

## VIII Congreso de Educación Física

### ***De la Rehabilitación a la Habilitación: resignificación de un concepto e implicancias para la práctica profesional.***

Prof. Berlin Maximiliano (Prof. En Educación Física, Presidente APLAR)

Lic. Peralta Diego (Lic. En Psicología, Coordinador APLAR)

Prof. Salem Maira (Prof. En Educación Física, Integrante equipo APLAR)

La Plata

[aplar@argentina.com](mailto:aplar@argentina.com)

Tel.: 0221-489-4747

**Objetivo:** Ejemplificar con dos casos clínicos, los abordajes posibles dirigidos a una persona con discapacidad, que podemos ofrecer los agentes de salud desde distintas concepciones y posiciones y, como correlato, comparar los diferentes modos de atención para apreciar sendos resultados en los destinatarios de la misma.

La salud positiva es el relativo estado de bienestar social, biológico y psicológico que toda persona puede alcanzar, si sus necesidades básicas están cubiertas, si ejerce una estrategia adaptativa al medio de pertenencia/referencia y si, en su interacción, optimiza al máximo posible sus capacidades en general. La salud es un derecho, una estrategia participativa y un proceso en el que pueden manifestarse signos consecuentes con una práctica de hábitos generadores de salud o, por lo contrario, signos y síntomas compatibles con la enfermedad. Entonces entender a la salud como un proceso, supone una concepción que rompe con la dicotomía salud-enfermedad, pero no con sus resabios... Por eso, volver a considerar definiciones operativas, es una práctica profesional estratégica, porque limita y encausa a la vez, permite el curso de la acción.

En las nociones de adaptación y optimización a la que hacemos referencia, subyace la consideración de la prevención, definida como toda acción de anticipación destinada a la NO aparición de un hecho adverso, cuya nocividad atente contra el equilibrio en el proceso de salud. Así definida, la prevención es

una praxis ideal y se la considera de orden primario. Cuando la adversidad, bajo la forma de signos y síntomas de la enfermedad ha logrado instalarse en una persona, grupo o comunidad, la prevención posible es de orden secundario: en este caso la acción estratégica está dada por el diagnóstico precoz y el tratamiento pertinente, con la finalidad de cercar y reducir la frecuencia de la enfermedad y sus consecuencias. Ahora bien, en caso que esta instancia no fuera posible, porque la adversidad no solo logró instalarse sino manifestarse con sus secuelas, la estrategia es de orden terciario. Por definición la prevención terciaria es la acción de intervención más directiva y a la vez la más pasible de creatividad, puesto que nos enfrentamos con el daño en el cuerpo del paciente. En este caso, el tratamiento pensado pertinente, es el de la rehabilitación.

Debemos concebir a las personas con discapacidad (NO discapacitadas), en un marco de referencia integral que se erige con arreglo a la definición de salud positiva. De esta manera, el cuerpo de la persona con discapacidad es el escenario del proceso de lucha entre las posibilidades para la salud y las secuelas incapacitantes de la adversidad, tal como lo es el cuerpo de una persona sin discapacidad. Esta construcción social e individual, el cuerpo, que reúne en como una síntesis a los enfoques social o de la vida de relación, biológico o del organismo y psíquico o de la vida afectiva, es la que abordamos como agentes de salud. Y en particular quienes intervenimos con la práctica de la Educación Física, frente al propósito de RE-HABILITAR, nos vemos convocados, indefectiblemente, al abordaje interdisciplinario de esa persona.

He aquí nuestra primera digresión: ¿Por qué hacemos la diferenciación entre REHABILITACIÓN y RE-HABILITACIÓN? Porque, etimológicamente, la primera se refiere a las posibilidades de curación o sanación o, en rigor de verdad, a volver a la persona a un estado anterior considerado sano o ausente de enfermedad, siempre con ajuste a la norma: un criterio estadístico, rígido, que cristaliza toda acción en una suerte de repetición de tácticas a ejercer sobre un síntoma o signo de enfermedad... Pero no sobre la enfermedad misma... Una práctica que, en definitiva, está basada en un juicio de valor sobre el estado sano y el estado enfermo, soslayando cualquier oportunidad para una dinámica alternativa. En cambio la RE-HABILITACIÓN, implica un volver a habilitar y/o una nueva habilitación: sea porque la secuela cede y da

