

# Aceptación o rechazo: perspectiva histórica sobre la discapacidad, la rehabilitación y la psicología de la rehabilitación

*Acceptation or rejection: historical perspective regarding  
disability, rehabilitation, and rehabilitation psychology*

*Fernando Juárez Acosta, Edna Jimena Holguín Ávila  
y Alicia Salamanca Sanabria<sup>1</sup>*

## RESUMEN

El presente artículo revisa la evolución de la psicología de la rehabilitación, desde una preocupación por el examen de los correlatos psicológicos de las desviaciones somáticas, a una relacionada con los aspectos involucrados en sobreponerse a la discapacidad en los niveles personal y social. Actualmente, las contribuciones de la psicología a la rehabilitación han dado lugar a la atención integral de la persona discapacitada, pero todavía permanece el debate acerca de la propia definición de discapacidad y del rol del individuo discapacitado en la sociedad, debate al que se deben incorporar otros planteamientos, en particular los provenientes de las personas discapacitadas.

**Palabras clave:** Historia de la psicología; Atención integral; Rehabilitación; Psicología de la rehabilitación.

## ABSTRACT

*This paper reviews the evolution of rehabilitative psychology, from being concerned with the testing of the psychological correlates of somatic deviations, to one relating to the aspects involved in overcoming disability from a personal and social point of view. Now, the contributions of psychology to rehabilitation have resulted an integral care for people with disability, but the debate about the conceptualization of disability and the role of disabled people in society still remains; said debate should incorporate new views, particularly those coming from handicapped people.*

**Key words:** History of Psychology; Integral attention; Rehabilitation; Psychology of rehabilitation.

## INTRODUCCIÓN

Aunque los conceptos de *rehabilitación*, *medicina de la rehabilitación*, y especialmente la *psicología de la rehabilitación* tienen un desarrollo muy reciente en la historia de las ciencias de la salud, la pérdida permanente de alguna función física y las limitaciones a que ello da lugar han acompañado siempre a la humanidad. Albrecht (1976) denominó “constante humana” a la insuficiencia, ya que en

---

<sup>1</sup> Universidad El Bosque, Apartado Aéreo 17467, Bogotá, Colombia, correo electrónico: fernando\_juarez2@yahoo.com. Artículo recibido el 2 de mayo y aceptado el 27 de junio de 2006.

todas las épocas históricas ha habido individuos que hoy serían considerados como discapacitados. En este sentido, la existencia de la discapacidad depende de que se la considere como tal, y eso a su vez depende del sistema de salud vigente, que siempre se basa en una concepción lógica racional e irracional de la enfermedad (Mejía, 1999) que está influida por el sistema social y el sistema cultural (López, 2000). Asimismo, las ideas acerca del origen y el tratamiento de las enfermedades han condicionado la vida de las personas con limitaciones, aunque es cierto que en épocas muy diferentes y en sociedades muy distintas ha existido siempre algún tipo de preocupación por mejorar sus condiciones de vida.

Se puede creer que la enfermedad se origina por causas naturales o por causas sobrenaturales, estas últimas de origen místico (causa de un acto o experiencia), animista (un ser sobrenatural), o mágico (seres humanos maliciosos que hacen enfermar a la gente) (Porter, 1998). Actualmente existen consideraciones acerca de cierto tipo de enfermedades que escapan por completo a una explicación científica y que poseen el más puro carácter supersticioso; el caso paradigmático sería la lepra, enfermedad que a pesar de no ser muy contagiosa en relación, por ejemplo, con la tuberculosis, hace más difícil conseguir empleo a quienes la sufren que aquellas enfermedades que no son tan visibles (Sigerist, 1987). Actitudes como estas han dado lugar a que se diga que durante siglos las personas físicamente incapacitadas han sido marginadas, adoradas, despreciadas, compadecidas, temidas e incomprendidas (Restrepo y Cano, 1995); sin embargo, se requiere un análisis más minucioso de todo lo anterior.

## LA PREHISTORIA

En los hallazgos prehistóricos resulta difícil identificar características psicológicas o insuficiencias sensoriales o intelectuales ya que no se aprecian en los restos óseos (Barnes, 1998); no obstante, eso no impide hallar indicios de que en esas épocas hubo una cierta consideración hacia las personas con insuficiencias; mientras que es posible que las bandas de cazadores-recolectores abandonaran a sus enfermos, la aparición de chamanes y

el aumento de la fuerza de trabajo hizo que se les atendiera (Porter, 1998). Además, a pesar de la existencia de enfermedades deformantes e incapacitantes como consecuencia de traumatismos y de osteoartrosis (Mejía, 1999), no hay indicio de infanticidio ni de abortos en esos tiempos (Aguirre, 1972); en efecto, nuestros antepasados no acudieron a estos medios para deshacerse de quienes no estaban en condiciones óptimas para afrontar su tipo de vida. Los primitivos debieron compadecerse de sus congéneres menos favorecidos, pues, en caso contrario, el hombre viejo y desdentado de la cueva de Chapelle Aux Saints, con graves lesiones de artrosis en columna y manos, no hubiera alcanzado los 40 años de edad; lo mismo le habría ocurrido al hombre paleolítico de la cueva de Shanidar, que muestra evidencias de amputación de un brazo como consecuencia de un accidente (Mejía, 1999), ni tampoco hubiera habido toda una manifestación artística alrededor de los individuos con malformaciones, como se observa en los vasos y urnas del Neolítico, donde aparecen individuos jorobados, enanos y otros, si no fuera precisamente porque dichos individuos debieron merecer la atención de la comunidad.

