

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

REPUBLICA DE GUATEMALA, C. A.

Estudio Médico Social Sobre Medicina Física y Rehabilitación

TESIS

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD
DE CIENCIAS MEDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE SAN
CARLOS DE GUATEMALA, POR

CARLOS EDWIN ROSAL ORDOÑEZ

Ex-interno de los Servicios del Hospital General: Ginecología "A", Primero de Maternidad, Cuarto de Medicina de Mujeres, Cuna No. 4, Cirugía de Niñas, Laboratorio de Emergencia y Ex-Jefe del Laboratorio de la Consulta Externa. Cirugía del Hospital San José. Presidente de la Juventud Médica. Ex-Presidente del Congreso de la A. E. U. Ex-Secretario de la Juventud Médica. Ex-Administrador de la Revista de la Juventud Médica. Ex-Preparador de Parasitología en la Facultad de Medicina de Guatemala.

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Diciembre de 1953.

CONTENIDO

- I.—Definición.
- II.—Concepto.
- III.—Programa de Rehabilitación.
- IV.—Papel de la Rehabilitación y ramas que comprende.
- V.—Beneficios de la Rehabilitación.
- VI.—Rehabilitación en Guatemala.
- VII.—Esquema de ciertas medidas de Rehabilitación.
- VIII.—Resumen.
- IX.—Bibliografía.

I. Definición

Según el Consejo Nacional de Rehabilitación de EE. UU. definido en 1942: «Rehabilitación es la restauración de las personas impedidas, al completo goce de sus facultades físicas, mentales, sociales, vocacionales y económicas, de las cuales son capaces».

La Medicina Física es la rama de la Medicina General que utiliza medidas físicas en el diagnóstico y tratamiento de lesiones y enfermedades. Comprende las propiedades físicas, químicas y mecánicas del calor, frío, luz, agua, electricidad, masaje y ejercicio. La Medicina Física forma el fundamento principal de un programa de Rehabilitación y es una parte esencial de la práctica moderna de la Medicina.

II. Concepto

El Concepto de rehabilitación, es un concepto relativamente antiguo en cuanto a su idea y a su meta; pero es un concepto relativamente nuevo en cuanto a su desarrollo. El concepto de rehabilitación proviene de la idea de que en las comunidades todo individuo debe categóricamente y enfáticamente ser un elemento laborante. Es el principio de que cada quien en su medio, con las facultades que le quedan, con las posibilidades que le restan y con la ayuda de la sociedad puede hacer algo, puede luchar y puede cooperar. Con esto no sólo sus labores solucionan el peso de su propia vida mantenido con su propio esfuerzo, sino que con la colaboración de su trabajo ayuda a que esa sociedad se convierta en una comunidad más fuerte, más progresista y de mayores alcances en el futuro. Los conceptos de rehabilitación, naturalmente modernos han nacido en los pueblos dinámicos, pueblos en los cuales se considera que el individuo que no trabaja es un holgazán, un parásito de la comunidad, al cual hay que rechazarlo de ella u obligarlo a que coopere en una forma o en otra. Este concepto está bien desarrollado en los pueblos escandinavos de Suecia, Dinamarca, Noruega y Finlandia. Ellos han mantenido constantemente programas de rehabilitación desde hace muchos años, prácticamente desde el año 1890. La famosa gimnasia sueca que es tan bien conocida por otros pueblos de la tierra, no es más que parte de los programas de Rehabilitación que el Estado y el pueblo sueco han llevado a cabo desde tiempos inmemoriales.

Otros pueblos también de tipo progresista se han lanzado a la guerra y como consecuencia de eso han deteriorado sus ju-

ventudes en las batallas, dejando: lisiados, amputados, parapléjicos, fracturados múltiples o con infinidad de lesiones. Ellos tuvieron también que tomar un programa con una mayor intensidad y así los pueblos como Alemania, Inglaterra, los Estados Unidos, el Canadá y Rusia, han establecido programas de rehabilitación en gran escala con objeto de reincorporar a la vida activa a estas personas que habían sufrido accidentes de tipo de guerra, los cuales los habían dejado en condiciones muy malas para el trabajo y en competencia desigual con los individuos sanos, que no van al campo de batalla y que quedan en buenas condiciones. A esto se debió que después de la primera guerra mundial los pueblos que estaban organizados en este sentido como Alemania, sufrieron mucho menos las influencias de esa misma guerra, a pesar de haber sido derrotados. En cambio en los Estados Unidos y en Inglaterra, se encontraron con el problema de sus lisiados que no encontraban trabajo por ninguna parte y entonces tuvieron que principiar por solucionar y establecer los primeros programas, los cuales en la segunda guerra mundial ya fueron puestos en marcha muy organizadamente y en la actualidad trabajan con el sincronismo de un reloj, con resultados verdaderamente beneficiosos. Al mismo tiempo los cirujanos y los médicos que observaban el problema en la vida civil, se dieron cuenta que la vida civil también es una guerra; una batalla por la vida y que debido al aumento de tráfico, al aumento de la industria que cada día se va haciendo mayor, al aumento de la mecanización del mundo progresista, había también necesidad de hacerle frente a los problemas de los accidentes que se producían en las fincas, en las fábricas, en los caminos, en los puentes y donde hubiera algún elemento de trabajo o de movimiento.