paso a la funcionalidad que se hallaba afectada; sea porque una intervención oportuna, cuerpo a cuerpo (paciente – terapeuta), permite descubrir nuevas capacidades, aptitudes y/o intereses que no contaban con la forma suficiente para ser considerados como tales por el paciente. Incluso, esta última concepción, la de RE-HABILITAR, nos remite a la noción originaria de CURAR, encarnada en la persona del CURADOR o del CUIDADOR de otra persona que no puede dominar su patrimonio (incluyendo su propia identidad). Encierra la idea de proceso referida, impidiendo entonces la repetición de síntomas y de tácticas sobre esos síntomas y permitiendo la reelaboración de estrategias de intervención de tipo múltiple o inespecíficas: aquellas que apuntan a una revaloración y/o reeducación de los hábitos de vida saludables.

A tal efecto, debemos considerar: A) Que tales intervenciones serán tanto más eficientes cuando son concebidas desde un trabajo en conjunto a cargo de un equipo interdisciplinario, donde la EF aporta su especificidad por el trabajo con un cuerpo integral, con una construcción particular, que sedimenta o sintetiza una historia de identificaciones, que también se manifiestan en su estructura y función. B) Que tales intervenciones son eficientes (en el proceso) y eficaces (en el resultado), siempre y cuando estén pautadas en un Plan de Adelanto Personalizado para cada paciente.

Es decir que creemos que resulta de suma importancia la conformación de un equipo de trabajo interdisciplinario, sólido y estructurado con base en relaciones de horizontalidad (sin desestimar una jerarquización en la organización), cuyo compromiso previo a la atención propiamente dicha, sea la planificación de la tarea específica con el paciente. Tanto como el diseño, viabilidad, ejecución y evaluación de un plan lo más ajustado posible a la medida de las necesidades del paciente, diagnosticadas con la debida antelación. Y aquí la EF aporta su enfoque pedagógico en pos de reeducar al paciente.

¿Estamos poniendo en tela de juicio la evaluación inicial del médico fisiatra? No. En rigor de verdad la estamos cuestionando. Pero no desde un juicio de valor. No dudamos de la intervención de quien tiene a cargo la evaluación médica, sino que nos animamos a cuestionar, a preguntarle al paciente por sus intereses, evaluamos sus aptitudes, rastreamos y rescatamos sus capacidades, cada uno desde su enfoque y en el marco de su ejercicio profesional. ¿Quién

más oportuna que la EF para revisar los objetivos planteados por el fisiatra para su área? ¿Qué mejor oportunidad de intervención para la interdisciplina que poner a consideración del equipo de trabajo las evaluaciones del proceso de atención de cada paciente en particular, hechas desde cada profesión? Qué mejor oportunidad para considerar al paciente como el artífice de sus propios objetivos en la planificación de su Plan de Adelanto Personalizado, con la puesta a punto desde el aporte pedagógico que la EF u otras disciplinas habilitadas para ello, puedan hacer? Es, definitivamente la mejor expresión de un diagnóstico de necesidades que toma forma en función del proceso de atención que se le puede dar al paciente y la mejor oportunidad para HABILITAR un compromiso conjunto con el tratamiento para su cuerpo.

### **Caso Sra. A M**

Informe de Fisiatría: Paciente de 48 años. Presenta impotencia funcional de 4 miembros a predominio de MMII. Antecedentes: en 1999 comienza con pérdida de fuerza de MMII. Desde 2002 en cama. No deambula. Se desplaza en silla de ruedas.

En 1998 comienza cuadro depresivo por la pérdida de una hija. MMSS sin limitaciones articulares. MMII en extensión de cadera y rodillas. Hipotrofia muscular. Semidependiente en alimentación. No puede cortar. Dependiente en vestido e higiene. Comienza tratamiento en octubre 2003. NO HAY DIAGNÓSTICO PRECISO. Objetivos de trabajo en el área motriz: Fuerza y flexibilidad 4 miembros, trabajo en suelo, bipedestación. Al mes marcha en paralelas. Equilibrio dinámico. A los dos meses marcha con andador. A los tres meses bicicleta fija. En diciembre 2004 deja de concurrir.

Logros alcanzados: Marcha con andador y con asistencia sin andador, realiza pequeñas caminatas por su barrio, mejora de la resistencia, fuerza muscular y flexibilidad, independencia en AVD (según informe TO: independiente en vestido, se baña sentada, utiliza cuchillo y tenedor). Integración a un grupo de pares, interacción social. Comienza a cocinar (actividad que abandonó hace 4 años).