La práctica de la trepanación constituyó un procedimiento quirúrgico con implicaciones religiosas (Ortner y Putschar, 1981) en el cual los aspectos rituales y terapéuticos estaban unidos (Walker, 1966). Las trepanaciones eran frecuentes en los huesos frontal y occipital, y en menor grado en el parietal izquierdo (Mejía, 1999). Manouvrier describió una lesión sincipital en "t", que atribuyó a la cauterización practicada para curar enfermedades mentales (Ortner y Putschar, 1981). La evidencia de hueso nuevo alrededor de las heridas confirma que éstas se hicieron en vida y que el paciente sobrevivió al procedimiento (Mejía, 1999), lo que indica que también debieron recibir algún tipo de cuidado.

Entonces, ¿de donde surge la idea tan extendida de que los antepasados primitivos eliminaban a sus congéneres discapacitados? Tal como ha afirmado Barnes (1998), en la base de esta idea se encuentra la denominada "tesis de la población excedente", según la cual en aquellas poblaciones con precarios medios económicos cualquier individuo débil o dependiente será eliminado. No obstante, aun suponiendo que a lo largo

de los diferentes períodos prehistóricos la abundancia no haya sido la norma, los hallazgos obtenidos resultan sorprendentes y van en contra de lo que ya han indicado algunos autores: la idea preconcebida y falsa de que los hombres prehistóricos constituían una humanidad salvaje (Clottes y Lewis-Williams, 2001).

## LAS MEDICINAS SISTEMÁTICAS ARCAICAS

La cultura mesopotámica se extiende desde el año 3000 hasta el 539 a. de C. y tenía una fuerte base religiosa para explicar la enfermedad (López, 2000): todas las enfermedades provenían de los dioses (Sigerist, 1987), y se evitaban acatando las leyes religiosas y las normas sociales (Lyons, 1987a), por lo que dichas normas sociales tenían también un sentido religioso, pues si se rompían podían provocar el castigo divino e incluso afectar a otras personas; en tal sentido, lo social era igual a religión. De este modo, la enfermedad – que también podía adquirirse por contagio con un impuro– consistía en molestias físicas y sufrimiento moral (Zaragoza, 1972), y ya que el propio enfermo era un impuro, se prohibía todo contacto con él (Lyons, 1987a). Sin embargo, parece que en Mesopotamia no todo eran pecados sino que existió una medicina racional, practicándose cirugías e incluso operaciones de cataratas (Thorwald, 1968), lo que daba lugar a dos tipos de practicantes que trabajaban conjuntamente: el exorcista y el médico; el médico remitía al enfermo al exorcista, en una especie de interconsulta, cuando sospechaba una causa sobrenatural de su enfermedad (Gómez, 2002).

Según el código de Hammurabi, las insuficiencias provocadas intencionalmente en una persona se castigaban con una insuficiencia similar en el perpetrador, ya fuera la pérdida de un ojo, una mano o cualquier otro órgano o miembro, aunque para las víctimas de clase inferior se admitían las reparaciones en dinero (Sigerist, 1987). De este modo, la insuficiencia no era el resultado de un accidente o de una enfermedad, sino que era originada por la propia aplicación de la ley.

Las anomalías y malformaciones que mostraban los recién nacidos tenían un importante significado y se les consideraba augurios (Zaragoza, 1972), por lo que dichas características no provo-

caban, al menos inmediatamente, que se abandonara a los individuos afectados. Además, algunas dolencias crónicas afectaban a los mismos monarcas; por ejemplo, el rey Esarhadon (680-669 a. de C.) padecía de una dolencia reumática que convirtió su vida en una desgracia; incluso llegaban a sugerirle extracciones dentarias para curarle (Thorwald, 1968); empero, a pesar de lo dudoso del procedimiento, no se le obligó a retirarse de su cargo con motivo de su enfermedad. Las afecciones de difícil curación de las piernas y los pies se combatían asimismo por medio de encantamientos (Zaragoza, 1972), lo que muestra que, fuera cual fuera el sistema utilizado, en Mesopotamia no se excluía a las personas con enfermedades crónicas. En realidad, era todo lo contrario: cuando alguien caía enfermo, se le exponía en la calle, y los que pasaban tenían la obligación de preguntarle sobre su dolencia para aconsejarlo (Somolinos, 1964); es decir, la ayuda era una obligación.

La medicina egipcia se extiende desde el año 3200 hasta el 30 a. de C., y se le encuentra recogida en una serie de papiros (Farrerons, 1997). Aunque en Egipto está presente el componente mágico, también existió una práctica no tan demoníaca ya que, por ejemplo, las enfermedades internas se explicaban por parásitos invisibles (Somolinos, 1964).

También en el antiguo Egipto había individuos con limitaciones o insuficiencias, y de nuevo es dudoso que los egipcios descuidaran a dichas personas. La presencia de parálisis en ese pueblo está representada en relieves de individuos adultos con una pierna más corta que la otra, quienes se sirven de un bastón como ayuda para caminar; hay igualmente relieves que ilustran músicos ciegos (Thorwald, 1968), y en las pinturas de las tumbas o en las esculturas aparecen enfermos aquejados de malformaciones o ancianos, lo que demuestra que los egipcios no se burlaban de estos individuos sino que recibían su atención (Lyons, 1987b); además, las malformaciones de los monarcas egipcios –como el caso del pie torcido del rey Siptah (1100 a. de C.)–, o las manos acalambradas por lesión craneal encontradas en la momia de un rey que murió hacia el 1700 a. de C. (Thorwald, 1968), no tenían consecuencias en el orden político, ni se les consideraba como reyes inferiores debido a ello.

Los datos anteriores indican que, lejos de constituir sociedades bárbaras sin preocupación por las personas con insuficiencias, en Mesopotamia y en el antiguo Egipto prevaleció –pese a los escasos medios de los que disponían– el cuidado y respeto hacia las personas con insuficiencias o limitaciones, que incluso involucraban ciertos elementos protopsicológicos manejados por el brujo o el sacerdote, los que debían ejercer una fuerte influencia sobre los pacientes.

## MEDICINAS CIENTÍFICO-ESPECULATIVAS Y RACIONALES

La medicina tradicional china, cuyo desarrollo va desde 2852 a. de C. hasta 220 d. de C., está reflejada en una serie de textos antiguos que contienen una farmacopea en forma de recetas, así como de las funciones del cuerpo humano, sus enfermedades y su cura (Thorwald, 1968). Esta medicina consideraba el organismo como un todo integrado, en el que la alteración de una de las partes tenía un efecto en el todo (Sánchez, 1998); aunque en esa sociedad pueda parecer como algo mágico, no debería dársele esa interpretación, especialmente si se considera que en la medicina moderna se piensa lo mismo, ya que se supone (y, como se verá más adelante, es sólo una mera suposición) que tener una discapacidad debe afectar psicológicamente a las personas, pues la parte influye en el todo.

En la sociedad china, los individuos con alguna insuficiencia no únicamente recibían importantes cuidados sino que tenían la posibilidad de incorporarse activamente a ella; de este modo, se adiestraba a individuos ciegos para practicar masajes en pacientes mujeres, pues había la creencia de que los ciegos se concentraban mejor y tenían más desarrollado el tacto que los videntes (De Mena, 1987), poniendo así de manifiesto que las creencias comunes permanecen vivas durante siglos.

En la medicina india se distingue un periodo védico (1500 a 800 a. de C.) y un periodo brahmánico (hasta el año 1000 d. de C.), y aunque en ambos predomina el demonio como causante de la enfermedad (Starobinski, 1965) o se considera la misma como un pecado o contaminación producida por un comportamiento contra el orden esta-

blecido (Forero, 2003), en los siglos III a VII d. de C. principia un proceso de observación filosófica del organismo y sus enfermedades con base en el equilibrio y armonía de los humores (Restrepo y Cano, 1995). Es aquí cuando aparece la célebre teoría de los humores (no tan aciaga después de todo ya que duró más de mil años). El interés hacia las personas con discapacidad se refleja en una incipiente ortopédica que emplea ingeniosos dispositivos y prótesis diseñados para sustituir los órganos y miembros perdidos (Thorwald, 1968), revelando así los intentos realizados para que estos individuos pudieran tener una mejor apariencia y mayores posibilidades de movimiento, funcionales y aceptables socialmente.

En repetidas ocasiones se ha puesto de manifiesto que la cultura griega clásica aglutinó numerosos elementos procedentes de grandes culturas arcaicas vecinas (López, 2000). Entre ellos, la figura egipcia de Imhotep (Asclepiades para los griegos) (Farrerons, 1997), suscitó un culto que comienza hacia el año 900 a. de C. erigiendo templos a la divinidad sanadora (Martínez, Pastor y Sendra, 1998). Tal figura asume la función de sanar a los enfermos (Quiñones, 1992) mientras dormían el sueño terapéutico, a quienes les proporcionaba consejos. Se cuenta que un individuo parapléjico, al soñar que el dios le prescribía quedarse en el templo para sanar, al cabo de cuatro meses salió caminando (Schubert, 1995), lo que también revela que los individuos con una enfermedad incapacitante no tenían vedada la entrada a templos tan importantes como esos, aunque es claro que ello podía constituir el último recurso.

Aunque incluso en teorías tan disparatadas como la creada por los pitagóricos había normas higiénicas adecuadas, la medicina griega fue un caos (De Mena, 1987); sin embargo, Hipócrates, en el siglo V a. de C., conjuga las disciplinas filosófica y médica (Sánchez, 1998), y así las primeras historias clínicas aparecen en su sistema (Laín, 1961). Al contrario de lo que se suele pensar, no era este médico griego un decidido naturalista incontaminado de otras tendencias existentes, sino que mezclaba varias cosas. Platón (428-347 a. de C.) se refirió a Hipócrates como seguidor de Asclepio (Pérez, 1997), el dios milagroso, y también describió la medicina de aquél como una medicina basada en la filosofía natural (Schubert, 1995);

es decir, nadie sabía muy bien lo que hacía, ya que todos los elementos de la filosofía natural presocrática estaban en Hipócrates (Sigerist, 1949), quien además se basó mucho en Pitágoras para elaborar su sistema (Quiñones, 1992): recuérdense los cuatro humores y el número 4, mágico para Pitágoras. Pese a ello, en contraste con los templos dedicados al dios Asclepio, donde se producían milagros, Hipócrates establece límites para la intervención, lo que, unido al incremento en los conocimientos anatómicos, paradójicamente propició que no se atendiera a los enfermos. La sociedad griega era ciertamente compleja.

Para los griegos, el hombre ideal era un ser armonioso, bien equilibrado en cuerpo y alma, y si la condición del paciente resultaba incurable, el tratamiento médico se consideraba inútil (Sigerist, 1987). A pesar de considerarse esta cultura como la cuna de la actual medicina, la valoración negativa que se hacía del enfermo y las limitaciones del tratamiento justificaba que se abandonara a los incurables y se fomentaran las costumbres despiadadas contra los niños deformes; había asimismo una notable ausencia de hospitales, aunque –todo tiene su excepción– a los ricos les estaba reservada una atención permanente (Sánchez, 1998). Es posible que Aristóteles no esté libre de culpa, pues pensaba que el ser humano solamente es feliz si utiliza todas sus capacidades y posibilidades, siendo valiente en las relaciones con la comunidad, estando en equilibrio y practicando la moderación (Forero, 2003), lo que se puede entender como una persona sin limitaciones.

Por otra parte, en Roma se producen avances en el campo de la rehabilitación y se practica una medicina militar muy importante. Celso, en el hospital de convalecientes militares de Roma, escribe numerosos tratados y elabora numerosas ideas en este campo (De Mena, 1987). Aunque se ha señalado que su obra está extraída de los tratados griegos (Walker, 1966), sin duda la medicina militar ha aportado mucho a la medicina de la rehabilitación. En el siglo II d. de C., Galeno de Pérgamo integra la teoría humoral en un sistema complejo que pervivirá durante mucho tiempo (Sánchez, 1998). A pesar de estos progresos, la legislación romana seguía siendo abusiva con las personas con insuficiencias, toda vez que un padre podía eliminar a su hijo con limitaciones, pre-

via petición de consentimiento a cinco personas, o bien podía abandonarlo en las calles (Restrepo y Cano, 1995). Definitivamente, en Roma una cosa era la milicia y otra la sociedad civil.

Las aportaciones de todas estas culturas a la atención de las personas con limitaciones consistieron en propiciar desarrollos empíricos y conceptuales acerca del funcionamiento del organismo. Es diferente el concepto integral de la medicina china, de los dispositivos de los médicos indios, de la dietética, de la forma de administrar la vida de los médicos griegos y de la farmacopea desarrollada por Galeno. A través de todos estos sistemas, las personas con insuficiencias transitan a veces con fortuna y otras veces con menos suerte. Igual le ocurre a la psicología, la cual en ocasiones puede incorporarse a estos sistemas –como en el hipocrático–, pero siempre de manera encubierta, de modo que los procesos psicológicos más sobresalientes se abordan como relacionados con aspectos psicopatológicos o de carácter, mientras que aquellas prácticas psicológicas que realmente afectaban al enfermo crónico o discapacitado permanecen dentro de una práctica integral de tratamiento, orientada a reorganizar la vida del enfermo para intentar obtener la curación.

## LA EDAD MEDIA

En la Edad Media, la teoría de los cuatro humores ejerció más influencia que en la época antigua (Sigerist, 1987), y los hospitales en el Occidente cristiano, dirigidos fundamentalmente por clérigos (Sánchez, 1998), se orientaron más a la ayuda a los pobres o a la atención espiritual. No obstante, los árabes mantuvieron viva la medicina griega y romana (Martínez y cols., 1998), así como las prácticas hospitalarias antiguas, fundándose en el año 765, en Bagdad, un manicomio para enfermos mentales que proporcionaba alojamiento, alimentación con dieta especial y tratamiento a base de música, danza, teatro, baños, trabajo y control mensual (Forero, 2003), poniendo así de manifiesto una consideración especial a estos enfermos.

Aunque en el Medievo se suponía la enfermedad como un castigo divino, esta época no era tan oscura como pudiera parecer, ya que en el

caso de la sífilis, enfermedad que se extendió grandemente, padecerla no sólo no era un pecado sino que a finales del siglo XV las personas que la sufrían recibían tratamiento gratuito y eran eximidas de impuestos en algunos lugares (Sigerist, 1987). Como se ve, la concepción de la enfermedad como parte de un plan divino, así como el tipo de atención proporcionada, dependía del número de personas afectadas, lo que provocaba incluso cambios legales, perspectiva que todavía está presente en nuestros días.

En las nuevas culturas americanas hubo también algunas prácticas avanzadas. En el año 1325, los aztecas poseían numerosas instalaciones para la salud pública, y la medicina era practicada por los chamanes y los médicos empíricos (Hau, 1995), siendo estrictos en el aseo y en la prevención de enfermedades. Cuando padecían enfermedades crónicas, a los afectados se les cuidaba y se les cambiaba de clima y de aguas como medida terapéutica tanto corporal como psíquica (Forero, 2003), aunque la enfermedad (y especialmente las enfermedades limitantes o deformaciones tales como las parálisis faciales y la atrofia de miembros) se suponían de igual manera provocada por los dioses (Pérez, 1997), o como un daño por la dependencia de otro, como en el caso de los deseos insatisfechos (Forero, 2003), lo que no suena tan extraño.

La Edad Media resulta un período controvertido en la que hay prácticas y concepciones contrapuestas acerca de la enfermedad y las insuficiencias, controversias que se superan en los siglos posteriores, aunque para caer en otras.

## EL RENACIMIENTO Y LA ILUSTRACIÓN

Los principios hipocráticos, que tardarán todavía en desaparecer, adquieren una fuerza renovada durante el Renacimiento, especialmente la naturaleza como "fuerza vital", la acción curativa de los agentes físicos naturales y los remedios sencillos (Martínez y cols., 1998), aunque se desarrollan métodos terapéuticos para las personas con insuficiencias, entre los que se pueden enumerar los siguientes: la enseñanza del habla a los sordomudos imitando las posiciones de la boca del maestro; el método para medir la intensidad visual, miopía y presbicia; la curvatura de lentes apropiada a ca-

da caso (De Mena, 1987), las prótesis, aparatos ortopédicos, ojos artificiales, corsés de acero delgado contra la escoliosis y botas ortopédicas para pies equinovaros (Müller y Müller-Jahncke, 1995), y los tratamientos para la escoliosis mediante la suspensión con cuerdas (Eckart y Müller-Jahncke, 1995). Estas modalidades terapéuticas con fundamento empírico y racional indican que se juzgaba la posibilidad de curación de las personas con insuficiencias, es decir, que existía una esperanza terapéutica.

Además, se fundan instituciones específicas dedicadas a atender a las personas con limitaciones. En el siglo XVII se crearon numerosos hospitales dedicados a atender el problema de la sífilis (De Mena, 1987), y a finales de ese siglo los aspectos psicológicos quedan incluidos de pleno derecho en el tratamiento de la enfermedad, aunque desde una posición controvertida, ya que Hanemann funda la homeopatía basándose en la producción de los mismos síntomas que la enfermedad, pero prestando atención a la dimensión humana total del paciente (Sánchez, 1998).

En la Ilustración, se busca relacionar los hallazgos morfológicos con las manifestaciones clínicas, como en el caso de los aneurismas (Pérez, 1997), comenzando también a producirse publicaciones relacionadas específicamente con las personas con limitaciones; así, aparece el primer libro sobre su corrección, donde se destaca la importancia de la postura y el ejercicio para el buen desarrollo integral de la persona (Restrepo y Cano, 1995). Gracias a Pinel, se consigue al fin que se reconozcan los derechos de los enfermos mentales y que sean tutelados, y se desarrolla el concepto de política sanitaria como una ciencia de la prevención (Sigerist, 1949).

No se sabe si el desarrollo científico de estos períodos históricos está acompañado de un componente social que posibilite la consideración de las personas con discapacidad desde una perspectiva más integradora; sin duda, el hecho de prestar esa atención médica a los individuos con deficiencias es un paso importante, y es casi seguro que dicha atención tiene también un enfoque de integración social, o sea, es una rehabilitación con función social. No obstante, las referencias a los aspectos sociales son escasas y se permanece en una especie de nihilismo médico; más bien parece

que la discusión sobre el papel de las personas con discapacidad en la sociedad queda reservada para los siglos venideros, los cuales se verán inmersos en un debate de orden médico, sociológico y político acerca de lo que constituye la discapacidad.

## LOS SIGLOS XIX Y XX

En realidad, a pesar de los avances anteriores, a principios del siglo XIX la terapéutica estaba sólo un poco más avanzada que en los días de Hipócrates (Sigerist, 1987), la asistencia médica se distanciaba intelectual y emocionalmente del enfermo y se cosificaba la enfermedad (Sánchez, 1998); sin embargo, durante ese siglo se fundan numerosas instituciones privadas para proteger, estudiar y tratar a las personas con limitaciones, adquiriéndose una nueva conciencia acerca de ellas y pretendiendo que lleven una vida digna, a lo que contribuyen la ortopédica y los intentos de corrección quirúrgica de la deformidad (Porter, 1998).

Las instituciones de asistencia para inválidos de finales del siglo XIX hacen las veces de clínicas ortopédicas, pero también sirven de asilos, dedicándose sobre todo a la educación y formación profesional (Winau, 1995), por lo que muchos de los enfermos permanecen en las condiciones sociales en las que estaban hacía más de quinientos años, cuando eran reclusos en las instituciones monacales.

El concepto de rehabilitación aparece por primera vez en Estados Unidos hacia finales de la Primera Guerra Mundial para hacer frente a la reinserción profesional y al suministro de prótesis a los mutilados de guerra (Winau, 1995). En efecto, las leyes promulgadas para fomentar la reinserción social de los disminuidos físicos —especialmente de los heridos de guerra— son el principio de la rehabilitación moderna. La guerra hizo que se diseñaran ejercicios físicos de rehabilitación en los hospitales militares (Martínez y cols., 1998). Años después, la Segunda Guerra Mundial trajo consigo el reconocimiento de que la rehabilitación es un problema de todos los médicos, que incluye también el trabajo de los psicólogos, y que la atención médica no termina hasta que el paciente ha sido llevado a vivir y trabajar con las facultades que todavía tiene (Rusk, 1977).

En 1946 se crea el Departamento de Medicina Física y Rehabilitación en el New York City's Bellevue Medical Center (Rusk, 1977), lo cual supone una fundación histórica.

A su vez, la psicología de la rehabilitación comienza académicamente en la segunda mitad de la década de los 50 y principios de los 60, cuando se instauran los primeros programas, a menudo incluidos en algo más general denominado “consejo vocacional” (Shontz, 2003). En los años 50, Roger Baker y sus colegas habían formulado una serie de principios denominados “somatopsicología”, que se aplicaba a personas normales o con discapacidad, aunque no era una psicología pensada para la rehabilitación; sin embargo, los somatopsicólogos, basándose en estudios realizados en contextos no médicos, concluyeron que tales personas no eran distinguibles de otras mediante tests psicológicos (Diller, 1996). A pesar de este interesante hallazgo —el cual planteaba la igualdad psicológica de los individuos, discapacitados o no—, el desprestigio de la somatopsicología hizo que no se le tuviera demasiado en cuenta. Por lo tanto, la evaluación y el tratamiento de las consecuencias de las enfermedades crónicas y de la discapacidad llegó a considerarse esencial, lo que hacía fundamental la intervención psicológica en esas condiciones (Johnstone, Frank, Belar y cols., 1995). Indudablemente, eran buenas noticias para la psicología, pero lo único que hacía la insistencia en las consecuencias psicológicas de la discapacidad era instalarlas y consolidarlas; en otras palabras, se adoptó un enfoque bajo el principio de que las personas discapacitadas eran diferentes.

El fundador de la medicina de rehabilitación, H. Rusk, entendía en los años 50 que la evaluación psicológica mediante tests podía ser útil para investigar los procesos psicológicos en los discapacitados y los fenómenos conductuales pertinentes para la rehabilitación, pero que no era siempre necesaria, seguramente debido a que la evaluación en rehabilitación era un subtópico en la descripción de las enfermedades incapacitantes (Diller, 1996). En los centros de rehabilitación, el papel asignado a los psicólogos se limitaba a brindar orientación vocacional y a proporcionar ayuda mediante pruebas de cociente intelectual y otras para mejorar el pronóstico y el programa de rehabilitación, pero el estudio de la personalidad, el

medio ambiente y sus modificaciones, la predicción de respuesta al tratamiento y las psicosis y neurosis estaban reservadas al psiquiatra (Gingras, Dallain, Mogeau y Barrera, 1958). De este modo, todavía estaban lejos los modelos que permitiesen una intervención efectiva de la psicología en la enfermedad; hasta entonces era una herramienta auxiliar. Sin embargo, otro problema más sutil es que la psicología estaba luchando por lograr una posición reconocida en el campo, a cambio de aceptar los planteamientos médicos de la deficiencia.

Las teorías psicodinámicas fracasaron en su intento de explicar los problemas de un individuo en rehabilitación (Diller, 1996), y los psicólogos en esta área pensaban que el deterioro podía corregirse mediante avances biomecánicos y tecnológicos, por lo que la psicología tenía poco que ofrecer en ese sentido (Diller, 1992). Cuando en el año 1969 un comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud definió la rehabilitación de personas impedidas como el uso de medidas médicas, sociales y profesionales para entrenar al individuo a llevar a cabo actividades funcionales, la rehabilitación se consideró, junto con la medicina preventiva y la curativa, como el tercer pilar de la asistencia sanitaria (Seidler, 1995); pese a ello, tal definición no tenía en cuenta todo lo que la psicología podía ofrecer, y además se olvidó de incluir que todo lo anterior se lleva a cabo en un contexto social diseñado para personas capacitadas; es decir, se trataba de llevar a las personas discapacitadas al mundo de los capacitados.

La psicología de la rehabilitación evolucionó desde la preocupación por los correlatos psicológicos de las desviaciones somáticas, a la preocupación sobre los aspectos implicados en sobreponerse a la discapacidad en los niveles personal y social. La misión tradicional de consejo y evaluación de la psicología en la rehabilitación cambió con la introducción de los procedimientos conductuales de entrenamiento para que fuera posible funcionar adecuadamente en el entorno físico y social, superando así la visión médica de que estos problemas no pueden ser resueltos sino mediante la modificación de factores orgánicos (Minke, 1980). En las décadas de los 60, 70 y 80 se desarrollan numerosos métodos para personas con graves discapacidades basados en la tecnología operante, procedimientos automatizados como el

*Playtest* (Friedlander, 1980), programas de tratamientos en problemas perceptuales (Diller, 1980), programas de rehabilitación de problemas motores (Sachs, 1980), intervención en desórdenes del lenguaje (Holbrook, 1980), dolor crónico (Grzesiak, 1980) o rehabilitación cardiovascular (Russell, 1980), entre otros.

Aun así, se ha criticado que la medicina tecnológica siguiera reduciendo la función del médico al diagnóstico y la erradicación de enfermedades, con lo que descuidaba la atención integral y los aspectos humanos de los enfermos (Sánchez, 1998); no obstante, se formula la novedosa posibilidad de identificar competencias previamente no reconocidas ni desarrolladas en los pacientes (Friedlander, 1980), lo que resulta más complejo de lo que puede parecer ya que no se trata solamente de buscar capacidades ocultas –lo que sería sustituir las pérdidas por otras nuevas–, sino que existe un contexto social que no permite que se aprovechen las antiguas ni las nuevas capacidades; por ejemplo, la falta de exposición social de los individuos con discapacidad favorece actitudes negativas y crea ansiedad y confusión entre los individuos capacitados, por lo que el contacto con aquéllos es esencial para propiciar actitudes positivas (Chan, Lee, Yuen y Chan, 2002). Existen casos en los que el proceso de estigmatización es bien palpable, como en el síndrome de fatiga crónica, en el cual los pacientes sienten que los otros atribuyen sus síntomas a causas psicológicas o manifiestan extrañeza (Green, Romei y Natelson, 1999); esta estigmatización no depende del atributo estigmatizado ni de la persona que lo posee, sino de la desafortunada circunstancia de que poseer un atributo en un determinado contexto social conduce a una devaluación (Taylor, Jason, Kennedy y Friedberg, 2001). Esto no tiene sentido en una sociedad cooperativa, donde las personas con discapacidad pueden resultar altamente productivas; por ejemplo la Unión Soviética hizo verdaderos esfuerzos para evitar que los obreros especializados cayeran dentro de los no especializados a consecuencia de enfermedades; había allí personas ciegas desempeñando trabajos de especialización en fábricas y talleres, y las personas discapacitadas estaban organizadas en cooperativas de obreros (Sigerist, 1987).

Pero las viejas creencias son difíciles de modificar, y en todo este debate faltaba un elemento fundamental: la propia voz de los discapacitados. En el modelo médico se sigue insistiendo en la pérdida o en las discapacidades personales, con lo que se contribuye al modelo de dependencia de la discapacidad, legitimando así las visiones individuales médicas negativas en detrimento de otros planteamientos, en particular de las personas discapacitadas, las cuales deberían estar comprometidas por conseguir dar nombre a sus diferencias (Barton, 1998). Y ya que vivir con una discapacidad implica esfuerzos permanentes a lo largo de toda la vida, deberían participar activamente en las decisiones que se tomen sobre las modificaciones sociales necesarias para vivir en igualdad de condiciones.

A pesar de que ha habido un salto cualitativo importante, que va desde la comprensión de las profundidades del paciente hasta el cambio de conductas y de entornos (Minke, 1980), las circunstancias anteriores han dado lugar a que el rol de la persona discapacitada y su asociación con la desviación social se haya sometido a una profunda reflexión, tal como ocurre en la obra de Parsons (1951), que critica duramente los conceptos de salud y de rehabilitación. Además, los planteamientos funcionalistas e interaccionistas que permanecen todavía en las prácticas de atención a las personas con insuficiencia, así como la concepción que se tiene de tales condiciones, no han ofrecido al parecer los resultados que se esperaban y sí aportado muchos inconvenientes, por lo que se hace necesaria una superación de esas perspectivas y una explicación desde la teoría del conflicto (Oliver, 1998).

Sin duda, la perspectiva social de la discapacidad constituye un desafío que contribuirá a crear nuevas vías de integración equitativa para las personas discapacitadas ya que, como de nuevo indica Barton (1998), se aprecian pocos intentos reales para mejorar las condiciones de los discapacitados en la comunidad, a pesar del discurso de

“protección” a los que más lo merecen: los “vulnerables” o “necesitados”.

Lo que en realidad está planteando esta perspectiva es no sólo que la sociedad haga un esfuerzo de integración de las personas discapacitadas, o de atención a las capacidades remanentes que tienen, sino que se considere el derecho que se tiene a ser reconocido con esas diferencias, lo que implica un cambio social radical. Es esta una discusión que nunca se había generado anteriormente.

## CONSIDERACIONES FINALES

El recorrido histórico acerca de la atención y las actitudes hacia las personas con discapacidad es complicado. Resulta difícil atribuir por completo los comportamientos de rechazo hacia estas personas a cualquier época histórica, pues siempre ha habido un interés sincero por mejorar sus condiciones de vida; pero, al mismo tiempo, a lo largo de la historia el esfuerzo recurrente por volverlos “normales” pone en definitiva de manifiesto el hecho de que son “diferentes”. La psicología ha participado de estos fenómenos en muchas ocasiones y aceptado los planteamientos médicos de recuperación de la “normalidad”, pero las nuevas perspectivas que implican una reconsideración de la enfermedad y la posibilidad de acomodar los recursos sociales a los individuos con muy diferentes capacidades pueden hacer factible que esos intentos reales de mejorar sus condiciones de vida se hagan efectivos. En definitiva, se trata de que la sociedad sea para todos, pues el establecimiento de lo que se considera enfermedad o no y la práctica médica –y en ocasiones la psicológica– tienen carácter normativo e intentan decirnos cómo debe ser nuestra vida, diferenciando lo “normal” de lo “patológico” (Gracia, 1984). Pero a veces esa diferenciación, en un mundo construido para funcionar solamente con ciertas capacidades, hace que se excluya a muchas personas bajo el principio de no normalidad.

## REFERENCIAS

- Aguirre, E. (1972). Paleopatología y medicina prehistórica. En P. Laín Entralgo (Dir.): *Historia universal de la medicina*, vol. 1. Barcelona: Salvat.
- Albrecht, G.L. (1976). *The sociology of physical disability and rehabilitation*. Pittsburg: The University of Pittsburg Press.
- Barnes, C. (1998). Las teorías de la discapacidad y los orígenes de la opresión de las personas discapacitadas en la sociedad occidental. En L. Barton (Comp.): *Discapacidad y sociedad*. Madrid: Morata.
- Barton, L. (1998). Sociología y discapacidad: algunos temas nuevos. En L. Barton (comp.): *Discapacidad y sociedad*. Madrid: Morata.
- Chan Ch., C.H, Lee T., M.C., Yuen, H. y Chan, F. (2002). Attitudes toward people with disabilities between Chinese rehabilitation and business students: An implication for practice. *Rehabilitation Psychology*, 47(3), 324-338.
- Clottes, J. y Lewis-Williams, D. (2001). *Los chamanes de la prehistoria*. Barcelona: Ariel.
- De Mena, J.M. (1987). *Historia de la medicina universal*. Bilbao: Mensajero.
- Diller, L. (1980). The development of a perceptual-remediation program in hemiplegia. En L. P. Ince (Ed.): *Behavioral psychology in rehabilitation medicine: Clinical applications*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Diller, L. (1992). Introduction to the special section on neuropsychology and rehabilitation-the view from New York University. *Neuropsychology*, 6(4), 357-359.
- Diller, L. (1996). Foreword. En L. A. Cushman y M. J. Scherer (Eds.): *Psychological assessment in medical rehabilitation*. Washington: American Psychological Association.
- Eckart, W.U. y Müller-Jahncke, W.D. (1995). La química y la mecánica, modelos médicos. En H. Scout (Dir.): *Crónica de la medicina*, vol. 1. Barcelona: Plaza y Janés.
- Farrerons, X. (1997). *Las dos medicinas. Historia compendiada de la medicina en eones*. Barcelona: Espasa.
- Forero, H. (2003). Fundamentos sociológicos de la medicina primitiva. Bogotá: Kinpres.
- Friedlander, B.Z. (1980). Automated operant methods for assessment and treatment in physical rehabilitation. En L. P. Ince (Ed.): *Behavioral psychology in rehabilitation medicine: clinical applications*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Gingras, G., Dallain, L., Mogeau, M. y Barrera, E. (1958). *El centro de rehabilitación* (2ª ed.). Nueva York: Sociedad Internacional para el Bienestar de los Lisiados.
- Gómez, A. (2002). *Del macroscopio al microscopio. Historia de la medicina científica*. Bogotá: Academia Nacional de Medicina.
- Gracia, D. (1984). El orden médico. La ética médica de Thomas Percival. En J. L. Peset (Coord.): *Enfermedad y castigo*. Madrid: CSIC.
- Green, J., Romei, J. y Natelson, B.J. (1999). Stigma and chronic fatigue syndrome. *Journal of Chronic Fatigue Syndrome*, 5, 63-75.
- Grzesiak, R.C. (1980). Chronic pain: A psychobehavioral perspective. En L. P. Ince (Ed.): *Behavioral psychology in rehabilitation medicine: Clinical applications*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Hau, F.R. (1995). Tradición cristiana y medicina árabe. En H. Scout (Dir.): *Crónica de la medicina*, vol. 1. Barcelona: Plaza y Janés.
- Holbrook, A. (1980). An instrumental approach to the assessment and remediation of speech disorders. En L. P. Ince (Ed.): *Behavioral psychology in rehabilitation medicine: Clinical applications*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Johnstone, B., Frank, R.G., Belar, C., Berk, S., Bieliauskas, L.A. y Bigler, E.D. (1995). Psychology in health care: future directions. *Professional Psychology Research & Practice*, 26(4), 341-365.
- Laín E., P. (1961). *La historia clínica. Historia y teoría del relato patológico*. Barcelona: Salvat.
- López, J.M. (2000). *Breve historia de la medicina*. Madrid: Alianza Editorial.
- Lyons, A.S. (1987a). Mesopotamia. En A. S. Lyons y R. J. Petrucelly (Dirs.): *Historia de la medicina*. Barcelona: Mosby/Dogma Libros.
- Lyons, A.S. (1987b). Antiguo Egipto. En A. S. Lyons y R. J. Petrucelly (Dirs.): *Historia de la medicina*. Barcelona: Mosby/Dogma Libros.
- Martínez, M., Pastor, J.M. y Sendra, F. (1998). *Manual de medicina física*. Madrid: Harcourt Brace.
- Mejía, O. (1999). *Introducción crítica a la historia de la medicina. De la prehistoria a la medicina egipcia*, vol 1. Manizales (Colombia): Universidad de Caldas.
- Minke, K.A. (1980). Behavioral Engineering. En L. P. Ince (Ed.): *Behavioral psychology in rehabilitation medicine: Clinical applications*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Müller, I.W. y Müller-Jahncke, W.D. (1995). La medicina entre la magia y el conocimiento. En H. Scout (Dir.): *Crónica de la medicina*, vol. 1. Barcelona: Plaza y Janés.

