano situaciones de dependencia, que pueda hacerlo además en el contexto en el que se producen y evolucionan (domicilio y hospital), que pueda valorar los recursos que se tienen a disposición en el entorno (red familiar, social, suplencia/ayuda contratada...), que conozca las preferencias de las personas con las que viene manteniendo una relación empática y profesional a lo largo del tiempo, y que al tener conocimiento de los servicios disponibles pueda analizarlos y proponerlos para dar respuesta a la dependencia y mejorar la autonomía ajustada a la necesidad, preferencia y solvencia económica, en coordinación o de forma complementaria con los profesionales del campo de lo social (Gala, et al., 2006).

No es en vano afirmar que las y los enfermeros poseen estos atributos y, por tanto, están llamadas a ser un pilar para la coordinación sociosanitaria. Muestra de ello y solo como ejemplo, se pueden mencionar las enfermeras del Servicio Andaluz de Salud (España), quienes forman el grupo profesional mayoritario, con alrededor de 20.000 enfermeras que suponen cerca del 40% del total de profesionales sanitarios. De ellas, en torno a 5.000 desempeñan su función en Atención Primaria. Estas enfermeras son reconocidas por la comunidad como un agente autónomo y activo de salud que se muestra muy accesible y cercano a la misma, ya que realizan más del 80% de la atención domiciliaria de todos los profesionales. Su visión integral les permite realizar un diagnóstico biopsicosocial de las necesidades de cuidados que presenta la población en situación de dependencia y utilizar instrumentos para graduarla; para lo cual, el Servicio Andaluz de Salud ha realizado numerosos cursos de formación continuada. Además, las enfermeras cuentan con formación y experiencia en la gestión de casos, coordinando profesionales y recursos, priorizando aquellas personas más frágiles y necesitadas desde el principio de equidad, como son las más de 5000 personas con gran discapacidad identificadas en Andalucía, demostrando una gran efectividad en los resultados clínicos de sus intervenciones (Gala, et al., 2006).

Pese a que existen estas experiencias exitosas, también es importante mencionar y, es preciso aclarar para la formación de los futuros profesionales,

que el campo de acción de la enfermería es muy amplio, y del mismo modo, se debe estimular a que recuperen campos de acción que, quizá, se han percibido perdidos, pues el país y las regiones necesitan de buenos equipos de rehabilitación para que la discapacidad no aumente, debido a pobres procesos de intervención en salud.

Como conclusión, se puede decir que se cuenta con puntos de encuentro entre estas profesiones muy bien definidos, ahora bien, los puntos de desencuentro o lo que nos diferencia dentro de las áreas de actuación, aun no son muy claros, así como tampoco son claros los alcances de actuación entre algunas profesiones, no solo en las mencionadas con especial interés, sino con las otras profesiones del área de la rehabilitación. Pese a ello, siempre se debe tener claro dos cosas principalmente, la primera, es continuar con el desarrollo y comprensión desde las ciencias propias de cada disciplina de los fenómenos que hacen parte de los objetivos de estudio y, lo segundo, no olvidar que se debe dejar de lado el fenómeno “selfish” o egoísmo profesional, pues por encima de esto, debe primar el bienestar de las personas y comunidades que se intervienen.

## Referencias bibliográficas

- Almerás, D., Bravo, R., Milosavljevic, V., Montaña, S., & Rico, M. N. (2002). Violencia contra la mujer en relación de pareja: América Latina y el Caribe. Una propuesta para medir su magnitud y evolución. *Serie Mujer y Desarrollo*, 1-50.
- Alzate, M., López, L., & Velásquez, V. (2010). Una mirada de la Rehabilitación desde la perspectiva de la profesión de enfermería. *Avances en Enfermería*, 151-164.
- American Physical Therapy Association. (2011). *Today's physical therapist: a comprehensive review of a 21st-century health care profession*. Alexandria: American Physical Therapy Association.
- Bigas Vidal, M., Bravo, L., & Contepomi, G. (2011). Proyectar el contexto: sobre la evolución reciente del concepto de rehabilitación en arquitectura. *Revista de Expresión Gráfica Arquitectónica*, 140-157.
- Borrell i Carrió, F. (2002). El modelo biopsicosocial en evolución. *Medicina Clínica*, 175-179.

- CEPAL, N. (2012). Panorama Social de America Latina 2011. (pág. 248). CEPAL.
- CEPAL, N. (2014). Informe regional sobre la medición de la discapacidad. Una mirada a los procedimientos de medición de la discapacidad en América Latina y el Caribe. Grupo de tareas sobre medición de la discapacidad Conferencia Estadística de las Américas (CEA). (pág. 48). CEPAL.
- Cuervo Echeverri, C. (1999). La profesión de fonoaudiología: Colombia en perspectiva internacional.
- DANE. (2005). *Censo General 2005*. Colombia: Libro Censo General.
- De la Maza, L. (2007). *La rehabilitación de la "Filosofía del Derecho" de Hegel en la filosofía hermeneútica*. Revista Filosofía y teología.
- Dottor, L. (2015). El ethos de la fonoaudiología en Colombia: un análisis desde la bioética. MS thesis.
- Esquivia, C. (2015). La inclusión del concepto de discapacidad en el plan de estudios del programa de medicina. BS thesis Universidad Militar Nueva Granada.
- Fernández, A. (1989). *La rehabilitación integrada de los centros históricos: el reto urbanístico de finales de los ochenta*. Investigaciones geográficas.
- Gala, B., Romeo, A., & Pérez, R. (2006). La enfermera, profesional clave para la coordinación de la atención socio-sanitaria a personas con dependencia. *Index Enferm*, 7-9.
- Gallego Izquierdo, T. (2011). Bases teóricas y fundamentos de la fisioterapia. Medica Panamericana.
- García, J., & Gil, L. (2007). La discapacidad, una mirada desde la teoría de sistemas y el modelo biopsicosocial. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 51-61.
- García Sánchez, F. A. (2002). Atención temprana: elementos para el desarrollo de un integral de intervención. 39-52.
- Giulletti, J., Karcher, C., Young, M., Powell, K., Wilkie, S., & Hogg, S. (2012). *History of Physical Therapy*.
- Gómez, J., & Lantarón, S. (2007). La Clasificación Internacional de Funcionamiento como Marco de Atención a Niños y Adolescentes con Paráli-