Con gran entusiasmo uno de los pioneros de rehabilitación, el Dr. Rusk de New York, llegó a demostrar que en la Costa de Francia durante los días de la invasión a Europa en que estuvieron atacando ejércitos americanos, habían perdido alrededor de once mil hombres que quedaron lisiados en esos días. En esos mismos días una estadística en los Estados Unidos demostró que habían habido 14,000 accidentes de trabajo que habían dejado lisiados en las mismas condiciones o peores.

El Dr. William H. Schmidt refiere que durante la segunda guerra mundial hubieron 190,000 amputaciones entre las tropas, y durante ese mismo período 120,000 amputaciones se registraron entre la población civil; 1,600 hombres se quedaron ciegos en el servicio militar, al lado de 60,000 civiles que perdieron la vista; como resultado de lesiones de guerra 260,000 hombres quedaron imposibilitados, al lado de 1,250,000 civiles imposibilitados por enfermedades o accidentes. Por lo anteriormente expuesto, se ha llegado a la conclusión que hay más accidentes en la vida civil que en la vida militar, no obstante que a la guerra se siguen periodos de paz. En los periodos de paz los accidentes continúan aumentando debido a que el tráfico se hace cada vez mayor y es frecuente que los vehículos sufran accidentes, en cada uno de los cuales, 3 ó 4 personas resultan con lesiones serias. En las naciones grandes llegan a millones las personas que se encuentran lisiadas a consecuencia de ello. También persisten o continúan su curso la gran cantidad de enfermedades infecciosas o infecto-contagiosas que producen lesiones serias en niños y adultos como la poliomielitis anterior aguda, la esclerosis múltiple, otras enfermedades de la médula y todas las enfermedades tuberculosas de los huesos que dejan a los que la sufren en condiciones de impedimento físico tan grave, como podría ser un accidente de guerra o un accidente traumático en general. Muchos niños por malas condiciones de vida y mala alimentación enferman de sus huesos y sufren por ejemplo de Coxalgia, que tratada o no tratada, deja siempre secuelas y una cierta invalidez.

Actualmente con el uso de los antibióticos y con el mejoramiento de las técnicas médicas y quirúrgicas se ha conseguido reducir la mortalidad y por ende un alargamiento de la vida que conduce progresivamente a un aumento de la población que pasa de los 65 años. Actualmente ha aumentado un 50% de lo que era antes. Según estadísticas se ha comprobado que una población de 150,000,000 tiene 13,000,000 de habitantes que pasan de los 60 años y que si sigue el aumento en esa misma proporción dentro de 10 años tendrá 23,000,000 y dentro de 20 años un promedio de 35 a 40 millones de población geriátrica. Son individuos que ya no pueden trabajar igual que una persona joven o adulta. Se han gastado en las fábricas, en los escritorios, o en el

campo. No deben tener la obligación de seguir produciendo en la misma forma pero es necesario solucionarles su problema de una manera satisfactoria para ellos y para la comunidad.

A continuación expongo algunos conceptos propios e interpreto otros del Dr. Kessler.

La idea de «la buena salud» empleada para el servicio militar cambió y ya no se refiere sólo al servicio militar sino que también a la habilidad del trabajador para efectuar un trabajo continuo y productivo. Tampoco se aceptan las medidas vagas que fueron creadas para condenar como inútiles sociales o personas improductivas a aquellos con defectos físicos; ni se cree en los tests psicológicos y de aptitud que determinan la habilidad física. En cambio se aprecia más la energía y capacidad humana.

Aunque la presencia de defectos físicos puede implicar limitación de capacidad al trabajo en algunos casos, esto es falso la mayoría de las veces. Aun con serios defectos físicos puede quedar suficiente función para llevar a cabo una actividad industrial. El estudio de 4,404 personas impedidas que desempeñaban 653 diferentes tipos de trabajo, demuestran la adaptabilidad de esta clase de personas. La habilidad de estos individuos para ser tan capaces como las llamadas personas normales, es más o menos el resultado de un factor de seguridad. Este factor es demostrado por la habilidad del cuerpo de acomodarse a los requerimientos desacostumbrados a pesar de la enfermedad o de los defectos congénitos o adquiridos. El cuerpo es apto para luchar contra el medio ambiente y las influencias dañinas a través de su propia reparación, regeneración, hipertrofia, adaptación a nuevas condiciones o sustitución de una estructura por otra. El defecto orgánico, puede actuar aún como estímulo de sobrecompensación pues un aumento en la intensidad del impulso propela al hombre más allá de lo que él pensó que podría hacer y lo ayuda a alcanzar los límites de sus capacidades.

Adler hizo notar que tenemos fuentes que no son completamente aprovechadas. Con este desarrollo imperfecto se pueden hacer buenos trabajos como nuestros antecesores produjeron grandes obras con instrumentos imperfectos. Por consiguiente es posible que un hombre equipado con órganos defectuosos, esto es con instrumentos inadecuados, desarrolle una técnica mejor para

combatir los errores del medio en que vive. El pondrá más atención a los detalles, tratará de encontrar atajos con menos errores y logrará llevar a cabo un entrenamiento más intenso. Uno de los factores que afecta seriamente nuestras valorizaciones es el error de no considerar al individuo como un todo. El no actuar como una serie de unidades o funciones estructurales separadas, sino más bien como una entidad psicofísica. La mente y el cuerpo no pueden ser separados de la necesidad de enfrentar cada problema de un modo conjunto. Las personas impedidas usan el resto de sus capacidades normales para resolver sus problemas específicos. La acción dinámica efectiva es el factor más significativo y este es el producto de la completa estructura y función de la mente y el cuerpo. Un examen físico puede revelar un estado patológico como reumatismo crónico o un defecto funcional anatómico como la parálisis, pero eso no quiere decir que se determine la manera de cómo el cuerpo entero enfrenta sus necesidades fisiológicas y sociales. No hay sistema de patología por el cual la capacidad de trabajo pueda ser claramente definida. La patología determina la naturaleza de la enfermedad pero no cuanta salud queda. Una persona vive no sólo con su lesión patológica sino también con sus órganos y funciones no dañados. Un hombre amputado de las dos piernas puede ser enteramente capaz de trabajar mientras un neurótico es completamente incapacitado. La determinación de la capacidad de trabajo de una persona que ha sufrido un accidente o padece de una enfermedad crónica puede ser hecha únicamente en un sentido arbitrario. Los exámenes físicos de rutina no nos dan ningún medio de determinar la capacidad general de trabajo. Aun más, los factores humanos de seguridad que permiten un alto grado de compensación a pesar del defecto físico, son ignorados en su valor mecánico. Por eso debemos tratar de encontrarlos y hacer todo lo posible porque alcancen su máxima utilidad.

Es muy difícil determinar lo que se entiende por estado normal. Se puede interpretar como aquel que es libre de todo defecto físico. Bajo tales condiciones sería casi imposible encontrar un individuo completamente normal. En el servicio de selección de los Estados Unidos de Norteamérica el 40% fueron rechazados por presentar defectos físicos notorios. En un estudio 1,625

trabajadores entre hombres y mujeres sólo 7% se encontraron libres de defectos físicos mayores perceptibles al examen físico sin rayos X ni pruebas de laboratorio; 70% tenían pequeños defectos; 6% tenían pequeños defectos avanzados y 7% con defectos gruesos.

Tampoco la ausencia de síntomas define a una persona normal, pues en la autopsia se estableció que personas que no habían sufrido síntomas, ni manifestado signos físicos de enfermedad, presentan evidencia de una enfermedad avanzada, tuberculosis, cáncer u otras enfermedades. Por lo tanto el término normal es un juicio personal en el cual nos colocamos nosotros como modelo y el objeto de nuestro estudio como una desviación. Esta apreciación es influenciada corrientemente por prejuicios sociales y por esto se ha sustituido la palabra inválido por la de impedido, pues la primera trae el estigma de repugnancia y agresión.

Si se toma en cuenta que según estimaciones en E.E. UU. hay de 2 a 23 millones de personas impedidas, se tendrá idea de cuál es la pérdida del poder de remuneración. El estudio de la Oficina de Rehabilitación Vocacional nos muestra que en 1946, 36,106 personas impedidas fueron rehabilitadas; el 16% nunca habían trabajado, mientras 75% no estaban empleadas cuando los servicios de rehabilitación se comenzaron. El total de los sueldos de estas personas antes de rehabilitarlos era de 11 millones de dólares; después llegó a 56 millones. El resultado se consiguió a un costo de trescientos dólares por persona.

De lo que antecede se deduce que la Rehabilitación se ha anotado nuevas adquisiciones como producto de experiencia en lo civil y lo militar. Ha llegado a ser vista como un proceso creativo en el cual las capacidades físicas y mentales de los impedidos son utilizadas y desarrolladas a su más alta eficiencia. Es con método organizado y sistematizado por el cual los poderes físicos, mentales y vocacionales del individuo son mejorados hasta el punto donde él pueda competir con iguales oportunidades con la llamada «persona normal».

Ya se están viendo los resultados del esfuerzo organizado. En el último Congreso Mundial de la Salud, celebrado en Londres este año, se acordó que se estableciera un departamento de rehabilitación en todo hospital que tenga más de 60 camas.

III. Programa de Rehabilitación

Un programa de rehabilitación para un país, es un programa social que satisface las necesidades de un pueblo que quiere superarse y que quiere hacer de todos sus componentes elementos de trabajo; que estudie las posibilidades, los defectos y las facultades con que puede contar para poner a todos sus individuos en un plano que les permita ganarse la vida por sí mismos. Este programa de Rehabilitación necesita del apoyo de todas las fuerzas naturales y las fuerzas vivas del país, desde las pequeñas comunidades hasta el gobierno mismo. Seguramente que ellos no desean ver sus calles llenas de mendigos, amputados en sillitas de ruedas vendiendo números de la lotería, tuberculosos deambulando y escupiendo por todas partes o leprosos revueltos con el resto de la población. Por el contrario, una comunidad que se estima desea ver a su pueblo, más o menos organizado, con todas estas personas fuera de la vista del público concentradas para su mejoramiento y cada persona tratando de hacerse un elemento activo de trabajo.

Esta educación debe extenderse a las escuelas, donde se enseña al niño a tener el afán de superación y a valerse siempre por sí mismo. Es también importante la educación de los adultos. Esto es muy difícil en lugares donde la gente no está acostumbrada a recibirla. Sin embargo puede enseñárseles agotando todos los medios de propaganda y divulgación. Hay que destruir la idea de repugnancia y desagrado con que han sido vistos los incapacitados a través de la historia y que todavía prevalece principalmente entre los patronos. Debe atacarse el mito de inferioridad física asociada con deformidad notoria. Desechar el falso

concepto de buena salud y aclarar que con los poderes de compensación y utilización constructiva de las funciones en potencia, el hombre término-medio puede hacer el trabajo medio. Entonces desaparecerá el prejuicio público hacia el incapacitado que es el mayor obstáculo para la rehabilitación.

Cuántas veces han tratado del mejoramiento de los cuidados médicos, se han preocupado por prevenir la diseminación de las enfermedades infecciosas, pero poco se ha hecho por un programa que reduzca el número de incapacitados.

Por otra parte también hay que llegar hasta el estímulo de los incapacitados. Quitarles ese complejo de inferioridad y de destrucción moral que se forman ellos creyendo que han perdido la capacidad combativa por la vida, esperando que su familia los atienda, que el Estado los mande a un asilo o que una persona extraña les pague algo, porque sufrieron una calamidad y ya no tienen ni el derecho de luchar por la vida.

Naturalmente para todo esto hay que contar con la cooperación de los Gobiernos para que ellos le den todo el impulso necesario, faciliten medios económicos y hagan propaganda para que se lleve a cabo un programa de tal naturaleza.

Los físicamente incapacitados han sufrido no sólo por la causa de su posición inferior en la sociedad sino también por la falta de un intento organizado para mejorar su posición.

La caridad y la filantropía privada no sólo deben dar el ejemplo ayudando para este programa, sino también iniciar y establecer una lucha para que se legisle sobre rehabilitación y el Gobierno pueda crear y continuar con el sostenimiento de departamentos de rehabilitación, centralizando los esfuerzos encaminados al mismo objetivo.

Se hace necesaria una ley que ampare en una forma más general a todos los incapacitados físicos. Lo único que se ha legislado es el artículo 63 de la Constituyente y el Decreto Legislativo Númro 295 del Congreso de la República en que a través del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en sus artículos 28, 29 y 32, ayudan al incapacitado con indemnizaciones y aparatos de prótesis pero nada dicen de rehabilitarlos. Es hasta en el Reglamento del IGSS, «Sobre protección relativa a accidentes en general», donde se protege a los trabajadores afiliados, con los

servicios de rehabilitación. En resumen no se ha legislado sobre la gran mayoría de incapacitados en Guatemala.

La Facultad de Medicina en particular y la Universidad en general, deben preocuparse por el problema de Rehabilitación. Unidas con entidades representantes de la comunidad, como los Rotarios, Leones, Juventud Médica, etc., y apoyados por el Estado, pueden desarrollar un plan de trabajo y de lucha por el problema, evidentemente social, que nos ocupa.

La Universidad debe representar lo más avanzado de un país tanto en lo científico y cultural como en su función orientadora, de acuerdo con el profundo arraigo social que debe tener en el pueblo. La Universidad, como afortunadamente lo comprenden ahora las autoridades universitarias, no es sólo para hacer profesionales que reciban el título y se lancen a la calle a ganar dinero. Su función debe ser orientadora. Desde sus cátedras debe enseñar a los estudiantes los problemas sociales como lo hacen otras Universidades de avanzada. Debe observar a cada estudiante a través de sus profesores, comprender sus inclinaciones y conocer sus aptitudes para aprovecharlos en su totalidad. No se trata sólo de establecer premios para el mejor estudiante, sino además estimular al resto de estudiantes y profesionales en una forma continua y eficaz. Debe establecer contacto con las Universidades de todos los países y promover el intercambio de profesores y alumnos. Debe saber a dónde enviar en caso necesario a cada componente de la Universidad para ampliación de sus estudios según su vocación y la necesidad del país. Las oportunidades para estudiar en el exterior son muchas, pero debe haber una Universidad que las conozca y sirva de intermediaria.

Después de graduado el estudiante, sigue siendo universitario y su deber social es más grande. La Universidad, debe estar constantemente informada de sus componentes, apreciar su trabajo e incrementar los cursos de post-graduados.

Por otra parte el profesional debe informar a la Universidad sobre su labor, es decir sobre sus progresos y fracasos. Debe ayudar a la Universidad exponiéndole periódicamente sus adelantos, sus problemas, y la manera cómo trata de resolverlos. En el caso de los médicos, referirle sus luchas contra determinadas enfermedades y los resultados obtenidos.

IV. Papel de la Rehabilitación y ramas que comprende

Rehabilitar consiste en hacer que el individuo sea vuelto re-capacitado bajo todos los puntos de vista, y reintegrado de nuevo a la sociedad.

Resumiré las etapas que deben seguirse en rehabilitación. Estas son: Rehabilitación física, mental, social, vocacional y económica.

Rehabilitación Física:

Aquí es donde la medicina física desarrolla su importante papel el cual consiste en el uso de medidas físicas para el diagnóstico y tratamiento de ciertas enfermedades. Los agentes físicos que interesan, pueden ser agrupados en términos mecánicos, eléctricos y químicos. A estos se agrega la terapia ocupacional.

El campo de la medicina física es muy grande, cubriendo casi todas las ramas de la medicina. Para su práctica se necesita un cuidadoso conocimiento y una dedicada valorización de otros métodos de tratamiento para saber mejor cuándo aplicar las medidas físicas y cuándo abstenerse de ello, porque otra terapia es más efectiva. La terapia física no debe ser usada en lugar de tratamiento con drogas específicas. De aquí se deduce que el Fisiatra debe ser un médico general especializado, con una base de patología médica profunda para poder diagnosticar y tratar con propiedad a sus pacientes. Los mejores resultados se obtienen cuando, según su indicación, se combina el tratamiento médico o quirúrgico con la terapia física apropiada.

Se menciona entre otras, las siguientes medidas de terapia física:

- A.—Calor superficial producido por: 1) Rayos infra-rojos; 2) Agua caliente; 3) Sol.
- B.—Calor profundo producido por: 1) Diatermia de onda larga; 2) Diatermia de onda corta.
- C.—Corriente electro-quirúrgica producida por: 1) Diatermia de onda larga; 2) Diatermia de onda corta.
- D.—Rayos Ultra-violeta, que pueden ser naturales, producidos por arco de carbón u otros tipos de lámparas.
- E.—Electricidad estática con sus modalidades de: 1) corriente de ondas; y 2) Chispas.
- F.—Corriente galvánica.
- G.—Iontoforesis, conocida como medicina iónica.
- H.—Corriente farádica.
- I.—Corriente Sinusoidal corta.
- J.—Masaje con sus variantes.
- L.—Hidroterapia.
- L.—Manipulaciones.

N.—Terapia Ocupacional. Vale decir algo más sobre esta rama tan importante para la medicina. Hasta ahora se ha descuidado y no se aplica adecuadamente por la mayor parte de los médicos. Poco se conoce de sus indicaciones y contraindicaciones.

Su objeto es indicar cierto número de actividades dispuestas científicamente, las cuales le darán el grado exacto de movimientos de ejercicios prescritos por el médico; a cualquier grupo de músculos o partes del cuerpo, dañados por una enfermedad o lesión. Al mismo tiempo ayuda al descanso físico y mental tan importante en algunas enfermedades. Sabemos que el hombre enfermo recluso en cama sufre psíquicamente y como consecuencia tiene trastornos en el gusto, apetito, digestión y excreción.

La terapia ocupacional comprende casi todas las actividades de la vida normal, como estudio, diversiones, artes y oficios que deben ser prescritos apropiadamente para el pronto restablecimiento físico y mental del enfermo, a la rutina diaria.

Sería muy largo enumerar aquí las indicaciones y las medidas terapéuticas de la terapia ocupacional.

Rehabilitación mental:

La mayor parte de los enfermos que necesitan de un proceso de rehabilitación, tienen alteraciones de orden mental que son tanto más graves cuánto más extrovertido o desenvuelto social era el individuo antes de su enfermedad o lesión.

Muchos pacientes que sufren de una lesión seria o por una enfermedad crónica están predispuestos a estar deprimidos. En estos casos el médico deberá tratar de aliviar la angustia mental que sufre el paciente, alentándolo y dándole una explicación apropiada. Estos enfermos crónicos o lesionados están acosados por dudas y temores que no atañen sólo a su vida y salud sino que también afectan su estado económico. Fácilmente nos podemos dar cuenta, que si a estos individuos no se les ayuda, su condición mental puede reaccionar en detrimento de su restablecimiento. En muchos casos se necesita la consulta del psiquiatra o del psicólogo. Se debe comprender que se está tratando a un individuo y no una enfermedad y que su condición mental es tan importante como la física.