- Oliver, M. (1998). ¿Una sociología de la discapacidad o una sociología discapacitada? En L. Barton (Comp.): *Discapacidad y sociedad*. Madrid: Morata.
- Ortner, D.J. y Putschar, W.G.J. (1981). Identification of pathological conditions in human skeletal remains. *Smithsonian Contributions to Anthropology*, vol. 28. Washington: Smithsonian Institution Press.
- Parsons, T. (1951). *The social system*. New York: Free Press.
- Pérez, R. (1997). *De la magia primitiva a la medicina moderna*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Porter, R. (1998). *The greatest benefit to Mankind. A medical history of humanity*. New York: W. W. Norton & Company.
- Quiñones, P. (1992). *Historia de la terapia natural. Desde Grecia hasta nuestros días. El legado de Hipócrates*. Madrid: Mandala.
- Restrepo, R. y Cano, B.C. (1995). Historia y filosofía de la rehabilitación. En R. Restrepo y L. H. Lugo (Eds.): *Rehabilitación en salud. Una mirada médica necesaria*. Medellín (Colombia): Universidad de Antioquia.
- Rusk, H.A. (1977). *Rehabilitation medicine* (4<sup>th</sup> ed.). Saint Louis: Mosby.
- Russell, M.L. (1980). Self-management of behavior in cardiovascular rehabilitation. En L. P. Ince (Ed.): *Behavioral psychology in rehabilitation medicine: Clinical applications*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Sachs, D.A. (1980). Behavioral feedback techniques for rehabilitation of motor problems. En L. P. Ince (Ed.): *Behavioral psychology in rehabilitation medicine: Clinical applications*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Sánchez, M.A. (1998). *Historia, teoría y método de la medicina. Introducción al pensamiento médico*. Barcelona: Massón.
- Schubert, Ch. (1995). Grecia y la medicina europea. En H. Scout (Dir.): *Crónica de la medicina*, vol. 1. Barcelona: Plaza y Janés.
- Seidler, E. (1995). Progreso y límites de la medicina actual. En H. Scout (Dir.): *Crónica de la medicina*, vol. 2. Barcelona: Plaza y Janés.
- Shontz, F.C. (2003). Rehabilitation psychology, then and now. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 46(3), 176-181.
- Sigerist, H.E. (1949). *Los grandes médicos. Historia biográfica de la medicina*. Barcelona: AVE.
- Sigerist, H.E. (1987). *Civilización y enfermedad*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Somolinos, G. (1964). *Historia de la medicina*. México: Pormaca.
- Starobinski, J. (1965). *Historia de la medicina*. Madrid: Continente.
- Taylor, R.R., Jason, L.A., Kennedy, C.L. y Friedberg, F. (2001). Effect of physician-recommended treatment on mental health practitioners' attributions for chronic fatigue syndrome. *Rehabilitation Psychology*, 46(2), 165-177.
- Thorwald, J. (1968). *El alba de la medicina*. Barcelona: Bruguera.
- Walker, K. (1966). *Historia de la medicina*. Barcelona: CREDSA.
- Winau, R. (1995). Ascensión y crisis de la medicina moderna, 1900-1945. En H. Scout (Dir.): *Crónica de la medicina*, vol. 2. Barcelona: Plaza y Janés.
- Zaragoza, J.R. (1972). La medicina de los pueblos mesopotámicos. En P. Laín Entralgo (Dir.): *Historia universal de la medicina*, vol. 1. Barcelona: Salvat.