Aspectos pendientes: Su proceso se caracterizó por frecuentes períodos de ausentismo provocados por su estado depresivo y por su situación económico-social. Abandonó el tratamiento.

¿El paciente estaba “Habilitado”?

Luego de un estado gripal que le demandó un período de reposo en cama no volvió a levantarse. Actualmente está internada en un geriátrico.

### **Caso Sr. AM**

Informe de fisioterapia: paciente de 48 años de edad que sufre de ACV isquémico en Agosto de 2007. Presenta secuelas de hemiparesia FBC derecha. Con antecedentes de HTA, IC, DBT II y obesidad. Tiene prescripción farmacológica. Inicio de tratamiento: Septiembre de 2007. Desde el enfoque del área de EF se evalúa: hemiplejía derecha y disartria; patrón flexor pléjico espástico severo, mínima actividad en MM afectados, dolor e impotencia funcional; dificultad para transferencias, sedestación lograda con asistencia; AVD con dependencia: alimentación, vestido e higiene. Desde el enfoque del área de psicología se evalúa: angustia intensa, crisis de llanto, intolerancia, irritabilidad, perfil depresivo, ideación suicida, consecuente inconsistencia en las relaciones objetales (vínculos interpersonales) con marcada incidencia en las áreas social y laboral (por desafectación brusca del sistema productivo) y particularmente en el grupo familiar.

Tratamiento inicial con intervención del área de EF: movilización pasiva y activa asistida en hemicuerpo derecho; destrezas en colchoneta; esquema corporal; disociación cinturas; propiocepción; bipedestación y posterior marcha; control postural; independencia en AVD; ortesis corta en muñeca MSD y en tobillos MID.

Tratamiento inicial con intervención del área de psicología: contención, intervención directiva con señalamientos y orientaciones sobre lo disfuncional; evaluación de capacidades de anticipación y espera; estimación del umbral de tolerancia a la frustración; génesis de conciencia de enfermedad y de situación; trabajo vinculante con familiares directos buscando la funcionalidad del vínculo.

Marzo de 2009: Logros actualmente alcanzados, con intervención de las áreas de Terapia Ocupacional (TO), Fonoaudiología, Kinesioterapia, Psicología y EF: Independencia en AVD: alimentación, vestido, higiene. Valoración de la autogestión.

Actividades lúdicas. Consistencia en vínculos interpersonales. Socialización posible.

Marcha con bastón. Dominio en bicicleta. Deambulaci3n sin asistencia de terceros (eventualmente utiliza bast3n).

Movilidad activa en los cuatro MM

Mejor3a en la funcionalidad del hemicuerpo derecho.

Intensificaci3n del trabajo aer3bico.

Conservaci3n del esquema corporal. Integraci3n de la imagen de cuerpo.

Compromiso manifiesto en su continuidad.

Control del peso con descenso de 25 kilogramos. Estabilidad de la TA.

Estabilidad de los 3ndices de glucosa. Auto aplicaci3n de la insulina.

Actitud reivindicativa – restitutiva para s3 y para terceros. Trabajo de elaboraci3n de duelo posible. Equilibrio afectivo.

Aceptaci3n del Certificado de Discapacidad.

Capacitaci3n en la operatividad del paquete b3sico de office: Word. Excel. Con arreglo al acceso a un puesto de trabajo, otorgado seg3n el porcentaje del 3ndice de ocupaci3n que el Gobierno de la Provincia destina prioritariamente para personas con discapacidad.

Desde el 13 de marzo del corriente a3o es empleado p3blico y contin3a su tratamiento de RE – HABILITACI3N con nuestro equipo de trabajo, trazando nuevos objetivos.

**Palabras Claves:** Proceso de Salud  
Salud Positiva  
Adaptaci3n  
Optimizaci3n  
Prevenci3n  
Prevenci3n Terciaria  
Rehabilitaci3n  
Cuerpo  
Interdisciplina  
Planificaci3n  
Evaluaci3n  
Habilitaci3n

## **BIBLIOGRAFÍA:**

Alurralde, J. y otros, (2003) "Bases epistemológicas, sanitarias y legales respecto a la participación de la Educación Física en el proceso de rehabilitación". *Efdeportes. Revista digital*, Buenos Aires, año 9, N° 60, Mayo de 2003.

Downie, P., (1989): *Neurología para Fisioterapeutas*. Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires.