

El surgimiento de las profesiones médicas [re]habilitadoras y la infancia: historia entrelazada de tensiones teóricas

The emergence of medical professions of [re]habilitation and childhood: a history intertwined with theoretical tensions

Nora Aneth Pava-Ripoll¹
Patricia Granada-Echeverry²

Abstract *This article is the product of a review of historical-critical literature that analyzes the global historical events during the 20th century that made the emergence and consolidation of the medical rehabilitation professions possible and an examination of the ways in which these professions approach childhood. The analysis of and reflections upon the reviewed documents are outlined below according to three theoretical tensions: 1) the child of today and the adult of tomorrow, 2) the meaning of habilitation-rehabilitation, and 3) the positioning of the subject in society. To account for the breadth of these topics, the text is divided into two sections: the first covers the first half of the 20th century, the period between the wars and the emergence of [re]habilitation, and the second covers the second half of the 20th century through the present, a period of political organization and technological advances. In the contemporary era, these views of [re]habilitation are confronted by the overwhelming reality of historical conceptions of childhood. The realities that children face today are diverse and complex; therefore, it is necessary to rethink the normalizing view of childhood that was instituted in the 20th century.*

Key words *Physical and rehabilitation medicine, Disability, Speech, language, and hearing sciences, Occupational therapy, Physical therapy*

Resumen *Este artículo es producto de una revisión de literatura histórico-crítica que analiza hechos históricos mundiales que durante el siglo XX posibilitaron el surgimiento y la consolidación de las profesiones médicas de la rehabilitación y sus formas de aproximarse a la infancia. Los análisis y reflexiones a partir de los documentos revisados se esbozan bajo el marco de tres tensiones teóricas: 1) el niño/a de hoy y el adulto del mañana, 2) el significado de habilitar-rehabilitar y 3) el posicionamiento del sujeto en la sociedad. Para dar cuenta de esto, el texto se dividió en dos apartados: el primero abarca la primera mitad del siglo XX, época de entreguerras y auge de la [re]habilitación, y el segundo se enfoca desde la segunda mitad del siglo XX hasta la actualidad, período de organizaciones políticas y avances tecnológicos. Se concluye que estas miradas de la [re]habilitación se confrontan en esta época contemporánea, con una realidad desbordante de las concepciones de la infancia que fueron instauradas históricamente. Las realidades que enfrentan los niños/as actualmente son diversas y complejas, por ello se hace necesario repensar la visión normalizadora de la infancia instaurada durante el siglo XX.*

Palabras clave *Fisiatría, Discapacidad, Fonoaudiología, Terapia ocupacional, Fisioterapia*

¹ Escuela de Rehabilitación Humana, Universidad del Valle. Calle 4B n° 36-00, Sede San Fernando. Cali Valle del Cauca Colombia. nora.pava@correounivalle.edu.co

² Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica de Pereira. Pereira Risaralda Colombia.

Introducción

La medicina ha incursionado en diferentes conocimientos y prácticas sobre vida, muerte, salud y enfermedad. Las explicaciones sobre estos saberes médicos se remontan a prácticas antiguas basadas en la armonía, el equilibrio y el orden cósmico, cuyos avances se han proyectado a la medicina moderna experimental especialmente en Europa a partir del siglo XIX, con una fuerte influencia del positivismo. Esto consagró a la medicina como fuente de verdades incuestionables, dando especial importancia al cuerpo e incentivando el desarrollo de nuevas especializaciones médicas. Las ciencias de la salud definieron la normalidad¹ en oposición a lo patológico, conceptos que se ubicaron en el centro de toda práctica médica, al punto que hoy, ese saber experto se ha encargado de regular la vida de los individuos.

El discurso de ‘lo normal’ se ha instaurado fuertemente en la experiencia cotidiana, aún más desde la era de la industrialización, que demandaba un cuerpo eficaz que diera respuesta a un sistema económico capitalista. Este modelo de cuerpo productivo, remitió a unos estándares de salud dictaminados por la ciencia médica, presuponiendo una condición y funcionalidad del organismo humano².

Además de la medicina, la infancia también se consolidó como categoría autónoma en la modernidad³. La ciencia médica irradió su saber hacia el cuidado de los niños/as, por lo que en el siglo XIX se inició el estudio científico de esta población, como diferente del adulto; incluso, en Europa Central, apareció la pediatría como rama independiente de la medicina, separándose paulatinamente de la obstetricia y de la medicina interna⁴.

Poco a poco las expectativas puestas en la población infantil, consolidaron a lo largo del siglo XX las profesiones encaminadas a favorecer el desarrollo infantil y a lograr habilidades que posicionaran a los niños/as con competencias para desempeñarse en el mundo actual. El objetivo de este artículo es analizar las condiciones históricas mundiales que, durante el siglo XX, posibilitaron el surgimiento y consolidación de las profesiones de salud que se ubican en el campo de la [re]habilitación, y su abordaje de la infancia.

Método

Se realizó una revisión de literatura, orientada por un interés teórico conceptual que vislum-

bró la relación histórica entre los conceptos infancia y rehabilitación. A partir de la pregunta ¿qué implicaba [re]habilitar la infancia desde el surgimiento de las profesiones médicas rehabilitadoras? realizamos búsquedas de documentos científicos que dieran cuenta de estas relaciones. Esto implicó construir núcleos de sentidos⁵ y agrupamiento de estos núcleos en dos conjuntos de textos.

El primero estuvo orientado hacia la historia de profesiones como fisioterapia, fisioterapia, terapia ocupacional y del lenguaje, las cuales consideramos son la base científico-disciplinar de los programas de rehabilitación, especialmente en Estados Unidos y Europa, como lugares privilegiados de influencia en los desarrollos de Latinoamérica. El otro conjunto de textos se orientó a la infancia, desde una perspectiva histórica, no sólo médica, sino pedagógica y social, que vislumbró los puntos de encuentro con la historia de la rehabilitación.