Rehabilitación social:

Cada persona impedida es un problema de inadaptabilidad al medio social.

La rehabilitación social implica la vuelta del impedido físico o mental a su primitivo estado de capacidad y utilidad como miembro activo de la sociedad. Para que se considere como tal, debe estar libre de prejuicios que lo hagan considerarse inferior. Debe demostrársele que su defecto no interfiere con su capacidad de trabajo. Al mismo tiempo debe hacerse ver a la sociedad que su criterio sobre el «incapacitado» debe cambiar radicalmente, para que los reintegrados no sufran menoscabo de su capacidad de trabajo, ni se favorezca una actitud social que les dificulte encontrar empleo. Esto hará que los que se encuentran bajo tratamiento, abandonen la idea de considerarse unos fracasados con un cortejo de manifestaciones, tales como la mendicidad.

El problema social debe ser afrontado por la Universidad. El Estado con sus trabajadoras sociales empieza a trabajar. Aunando sus esfuerzos se podrá resolver el problema hasta donde sea posible.

Rehabilitación Vocacional:

Antes se asignaba la dirección vocacional a individuos que seguían métodos parecidos a los frenólogos, adivinadores o clarividentes.

Afortunadamente ahora se han desarrollado sistemas integrales, que ayudan a encontrar las aptitudes para el trabajo, que dan al hombre la satisfacción personal más grande y el uso más perfecto de sus capacidades.

El objetivo de la rehabilitación vocacional es usar la razón y los hechos en vez de la intuición y la suerte para escoger un trabajo adecuado al talento de cada persona.

La estancia en un hospital o casa de convelescencia, así como la observación cuidadosa, durante el tratamiento previo de terapia ocupacional, sirven como campo de experimentación para determinar, no sólo lo que el paciente le gustaría hacer, sino cuanto puede hacer a pesar de su impedimento.

Se deben apreciar sus aptitudes en un trabajo real y se debe seguir, a la persona objeto de estudio, durante mucho tiempo y bajo estrecha vigilancia. A veces se tiene que cambiar el trabajo que hacía antes de su lesión o enfermedad, por otro que se ajusta más de acuerdo con su impedimento y sus capacidades.

En consecuencia la rehabilitación vocacional puede ser considerada como un proceso complicado en el cual el consejero correlaciona los factores sociales, emocionales, intelectuales y de herencia con el futuro económico del individuo estudiado.

Rehabilitación Económica:

Debido a los prejuicios que las generaciones pasadas han heredado a las actuales, los incapacitados físicos han sido forzados a aceptar empleos serviles o muy bajos. En otras partes del mundo en que se han emitido leyes para cambiar esa situación, lejos de mejorarla han acrecentado el resentimiento hacia los inválidos.

La verdadera rehabilitación tiene como finalidad el desarrollo de la independencia y confianza en sí mismo. Tal seguridad se adquiere con el conocimiento y la habilidad conseguida a través de la práctica de un trabajo.

El problema real económico y vocacional, según el Consejo Federal para Educación Vocacional de los EE. UU., es dar al impedido el entrenamiento que lo capacita para la ocupación que le guste, para que se transforme en un trabajador bien pagado y pueda resolver su problema económico. Es obvio que durante su tratamiento curativo y de rehabilitación debe ayudársele para su sostenimiento y el de su familia. En esta forma su recuperación física y mental será más rápida y llegará más pronto a valerse por sí mismo.

V. Beneficios de la Rehabilitación

Las partes a las cuales concierne especialmente la rehabilitación son:

1.—*Industria*: es la clave de cualquier proyecto de rehabilitación porque toma su producto y mediante una cuidadosa selección utiliza al individuo según sus capacidades.

2.—*Clase obrera*: la clase obrera debe darse cuenta que la rehabilitación es un servicio que debe hacerse asequible a todos los ciudadanos y que todos ellos tienen derecho a esperar tales oportunidades.

3.—*Compañías de seguro*: ellas ya han reconocido el valor económico de la rehabilitación y la han empleado en gran escala en sus seguros contra riesgos.

4.—*Gobierno*: el Gobierno en parte y a través del seguro social, ha hecho que la rehabilitación llegue a los individuos impedidos por accidentes de trabajo, para que puedan ser transformados de inválidos a ciudadanos contribuyentes respetables que se sostengan por sí mismos.

5.—*Entidades sociales*: hay muchas agrupaciones, tal como la Liga Contra la Tuberculosis, las Amigas de San Vicente, etc., que han tomado parte en rehabilitación, pero les queda mucho por hacer. Es importante hacer constar que si la profesión médica, la Universidad y el Estado, no reconocen su responsabilidad y toman el programa de rehabilitación bajo su dirección y cuidado, llegarán instituciones laicas a usurpar la prerrogativa de ellos.

6.—*Integrantes de la sociedad*: hay muchas personas impedidas en cada comunidad ansiosas de recibir los beneficios de un programa de rehabilitación.