- sis Cerebral. IX Jornadas Científicas Internacional de Investigación sobre Personas con Discapacidad, 1-12.
- Kottke, F., & Knapp, M. (1988). The Development of Physiatry before 1950. *Arch Phys Med Rehabil*, 1-11.
- Linker, B. (2013). On the Borderland of Medical and Disability History: A Survey of the Fields. *Bull Hist Med*, 499-535.
- Lozano, R. (2008). Fisioterapia y discapacidad: hacia un modelo de atención integral. *Fisioterapira*, 163.
- Mendoza, M. (1998). Reflexiones sobre humanismo y medicina: hacia la caracterización de la nueva entidad nosológica El síndrome de Hermogenes. *Acta méd. colomb*, 130-3.
- Millán, R. (2004). Programa de rehabilitación con participación comunitaria Amazonas-Colombia.
- Montaño, J., & Peña-Hernández, P. (2014). Importancia de la formación en discapacidad para algunos profesionales de la salud en Santiago de Cali. *Rastros Rostros*, 71-76.
- Morrison, R. (2011). Conociendo a las fundadoras y “madres” de la terapia ocupacional. Una aproximación desde los estudios feministas sobre la ciencia. *TOG (A Coruña)*, 1-21.
- OMS. (2011). *Informe Mundial Sobre la Discapacidad*.
- Padilla, D. (2016). Interdicción por discapacidad mental y derecho al sufragio activo.
- Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Madrid: CERMI.
- Pava, R., Nora, A., & Granada, P. (2016). El surgimiento de las profesiones médicas [re] habilitadoras y la infancia: historia entretejida de tensiones teóricas. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 21.
- Pontificia Universidad Javeriana. (2015). *Facultad de Medicina. Instituto de Genética Humana. Curso: Genética Clínica*. Obtenido de Disponible en: [http://puj-portal.javeriana.edu.co/portal/pls/portal/!portal.wwwpob\\_page.show?\\_docname=4222077.pdf](http://puj-portal.javeriana.edu.co/portal/pls/portal/!portal.wwwpob_page.show?_docname=4222077.pdf)



- Ramírez-Vélez, R., Hurtado, C., & López, M. (2010). Análisis de la capacidad científica e investigativa de los profesionales en Fisioterapia de Colombia. Dificultades y oportunidades de desarrollo. *Revista Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesiología*. *Revista Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesiología*, 37-45.
- Rodríguez, C., Reis, R., & Petroski, E. (2008). Brazilian Version of a Lifestyle Questionnaire: Translation and Validation for Young Adults. *Arq Bras Cardiol*, 92-98.
- Rosanvallón, P., & Pierre, R. (1987). *La autogestión como rehabilitación de lo político*. MATE.
- Schalock, L. (1999). Hacia una nueva concepción de la discapacidad. *Siglo Cero*, 5-20.
- Seelman, C. (2004). Tendencias en la rehabilitación y la discapacidad: transición desde un Modelo médico a un Modelo de integración. *Disability World*.
- Svietkova, L. (1979). *El aspecto sociológico de la rehabilitación de los enfermos con afasia*. Moscú: Universitaria.
- Torres, A. (2007). El aporte de la Biomecánica y la ingeniería en Rehabilitación en la Ingeniería Biomédica de la EIA-CES. *Ingeniería Biomédica*, 10-13.
- Universidad Nacional de Colombia. (2015). *Malla Curricular del Programa de Medicina*. . Obtenido de Disponible en: <http://medicina.bogota.unal.edu.co/formacion/pregrado/medicina>
- Universidad Santiago de Cali. (2015). *Grupos de Investigación Santiaguinos preocupados por el tema de la discapacidad*. Unidad de Comunicaciones. Obtenido de Disponible en: <http://usc.edu.co/index.php/noticias/item/1692-grupos-de-investigacion-santiaguinos-preocupados-por-el-tema-de-la-discapacidad>
- Vanegas García, J. H., & Gil Obando, L. M. (2007). La discapacidad, una mirada desde la teoría de sistemas y el modelo biopsicosocial. *Hacia la Promoción de la Salud*, 51-61.
- Varela, N. (2005). Rehabilitación de fauna silvestre. *Asociación de Veterinarios de Vida Silvestre*, 94.

Vergara Bize, L. (2010). Desarrollo de la Medicina Física y Rehabilitación como especialidad médica.

Wilson, D., & Ciliska, D. (1984). Life-style assessment: Development and use of the FANTASTIC checklist. *Can Fam Physician*, 1527-1532.

World Health Organization. (2001). *Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud: CIF: versión abreviada.*