Aunque se privilegiaron los documentos publicados durante 2003–2013 con el fin de mantener una postura actualizada, este periodo no se constituyó en un criterio de exclusión, pues en esta trayectoria histórica, fue necesario recurrir a fuentes publicadas en años anteriores. Se construyó una ruta teórica que relaciona los conceptos [re]habilitación e infancia con aspectos contextuales propios del siglo XX. La lectura exhaustiva del conjunto de textos, implicó deconstruir el saber desde una perspectiva crítica y establecer relaciones intertextuales donde emergieron las tensiones teóricas que se discuten en este artículo.

Desarrollo y discusión

La convergencia entre los conceptos infancia y rehabilitación implica formas diversas de mirar a los niños/as, reveladas por los diferentes modelos teóricos que, en especial, la ciencia médica ofrecía para explicar la relación del hombre con el mundo. La fuerte influencia de la teoría Darwiniana de la evolución, las ideas sobre la degeneración de la raza, y los discursos eugenésicos derivados de las teorías de Galton y Quetelet que se posicionaron en la ciencia médica desde el siglo XIX, centraron la atención en el estudio de la población infantil.

Estos discursos teóricos diferenciaron entre niño/as normales y anormales; según Donzelot⁶ la denominación de niños “anormales” se daba a aquellos niños con problemas relacionados con enfermedad mental u orgánica, los que presen-

taban trastornos del carácter, los inadaptados escolares y los que padecían deficiencias en su medio. Para efectos de este artículo, denominaremos niño/as con discapacidad, superando las nominaciones que en décadas pasada se daba a los niños anormales, en situación irregular, enfermos, difíciles, minusválidos o deficientes, con el fin de tener una orientación hacia la mirada actual del niño/a envuelto en el ámbito habilitador y rehabilitador.

En esa transversalización de miradas entre la ciencia médica y la infancia, encontramos unas tensiones teóricas, representadas en la Figura 1, las cuales relacionamos con acontecimientos históricos sobre el desarrollo de los saberes médicos de la habilitación/rehabilitación y el posicionamiento de la infancia, considerada en el siglo XX como una etapa característica de la vida humana, y valorada en términos del futuro y la esperanza de las naciones⁷:

La *primera tensión* teórica es entre el niño/a de hoy y el futuro adulto. Es claro que para que el niño/a se proyecte en un buen adulto, debe hacer muy bien su papel de niño. Es decir, esta dicotomía niño/a-adulto, plantea que el niño/a no va a ser niño/a por siempre y que su “buena” niñez está relacionada directamente con el “buen” adulto que puede a llegar a ser. De ahí la importancia de la niñez: el niño debe ser feliz, estar libre de traumas, desarrollarse adecuadamente. Y todo lo debe hacer por su bien, que a la vez es su futuro. Si esto sucede, lo más probable es que sea un adulto feliz, exitoso y que aporte a la sociedad.

La *segunda tensión teórica* se relaciona con los conceptos de habilitación y rehabilitación: hay que *habilitar* al niño y *rehabilitar* al adulto. En este sentido, *habilitar* es hacer a alguien o algo hábil, apto o capaz para una cosa determinada; *rehabilitar* es habilitar de nuevo o restituir a alguien o algo a su antiguo estado⁸. En algunos países los términos se usan de manera diferenciada, enfatizando que las necesidades de quienes nacen con alguna discapacidad, son distintas a aquellos cuya discapacidad es producto de una enfermedad o accidente. Para Vera & Pinzón⁹ el concepto de *rehabilitación* es aplicado a adultos que han perdido alguna capacidad, a quienes se les hace un tratamiento para que recuperen o compensen su pérdida, y *habilitación* es el tratamiento aplicado a niños/as, quienes no han adquirido determinada habilidad, por su edad e inmadurez cerebral y se les ayuda a adquirirla.

Por ello, en este artículo el concepto *[Re]habilitación* se referirá tanto a la *habilitación* como a la *rehabilitación* ya que lo que prevalece es la

idea de normalidad, la intención de devolver a su posición original lo que se ha desviado. Ambos se refieren a lograr, mantener o restablecer el mayor grado de capacidad funcional e independencia posibles, para el propio cumplimiento de unas funciones establecidas dentro de la sociedad, ya sea para un niño/a (en su promesa de adulto que va a ser), o para quien ya es un adulto.

La *tercera tensión teórica* es la relación sujeto-sociedad. El conocimiento garantizado por el saber médico sobre la prolongación de la vida, la relación salud enfermedad y el nacimiento de la profilaxis, marcan una relación importante en la interacción del sujeto con el medio ambiente. Esto desplaza la intervención del sujeto hacia la sociedad. En Colombia¹⁰, habilitación/rehabilitación integral es el proceso continuo y coordinado, tendiente a obtener la restauración máxima de la persona con discapacidad en los aspectos funcionales, físico, psíquico, educacional, social, profesional y ocupacional, con el fin de reintegrarla como miembro productivo a la comunidad. Esto deja ver como la [re]habilitación se desplaza del cuerpo, hacia lo social, educativo, laboral, dando así la posibilidad de movilizar concepciones hacia modelos sociales de la discapacidad.

Estos planteamientos son suficientes para suponer cómo en la historia, especialmente en el siglo XX, surgieron una serie de iniciativas profesionales y políticas para abordar la infancia, que desde la pediatría, radiología, ortopedia, e incluso la psiquiatría y la psicología, dieron origen a las profesiones médicas [re]habilitadoras. En consecuencia, cuando se trata de la infancia, estas profesiones se constituyen en una gran expectativa poblacional para lograr cuerpos sanos y productivos. Para dar cuenta de esto, se presentan dos apartados: el primero, abarca la primera mitad del siglo pasado, época de entreguerras y auge para la [re]habilitación; el segundo, desde la segunda mitad del siglo XX hasta la actualidad, período de organizaciones políticas y avances tecnológicos.

Primera mitad del siglo XX: El surgimiento de las profesiones médicas de la [re]habilitación

Aunque el inicio de la [re]habilitación a nivel mundial se remonta a la Grecia Antigua, con la terapia manual y la hidroterapia¹¹, es durante el siglo el siglo XX que se da fundamento académico y científico a las profesiones médicas de la [re]habilitación. Este surgimiento se enfatizó inicialmente en los adultos, especialmente por la

influencia de dos hechos fundamentales: la guerra y los accidentes laborales¹².

La Primera Guerra Mundial y el gran número de soldados heridos sobrevivientes con discapacidad hicieron que, desde 1918, países como Estados Unidos implementaran programas de rehabilitación y educación vocacional para ayudar a los veteranos de guerra a integrarse a la sociedad y a conseguir empleo. Igualmente en Inglaterra Sir Robert Jones, considerado el pionero de [re]habilitación en ese país y uno de los fundadores de la ortopedia moderna, se enfocaba a tratar soldados lesionados¹³, usando en ese entonces el sistema llamado ‘terapia de rehabilitación’, más tarde reconocido como fisioterapia. Este tipo de rehabilitación surgió gracias a programas formales de entrenamiento como la Escuela de Fisioterapia en la Universidad de Otago, Nueva Zelanda (1913), y los programas de terapia física en Reed College y el Hospital Militar Walter Reed en Estados Unidos (1914), instituciones pioneras de la fisioterapia inspiradas por cuatro enfermeras que conformaron la ‘*Chartered Society of Physiotherapy*’ en Gran Bretaña en 1884¹⁴.

En los años siguientes, los médicos investigaron medios para incrementar el cuidado de la salud e incursionaron en el uso de agentes físicos terapéuticos. Los radiólogos fueron los primeros que usaron los rayos-X como herramienta diagnóstica mientras que otro grupo de médicos incursionó en la terapia física como especialidad y crearon, en 1933, la Asociación Americana de Terapia Física, la cual recomendó la certificación de técnicos calificados en terapia física¹⁵.

Sin embargo, a finales de la década de 1930, los intereses de los médicos de terapia física se distanciaron de los radiólogos y un grupo de médicos especialistas en terapia física, liderados por el Dr. Frank Krusen de la Clínica Mayo de Rochester, iniciaron programas de educación formal, y establecieron estándares de calidad y servicios de extensión para atender a la población discapacitada. Se creó el primer Departamento de Medicina Física y Rehabilitación en Estados Unidos, la primera Escuela de Postgrado de Medicina y la primera residencia de 3 años en Medicina Física, que más tarde pasó a llamarse Medicina Física y Rehabilitación¹⁶. Para 1938, un grupo de médicos en Estados Unidos ejercían esta profesión y conformaron la Sociedad de Médicos en Terapia Física, incluidos representantes de Europa Central y la Península Escandinava, donde la terapia física y la hidroterapia habían alcanzado un gran respeto¹⁵. El Dr. Krusen es considerado el ‘padre de la medicina física’ y fue quien propuso, en 1939,

el término ‘fisiatría’, derivado de las palabras griegas ‘*physis*’, pertinente a los fenómenos físicos, y ‘*iatreia*’, que se refiere a tratamiento médico para esta especialización de la medicina.

En ese momento, la etapa de la infancia era percibida como una etapa desligada de la etapa adulta y su historia estaba unida a las medidas de protección, educación y los discursos higienistas. La incipiente medicina infantil a principios del siglo XX realizó alianzas con la escuela y la familia, posicionando discursos médico-pedagógicos en beneficio de la infancia. Durante esa época, los niños/as con discapacidad, eran herederos de una tradición de exclusión, ya fuera por el menosprecio o por el temor que generaba su presencia, postura que había sido fortalecida durante los siglos anteriores por las explicaciones religiosas. Sin embargo, en esta época surgió la necesidad de atender la infancia de una manera integral, por el gran valor que tenía para la familia y por el vínculo que el futuro infante tendría como adulto en la sociedad. Adicionalmente, la [re]habilitación en la infancia también empezó a tomar fuerza durante las décadas de 1930-1940, por hechos significativos como la epidemia de poliomielitis, que afligía a niños a nivel mundial y dejaba severamente paralizados a los que sobrevivían, asunto que centró más la mirada en el niño y en su familia, especialmente la madre quien debía proporcionarle los cuidados necesarios¹⁷.

Ante este panorama, en 1940, Elizabeth Kenny, enfermera australiana, articuló un revolucionario tratamiento para las víctimas de polio con compresas húmedas y tibias para los espasmos musculares y la manipulación muscular para re-educar los músculos. A pesar de ser controversial con la medicina física y rehabilitadora en esa época, su método, conocido más adelante como ‘el método Kenny para el tratamiento de la parálisis infantil’, se constituyó en un aspecto clave para el cuidado posterior de los pacientes con discapacidad física y fue pionero en la terapia física moderna¹⁸. El incremento de niños con polio ubicó a la infancia como el grupo más grande con discapacidades físicas. Aunque el desarrollo de programas para niños con discapacidad progresaba más lentamente que el de los adultos, esto conllevó implementar programas de intervención temprana, cuidado y [re]habilitación infantil para mejorar la calidad de vida de los niños/as y permitir que fueran posteriormente miembros productivos de la sociedad.

Esta realidad afianzó aún más la relación medicina-escuela encontrándose una marcada influencia del discurso higienista en el ámbito

escolar, considerado como el origen de muchas enfermedades. Igualmente, se inició una fuerte campaña educativa hacia las familias, especialmente las madres, quienes fueron educadas sobre hábitos higiénicos, nutricionales, e incluso morales. Además, los discursos incipientes de la psiquiatría infantil y la psicología evolutiva, perfilaban cada vez más una clasificación sobre los niños anormales: anomalías físicas, psicológicas y relacionadas con otras deficiencias estructurales como sordera, ceguera y retraso mental que eran ratificados por los profesionales¹⁹ quienes estaban inundando el terreno de la infancia.

Este panorama, sumado a los desarrollos médicos sobre la infancia agrupó una serie de profesiones. Así por ejemplo, la terapia del lenguaje, con una trayectoria de varios siglos de desempeño en áreas referentes a la medicina, la retórica y la educación especial enfocada en tratamientos de audición, habla y lenguaje, respondió a las necesidades del momento y en 1925 se consolidó esta profesión en Estados Unidos con la creación de la Sociedad Americana de Habla y Lenguaje (ASHA). Durante esta época de auge de la [re]habilitación, se inició la llamada época del siglo XX de la terapia del lenguaje²⁰, en la que se implementaron conceptos, herramientas diagnósticas y bases científicas sobre las causas y condiciones asociadas a desórdenes de la comunicación en niños y en adultos.

Paralelamente se incorporaron a los servicios de [re]habilitación los terapeutas ocupacionales, llamados inicialmente técnicos laborales y posteriormente laborterapeutas; desde 1915, con el impulso de su fundadora Eleanor Clarke Slagle, enfermera y trabajadora social, se iniciaron en Chicago las primeras Escuelas de Terapia Ocupacional²¹. Esta profesión trabajaba con salud mental, a través del llamado 'tratamiento moral' en donde los pacientes psiquiátricos realizaban actividades terapéuticas regladas, dirigidas y adecuadas a su entorno, a través del uso de la ocupación como medio terapéutico, logrando mejorar su desempeño en actividades de la vida diaria²². Pero las guerras mundiales marcaron un desarrollo importante para la terapia ocupacional pues se empezó a atender un nuevo abanico de personas con discapacidades de origen físico, heridos de guerra, enfermos crónicos, etc. Así, la Medicina Física y Rehabilitación se convirtió en motor de la terapia ocupacional durante las décadas de 1940-1950²² y se inició el cambio de filosofía en la actuación terapéutica de la psiquiatría, lo que fue trascendente para la modulación futura de esta profesión que eventualmente extendió su papel

para contribuir a la promoción de la salud y al bienestar de la persona²³.

El posicionamiento de la medicina física y rehabilitación impulsó el reconocimiento de herramientas terapéuticas como la mecanoterapia (conocida también como gimnasia médica, gimnasia ortopédica, kinesioterapia o helioterapia), la cual incluía ejercicios, manipulaciones y masajes. También se crearon organizaciones profesionales en esta área que respondían a las necesidades médicas de esa época en Estados Unidos y Europa²⁴⁻²⁶. Sin embargo, la llegada de soldados heridos en la Segunda Guerra Mundial incrementó la demanda de fisiatras en los hospitales militares. Esto motivó la creación de organizaciones para el ejercicio de esta práctica y se formaron el Comité Baruch en Medicina Física (1943) y el Consejo Americano de Terapia Física (1947)²⁷. Igualmente, en 1945 la Asociación Americana de Médicos estableció oficialmente la rama de la Medicina Física y Rehabilitación, que se conoce hoy en día como Fisiatría. Esta área de la medicina ayuda a que los pacientes retomen el control de sus vidas a través de la restauración de sus funciones corporales²⁸. La creación de estas organizaciones afianzó el núcleo de médicos dedicados a promover, fomentar, desarrollar y establecer el campo de la medicina de [re]habilitación.

Aunque algunos médicos practicaban la medicina física (el tratamiento de enfermedades agudas usando agentes físicos), y otros la medicina de [re]habilitación (el reajuste psico-social de las personas con discapacidad), ambos campos estaban integrados y era ilógico que siguieran caminos diferentes. Por esto en 1949, se integraron ambos conceptos y se constituyó la Junta Americana de Medicina Física y Rehabilitación (MAPA & R), la cual se mantiene actualmente, y cuyo propósito es enfatizar el concepto integrado de equipos de [re]habilitación enfocados al máximo funcionamiento biológico, psicológico y social de las personas con discapacidad, además de maximizar sus capacidades físicas y vocacionales²⁹. Se logró entonces la utilización organizada de los servicios de la medicina física y rehabilitación, y la expansión de su práctica médica enfocada a una rehabilitación integral, no solo para aliviar el dolor del individuo sino también para restaurar sus funciones de manera que se pudiera integrar a la sociedad 'normal'¹⁵.

Para esa misma época se habían creado departamentos de pediatría y de medicina de la [re]habilitación en los centros hospitalarios, lo que redujo la proporción de niño/as que presentaban discapacidades físicas. Sin embargo, se identifica-

ron un gran número de niños/as con otro tipo de discapacidades (mentales o de comportamiento) que también requerían equipos médicos interdisciplinarios para su atención³⁰⁻³³. El concepto de [re]habilitación consolidó su enfoque de equipo interdisciplinario, dirigido por médicos fisiatras, con la participación de terapeutas físicos, ocupacionales y del lenguaje, psicólogos, enfermeras, cuidadores, especialistas en educación vocacional e incluso personal de recreación, que creaban planes de terapias individualizados²⁸. En ese entonces, la perspectiva científico-médica en el abordaje de la discapacidad había desplazado casi por completo a las explicaciones religiosas. Para lograr los objetivos propuestos por las profesiones [re]habilitadoras, poco importaba para la medicina si la persona objeto de tratamiento era un adulto o un niño, pues lo que se privilegiaba era su condición, la cual se debía recuperar para vincularlos a la sociedad.

A partir de la segunda mitad del siglo XX: el desarrollo infantil y la consolidación de las ciencias médicas de la [re]habilitación

Una vez finalizada la Segunda Guerra Mundial, la visión sobre la infancia fue netamente asistencialista y cobraron mayor importancia los problemas sobre su vulnerabilidad. Se gestó un movimiento alrededor de los niños en situaciones de crisis, incluyendo los afectados por la posguerra, diversos conflictos internos, el hambre, entre otros³⁴. Se propagaron enfermedades endémicas, particularmente en poblaciones infantiles debilitadas por la guerra, lo que hizo necesario una atención específica a la infancia. Todo este movimiento fue irradiado hasta América Latina por médicos formados en Estados Unidos y Europa, y guiado por acontecimientos políticos locales derivados de diversos conflictos civiles³⁵.

A principios de 1950, los países de la Commonwealth Británica practicaron procedimientos de manipulación de las articulaciones, la columna vertebral y las extremidades. Fue así como los fisioterapeutas se movieron más allá de la práctica hospitalaria y para la década de 1960 actuaban en una amplia variedad de entornos, incluyendo clínicas ortopédicas ambulatorias, instituciones educativas, hospitales, centros geriátricos y de rehabilitación³⁶. Al mismo tiempo se creó en Francia el Centro médico Psicopedagógico con orientación psicoanalista, que se ocupaba de los niños “difíciles”. Esto favoreció la mirada medicalizada a la infancia, en la que la familia, asumiría un rol fundamental.

El inicio de la segunda mitad del siglo XX se caracterizó por la creación de organizaciones que consolidaron y diseminaron el ejercicio profesional del área de la [re]habilitación médica a nivel mundial y se dio apoyo económico para mejorar la situación de las personas con discapacidad desde varios campos. Se resaltan: Organización de las Naciones Unidas (ONU), Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), organización no-gubernamental Rehabilitación Internacional (RI), y la Organización Internacional del Trabajo (OIT). El impulso que estas organizaciones le dieron al abordaje de la discapacidad de adultos y niños/as, promovió el reconocimiento de la medicina de la [re]habilitación en otros países: Australia en 1976, Nueva Zelandia en 1995, Japón en 1996²⁸.

En Latinoamérica, las primeras sociedades de rehabilitación se crearon desde 1949 en Argentina³⁷; en 1961 se conformó en México la Asociación Médica Latinoamericana de Rehabilitación (AMLAR) con la participación de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Nicaragua, Perú, Puerto Rico y Uruguay, cuyo objetivo era el desarrollo de conocimientos y medios de prevención y tratamientos para la rehabilitación de las personas con algún grado de discapacidad y/o minusvalía³⁸. Además se desarrollaron políticas públicas para favorecer la inclusión y participación social de los niños/as con discapacidad³⁹. En las últimas décadas del siglo XX e inicios del siglo XXI las tecnologías de asistencia tuvieron una demanda creciente debido a mayores expectativas de vida, cambios demográficos y mayor participación de las personas con discapacidad en todos los ámbitos de la vida social, laboral, cultural y de comunicación⁴⁰. Un nuevo abanico de profesionales se suman al equipo [re]habilitador interdisciplinario: ingenieros, arquitectos, expertos en sistemas y bio-tecnólogos, entre otros, con la idea de desarrollar un trabajo más centrado en la familia, la comunidad y la corresponsabilidad individual y grupal para garantizar el contacto de la persona en su contexto cultural y social⁴¹.

Todos estos desarrollos de la ciencia y la medicina, significaron para los niños/as con discapacidad, no sólo mayores posibilidades de supervivencia, en la medida que podían superar muchas clases de adversidades que antes era imposible tratar y generaban altas tasas de mortalidad infantil, sino que incrementaron sus opciones de acceder a escenarios familiares, educacionales y sociales.

Incursionar en procesos [re]habilitadores les permitió disminuir o desaparecer la diferencia, con el fin de poder funcionar en la sociedad.

De otro lado, el ideal [re]habilitador, sedimentado en prácticas médico-asistencialistas, se constituyó en el caldo de cultivo para lograr una sociedad obsesionada por la buena salud, donde la imperfección del ser humano era constantemente superada. Según Davis⁴², el concepto de normalidad o promedio (que surgió en el siglo XIX), y las formulaciones de Quetelet, sobre la antropometría, fueron un paso importante para la generalización de esta idea. La propuesta de Quetelet del 'hombre tipo medio' físico y moralmente, constituyó una especie de hombre ideal, ejemplificación de toda la grandeza de la humanidad. La normalidad implicaba la mayoría y, en ese sentido, los extremos serían las desviaciones: lo otro, lo contrario, lo no-normal; el paso consecuente era que el Estado normalizara lo que no estaba estándar. También los estudios de Galton sobre la distribución normal, impusieron la exigencia del ser ideal desde un imperativo jerarquizado que partió de la normalidad, pero ubicó un extremo superior, un ideal de perfectibilidad humana al que se debería llegar, y otro extremo, inferior, donde se ubicaban los más débiles. En este ámbito, se desarrollaron trabajos como los de Binet sobre el concepto de Cociente Intelectual, que abrieron un nuevo abanico de denominaciones para niños/as que estaban por debajo de lo normal.

Esto fundamentó la idea de medir el desarrollo del niño, en unas escalas preestablecidas y estandarizadas desde parámetros de 'normalidad' que se esperaba fueran alcanzadas por todos los niños/as en determinadas edades, lo cual se realizó mediante discursos científicos bien argumentados, que se asumen hoy como verdades incuestionables y perpetúan la expectativa de ese ser ideal puesta especialmente en los niños/as.

Por ello los niños/as son hoy observados con lupa durante esta etapa y, ante cualquier indicio de desviación, son sometidos a una lógica de disciplinamiento y entrenamiento, incluso desde edades muy tempranas, que les permitirá, en la medida de lo posible, volver a ese ideal de perfectibilidad desde el cual podrán, en un futuro, ser valorados por su vida productiva y social. Ese niño/a, científicamente construido desde los discursos desarrollistas colonizados por la ciencia médica, se constituye hoy en día en un gran núcleo de trabajo de la [re]habilitación.

Pero es también durante estos últimos años, que se cuestiona, de manera gradual y creciente, la insuficiencia del abordaje [re]habilitador a la

discapacidad. El énfasis individualista se conjuga con el contexto social, dando como resultado un abordaje bio-psico-social a la discapacidad⁴³. La [re]habilitación debe ir más allá de la asistencia médica individual, dinámica que coexiste con un discurso, que se disemina cada vez más, sobre la aceptación de la diversidad.

Sin embargo, este intento por extender la mirada a otros procesos fuera del individuo, descentralizando el énfasis en el cuerpo sano, ha tenido poco resultado, pues más que un asunto social, prevalece una mirada sobre la salud, e inevitablemente hace que los profesionales de la [re]habilitación continúen fortaleciendo su alianza con las ciencias médicas⁴⁴. A pesar que se enfatiza la perfección corporal (a lo que la estética hace un gran aporte), también se arraiga la idea del otro como diverso. Esta ambivalencia entre lo normal y lo diverso, genera incertidumbres a la [re]habilitación y más aún si se trata de la infancia, que rompe hoy con todos los estándares desarrollistas que durante muchos años se empeñaron en inculcar los discursos normalizadores y medicalizadores.

Conclusiones

En esta época contemporánea, la [re]habilitación se confronta con las concepciones sobre la infancia, la cual es vista como una construcción social⁴⁵. Varios autores^{46,47} consideran que el concepto de infancia ha tenido importantes modificaciones sobre la segunda mitad del siglo XX. Los cambios mundiales a partir de la globalización, profundización de crisis sociales, posicionamiento de nuevas tecnologías y medios de comunicación han influido los modos de ser niño/a y de comprender la infancia. En el siglo XXI no puede hablarse de una infancia, sino de varias infancias, pues, como lo asegura Colangelo⁴⁸ "no representa lo mismo ni es vivido de la misma manera en todos los grupos humanos". Además en el contexto actual hay múltiples circunstancias que influyen en la forma como se ven, actúan y sienten los niños/as. Las diversas infancias, conciben la autoridad no como una característica que posee el adulto *per se*, sino como un atributo que se construye en interacciones mediadas por el lenguaje. Se deben superar los discursos, que refieren a los niños/as como objetos a moldear, ordenar, clasificar, disciplinar e ilustrar, y asumirlos como actores sociales⁴⁵. Se trata de reconocer lo que se hace en cada etapa (infancia y adultez), para transformar las experiencias vividas y desplegar la capacidad de producirse a sí mismos⁴⁹.

En contextos en que los medios de comunicación influyen la construcción de subjetividades, las realidades que enfrentan los niños/as son diversas y complejas⁴⁵ y es difícil mantener la visión normalizadora de la infancia, instalada durante el siglo XX. Es necesario repensar las formas de concebir a estos niños/as, como sujetos activos, partícipes de sus propios procesos de desarrollo, en la búsqueda constante de una mayor autonomía y de una aceptación de su historia particular, como una de las infancias que se constituyen en este nuevo orden social.

Respecto a las tensiones teóricas planteadas, se observa un movimiento progresivo desde la comprensión de la [re]habilitación de los adultos hacia la habilitación de los niños/as, lo que clarifica las posturas normalizadoras de la sociedad hacia la funcionalidad y el ideal de perfección que debe cumplir cada persona. Sin embargo, ante el debate de qué o a quién se [re]habilita, no hay diferencias frente a las expectativas de la sociedad: lograr la autonomía de las personas y su funcionalidad respecto al papel que deben cumplir en la sociedad.

Igualmente se esbozan las tensiones entre el sujeto y la sociedad, lo que hace pensar cómo los discursos de la medicina, escuela, familia y Estado, permearon las formas “correctas” o adecuadas de ser niño/a. Según Donzelot⁶, lo social nos lleva a pensar un sujeto pequeño que se relaciona

con lo jurídico, lo económico, lo urbano/rural, lo público y lo privado, que a la vez repercute en esas realidades y en las formas de ser niño/a. Igualmente se enfrentan las presiones que ejerce el Estado sobre la medicina, la familia sobre la escuela, lo judicial sobre la familia, la escuela sobre la medicina, etc. Pero más allá de estas intersecciones en las que la infancia emerge, lo que preocupa en estos planteamientos es también la movilización de posturas [re]habilitadoras del abordaje de la discapacidad, hacia posturas sociales, en donde lo que se debe [re]habilitar no es el cuerpo, el sujeto individual, sino la sociedad. Pero ¿qué es rehabilitar la sociedad?, ¿Cómo las profesiones [re]habilitadoras en salud están desplazando sus paradigmas de funcionalidad biológica hacia otros paradigmas sociales?, ¿Cómo se hace evidente esa intersección entre ciencias médicas y ciencias sociales, especialmente cuando hablamos de [re]habilitación en la infancia? Por eso es necesario considerar que al tratarse de la infancia, la [re]habilitación se constituye en uno más de sus abordajes, razón por la cual es necesario pensar en la interacción permanente entre los aspectos que se plantean en la Figura 1.