VI. Rehabilitación en Guatemala

Debemos reconocer aquí en Guatemala a la rehabilitación como una parte integral del Servicio Médico.

No es preciso, para instituir un Programa de Rehabilitación, que tengamos veteranos de guerra o mantengamos soldados en el frente. Ya observamos antes la cantidad de lisiados que hay en Estados Unidos de Norteamérica, por causa de accidentes y enfermedades, en comparación con los heridos de guerra.

En Guatemala sin el peligro aparente de guerra, tenemos el problema alarmante de las enfermedades y accidentes. Al darse uno cuenta de la gran cantidad de gente que necesita rehabilitación y por la cual se hace muy poco o nada, el problema se nos presenta con verdadero pavor.

El Instituto de Seguridad Social comprendiendo esa necesidad actualmente trata a los que sufren accidentes en su trabajo. Sin embargo, gran cantidad de personas impedidas por accidentes o por enfermedades, no reciben las bendiciones de rehabilitación porque los accidentes no los han sufrido en su trabajo, no están afiliados o son incapacitados por enfermedades comunes.

Para dar una idea de la cantidad de enfermos y accidentados que necesitan rehabilitación, hice un estudio de todos los pacientes del Hospital General y del Hospital de San Vicente, describiendo aquí abajo a los que necesitan rehabilitación.

HOSPITAL GENERAL

PRIMER SERVICIO DE MEDICINA DE MUJERES, con 30 enfermas; 8 T.B.C., 9 cardíacas, 3 artropatías, 1 enfermedad pulmonar, 1 tumor intracraneano y 1 amputación. De estos, 9 son reingresos. (*)

TERCER SERVICIO DE MEDICINA DE MUJERES, con 35 enfermas; 8 T.B.C., 11 cardíacas, 1 artropatía, 1 enfermedad pulmonar, 2 enfermedades neuromusculares, y 1 gangrena diabética. 1 reingreso.

CUARTO SERVICIO DE MEDICINA DE MUJERES: 35 enfermas; 9 T.B.C., 6 cardíacas, 1 artropatía, 1 enfermedad pulmonar, 1 enfermedad neuromuscular, 1 gangrena diabética. 9 reingresos.

PRIMER SERVICIO DE MEDICINA DE HOMBRES, con 42 enfermos; 11 T.B.C., 1 cardíaco, 1 enfermedad pulmonar, 4 enfermedades neuromusculares, 1 tumor craneano. Reingresos 1.

SEGUNDO SERVICIO DE MEDICINA DE HOMBRES, con 40 enfermos; 12 T.B.C., 1 cardíaco, 2 artropatías, 1 enfermedad pulmonar, 4 enfermedades neuromusculares, 1 malformación congénita. Reingresos 4.

TERCER SERVICIO DE MEDICINA DE HOMBRES, con 43 enfermos; 13 T.B.C., 3 cardíacos, 2 artropatías, 1 hombro congelado, 4 enfermedades neuromusculares, 1 malformación congénita. Reingresos 2.

CUARTO SERVICIO DE MEDICINA DE HOMBRES, con 41 enfermos; 13 T.B.C., 4 cardíacos, 1 artropatía, 2 enfermedades pulmonares, 3 enfermedades neuromusculares. Reingresos 3.

(*) Entiéndase por reingresos a quienes han estado hospitalizados antes por la misma enfermedad.

SERVICIO DE MEDICINA DE NIÑAS, con 39 enfermas, 3 T.B.C., 1 cardíaca, 3 enfermedades neuromusculares, 1 malformación congénita. Reingresos: no se pudieron controlar.

SERVICIO DE MEDICINA DE NIÑOS, con 40 enfermos; 15 T.B.C., 1 tumor craneano, 1 enfermedad neuromuscular, 1 pénfigo foliáceo. Reingresos 1.

PRIMER SERVICIO DE CIRUGIA DE MUJERES, con 31 enfermas; 1 cardíaca, 2 fístulas biliares crónicas, 1 quemadura extensa, 1 úlcera crónica de la pierna. Reingresos 4.

SEGUNDO SERVICIO DE CIRUGIA DE MUJERES, con 30 enfermas; 1 fístula biliar crónica, 1 ano contranatura, 1 labio leporino, 1 polidactilia. Reingresos 2.

CUARTO SERVICIO DE CIRUGIA DE MUJERES, con 35 enfermas: 1 quemadura extensa, 3 úlceras crónicas de la pierna. Reingresos 0.

PRIMER SERVICIO DE CIRUGIA DE HOMBRES, con 46 enfermos; 2 amputados, 4 enfermedades ostioarticulares crónicas, 2 deformidades de la cara, 2 enfermedades neuromusculares, 1 mal de Pott. Reingresos 7.

SEGUNDO SERVICIO DE CIRUGIA DE HOMBRES, con 38 enfermos; 1 amputado, 2 enfermedades osteoarticulares cr., 1 deformidad de la cara, 1 artropatía, 2 enfermedades neuromusculares, 3 úlceras cr. de la pierna. Reingresos 5.