Más allá de la arraigada fuerza conceptual y práctica de las ciencias médicas [re]habilitadoras, se hace preciso comprender la importancia de ‘sacudir-nos’ esa necesidad frecuente de estigma-

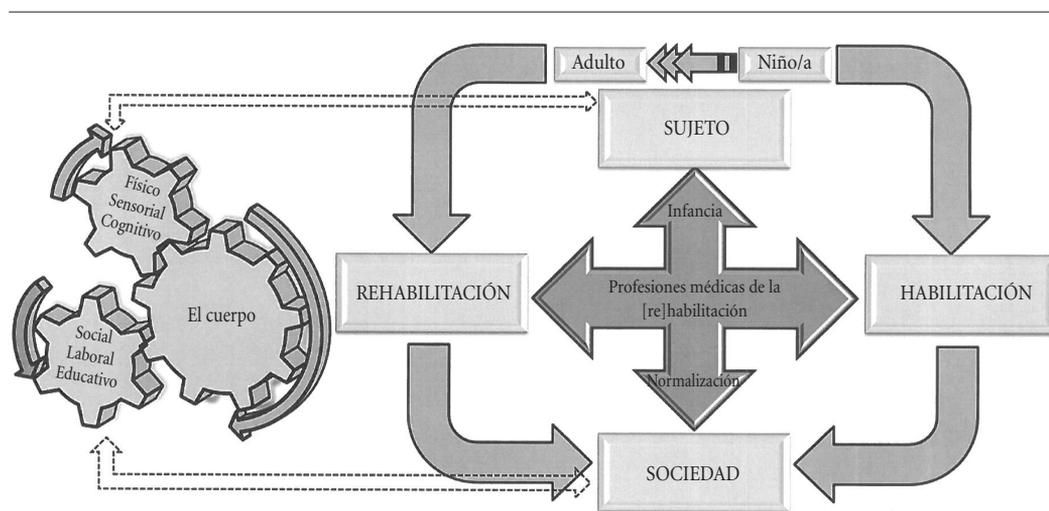


Figura 1. Interacciones entre las tensiones teóricas postuladas: 1) entre el niño/a y el futuro adulto, 2) entre los conceptos de habilitación y rehabilitación, y 3) entre el sujeto y la sociedad. Todas estas tensiones están enfocadas hacia un cuerpo funcional.

tizar a los niños/as por su desarrollo. Se trata de hacer rupturas de ese pensamiento dicotómico y pensar en lo alternativo: rebelarnos para poder revelar realmente lo diferente, –no lo desviado de la norma– y permitirnos construir otras formas de comprender esa realidad, una realidad distinta a la que habita debajo de una curva de distribución normal.

Colaboradores

NA Pava-Ripoll participó en la concepción, organización metodológica y redacción y P Granada-Echeverry participó en la redacción y revisión crítica del artículo.

Referências

1. Cadena AM. *Proyectos sociopolíticos, poblacionales y familias: de las políticas de higiene al control a través del afecto. Colombia 1900-1999*. Bogotá: Universidad de los Andes; 2004.
2. Ferreira M. De la minus-valía a la diversidad funcional: un nuevo marco teórico-metodológico. *Política y Sociedad*. 2010; 47(1):45-65.
3. Ariés P. *El niño y la vida familiar en el antiguo régimen*. Madrid: Taurus; 1992.
4. Mesa G. Anotaciones para una historia de la pediatría y la puericultura. *Rev Iatreia* 2006; 19(3):296-304.
5. Moreira MCN, Gomes R, Sá MR. Doenças crônicas em crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. *Cien Saude Colet* 2014; 19(7):2083-2094.
6. Donzelot J. *La policía de las familias. Familia, sociedad y poder*. Buenos Aires: Nueva Visión Argentina; 2008.
7. Londoño P, Londoño S. *Los niños que fuimos. Huellas de la infancia en Colombia*. Bogotá: Banco de la República; 2012.
8. *Diccionario de la Real Academia de la Lengua española*. 22ª ed. Madrid: Real Academia Española; 2001.
9. Vera L, Pinzón L. *Manual de medicina de rehabilitación*. Bogotá: Manual Moderno; 2002.
10. Ministerio de Protección Social de Colombia. [cited 2013 Dec 4]. Available from: <http://www.minsalud.gov.co/Lists/Glosario/DispForm.aspx?ID=29>.
11. Giuletti J, Karcher C, Young M, Powell K, Wilkie S, Hogg S. History of Physical Therapy. [cited 2012 Dec 4]. Available from: <http://www.eugenept.com/history.html>.
12. Palacios A. *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Madrid: CERMI; 2008.
13. Grahame R. The decline of rehabilitation services and its impact on disability benefits. *J R Soc Med* 2002; 95(3):114-117.
14. Sharma Krishna N. Exploration of the History of Physiotherapy. *Scientific Research Journal of India*. 2012; 1(1):19-22.
15. Kottke FJ, Knapp ME. The Development of Physiatry before 1950. *Arch Phys Med Rehabil* 1988; 69(4):1-11.

16. Krusen FH. Historical development in physical medicine and rehabilitation during the last forty year. *Arch Phys Med Rehabil* 1969; 50(1):1-5.
17. Nathanson N, Kew O. From Emergence to eradication: The Epidemiology of Poliomyelitis Deconstructed. *Am J Epidemiol* 2010; 172(11):1213-1229.
18. Fairley M. Sister Kenny: Confronting the Conventional in Polio Treatment. *The O&P EDGE* 2008; 7(11):8-18.
19. Amador J. La subordinación de la infancia como parámetro biopolítico y diferencia colonial en Colombia (1920-1968). *Nómadias* 2009; 31:240-256.
20. Duchan JF. History of Speech-Language Pathology. Buffalo, New York 2011 [cited 2013 Oct 14]. Available from: <http://www.acsu.buffalo.edu/~duchan/>.
21. Morrison R. (Re)conociendo a las fundadoras y “madres” de a terapia ocupacional. Una aproximación desde los estudios feministas sobre la ciencia. *TOG (A Coruña)* [Internet]. 2011; 8(14):1-21. [cited 2013 Oct 12]. Available from: <http://www.revistaog.com/num14/pdfs/original4.pdf>.
22. Santos Del Riego S. Terapia Ocupacional: Del siglo XIX al XXI. Historia y concepto de ocupación. *Rehabilitación (Mad)* 2005; 39(4):179-184.
23. Peñas OL. Terapia ocupacional en Colombia: cuatro décadas de posicionamiento en la sociedad *Rev de la Facultad de Medicina* 2006; 54(4):229-231.
24. Terlouw TJA. Roots of Physical Medicine, Physical Therapy, and Mechanotherapy in the Netherlands in the 19th Century: A Disputed Area within the Healthcare Domain. *J Man Manip Ther* 2007; 15(2):E23-E41.
25. Vergara L. Desarrollo de la Medicina Física y Rehabilitación como especialidad médica. *Rev Hospital Clínico Universidad de Chile* 2010; 21(4):281-288.
26. Bertolini C, Delarque A. A Brief History of European Organizations of Physical and Rehabilitation Medicine. *Am J Phys Med Rehabil*. 2008; 87(7):592-595.
27. Folz TJ, Opitz J, Peters J, Gelfman R. The history of Physical Medicine and Rehabilitation as Recorded in the Diary of Dr. Frank Krusen: Part 2: Forging Ahead (1943-1947). *Arch Phys Med Rehabil* 1997; 78(4):446-450.
28. Dawson P. A new discipline in Medicine, Physiatry: Physical Medicine end Rehabilitation. *West Indian Med* 2009; 58(6):497-498.
29. Gelfman R, Peters J, Opitz JL, Folz TJ. The History of Physical Medicine and Rehabilitation as Recorded in the Diary of Dr. Frank Krusen: Part 3. Consolidating the Position (1948-1953). *Arch Phys Med Rehabil* 1997; 78(5):556-561.
30. Cohen HJ. A History of the Children’s Evaluation and Rehabilitation Center (CERC) at the Albert Einstein College of Medicine, 1956-2008. *The Einstein Journal of Biology and Medicine* 2010; 25-32.
31. Shonkoff JP, Meisels SJ. Early Childhood Intervention: The Evolution of a Concept. In: Shonkoff JP, Meisels SJ, editors. *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge: Cambridge University Press; 2000.
32. Tyack ZF, Ziviani J. What influences the functional outcome of children at six months post-burn? *Burns* 2003; 29(5):433-444.
33. World Health Organization (WHO). *Care for children with post-polio paralysis*. Geneva: WHO; 2013 [cited 2013 Oct 13]. Available from: <http://www.emro.who.int/polio/strategy-care-for-post-polio-paralytic-cases/care-for-children-post-polio-paralysis.html>
34. United Nation Children’s Fund (Unicef). *1946-2006. Sesenta años en pro de la infancia*. New York: Unicef; 2006.
35. Herrera M, Cárdenas Y. Tendencias analíticas en la historiografía de la infancia en América Latina. *Rev ACH-SC* 2013; 40(2):279-311.
36. McKenzie R. Patient Heal Thyself. *Worldwide Spine & Rehabilitation* 2002; 2(1):16-20.
37. Sotaleno F. Historia de la Rehabilitacion en Latino América 2002 [cited 2013 Jan 1]. Available from: <http://journals.lww.com/ajpmr/Documents/Manuscript%20AJ11107%20Sotelano%20Invited%20Commentary.pdf>
38. Asociación Latinoamericana de Medicina Física y Rehabilitación (AMLAR). 2003 [cited 2013 Oct 10]. Available from: <http://www.amlar-web.com/index.php/quienes-somos/estatutos>
39. Neves-Silva P, Álvarez-Martín E. Estudio descriptivo de las características sociodemográficas de la discapacidad en América Latina. *Cien Saude Colet* 2014; 19(12):4889-4898.
40. Rodríguez-Porrero C. Ayudas Técnicas. *Rehabilitación (Mad)* 1999; 33(6):363-366.
41. Alzate M, López L, Velasquez V. Una mirada de la Rehabilitación desde la perspectiva de la profesión de enfermería. *Rev Avances en Enfermería* 2010; 28(1):151-164.
42. Davis L. Cómo se construye la normalidad. La curva de Bell, la novela, y la invención del cuerpo discapacitado en el siglo XIX. In: Brogna P, editor. *Visiones y revisiones de la discapacidad*. México: Fondo de Cultura Económica; 2009. p. 188-211.
43. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud*. Geneva: OMS; 2001.
44. Barnes C. Un chiste “malo” ¿Rehabilitar a las personas con discapacidad en una sociedad que discapacita? In: Brogna P, editor. *Visiones y revisiones de la discapacidad*. México: Fondo de Cultura Económica; 2009.
45. Duarte-Duarte J. Infancias contemporáneas, medios y autoridad. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud* 2013; 11(2):461-472.
46. Leguizamón G, González L. La niñez: ¿qué sujeto adviene en el contexto sociocultural del siglo XXI? *Rev Fundamentos de Humanidades* 2011; 12(1):149-158.
47. Jimenez A. *Emergencia de la infancia contemporánea 1968-2006*. Bogotá: Universidad Distrital Francisco José de Caldas; 2012.
48. Colangelo MA. La mirada antropológica sobre la infancia. Reflexiones y perspectivas de abordaje. Congreso Internacional: La formación docente entre el S. XIX y S. XXI; Buenos Aires; 2003.
49. Muñoz G. Infancia, comunicación, mediaciones y medios. In: Rincón C, editor. *Infancia y Comunicación*. Bogotá: Universidad Distrital Francisco José de Caldas; 2002. p. 79-134.

Artigo apresentado em 08/03/2014

Aprovado em 04/05/2015

Versão final apresentada em 06/05/2015