TERCER SERVICIO DE CIRUGIA DE HOMBRES, con 42 enfermos; 6 amputados, 1 enfermedad osteoarticular, 3 neuromusculares, 2 deformidades de la cara, 3 quemaduras, 2 mal de Pott, 4 úlceras crónicas de la pierna. Reingresos 9.

SERVICIO DE CIRUGIA DE NIÑAS, con 47 enfermas; 7 enfermedades osteoarticulares, 2 quemaduras, 6 mal de Pott, 2 malformaciones congénitas. Reingresos: no pudieron controlarse.

SERVICIO DE CIRUGIA DE NIÑOS, con 40 enfermos; 6 enfermedades osteoarticulares, 10 fracturas, 1 malformación con-

génita, 1 mal de Pott, 3 quemaduras, 1 pérdida abundante de sustancia. Reingresos: no se pudieron controlar.

SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA DE MUJERES, con 36 enfermas; 4 enfermedades osteoarticulares. Reingresos 9.

SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA DE HOMBRES, con 50 enfermos; 1 contusión cerebral, 20 fracturas (de las cuales 3 son con parálisis), 2 luxaciones, 2 enfermedades neuromusculares, 6 mal de Pott, 1 enfermedad osteoarticular, 1 esguince. Reingresos 1.

SERVICIO DE UROLOGIA, con 42 enfermos. Reingresos 0.

SERVICIO DE GINECOLOGIA, con 60 enfermas; 1 cardíaca. Reingresos 0.

SERVICIO DE OFTALMOLOGIA DE HOMBRES, con 49 enfermos; 36 enfermedades crónicas de los ojos con pérdida de alguno de los órganos correspondientes. Reingresos 5.

SERVICIO DE OFTALMOLOGIA DE MUJERES, con 20 enfermas; 11 con enfermedades crónicas de los ojos con pérdida de alguno de los órganos correspondientes. Reingresos 0.

SERVICIO DE OTORINOLARINGOLOGIA DE MUJERES, con 17 enfermas; 1 caso crónico de enfermedad de la nariz, 2 cáncer de la laringe con pérdida de la voz. Reingresos 2.

SERVICIO DE OTORINOLARINGOLOGIA DE HOMBRES, con 30 enfermos; 3 enfermedades crónicas de los órganos correspondientes. Reingresos 0.

SERVICIO DE DERMATOLOGIA, con 26 enfermos; 1 pénfigo foliáceo generalizado. Reingreso 0.

SALAS CUNAS, con 120 enfermos: 13 T.B.C., 12 enfermedades neuromusculares, 1 cardíaco, 6 malformaciones congénitas, 1 tumor craneano, 1 fractura, 1 quemadura extensa, 2 oligofrenias. Reingresos: no se pudieron controlar.

SERVICIO DE INFANTES, con 100 enfermos; 4 malformaciones congénitas, 1 artropatía, 1 enfermedad osteoarticular. Reingresos: no se pudieron controlar.

SERVICIO DE EMERGENCIA, con 24 enfermos; 2 fracturas del cráneo con secuelas. Reingresos no se pudieron controlar.

Lo anteriormente expuesto lo podemos resumir en el cuadro siguiente:

CUADRO DE ENFERMEDADES CRONICAS QUE ACTUALMENTE SE HAYAN EN EL HOSPITAL GENERAL Y QUE PUEDEN SER BENEFICIADAS CON LA REHABILITACION

- 52 Casos de diferentes tipos de fractura, 3 con parálisis.
- 47 Casos de enfermedades crónicas de los ojos con pérdida de alguno de los órganos correspondientes.
- 43 Casos de enfermedades neuromusculares.
- 39 Casos de cardíacos.
- 26 Casos de enfermedades osteoarticulares crónicas.
- 18 Casos de malformaciones congénitas.
- 17 Casos de diferentes artropatías.
- 15 Casos de mal de Pott.
- 12 Casos de quemaduras diversas.
- 11 Casos de úlceras crónicas de la pierna.
- 10 Casos de amputaciones diversas.
- 7 Casos de enfermedades pulmonares diversas, otras que T.B.C.
- 5 Casos de deformidades de la cara.
- 3 Casos de fístulas biliares crónicas.
- 4 Casos de enfermedades otorinológicas.
- 4 Casos de tumor de cráneo.
- 3 Casos de luxaciones articulares.
- 2 Casos de gangrena diabética.
- 2 Casos de oligofrenia.
- 2 Casos de fractura del cráneo con secuelas.

- 2 Casos de cáncer de la laringe con pérdida de la voz.
- 1 Caso de esguince.
- 2 Casos de pénfigo foliáceo.
- 1 Caso de ano contra natura.
- 1 Caso de pérdida abundante de substancia, con pérdida del dedo gordo.
- 1 Caso de hombro congelado.
- 1 Caso de contusión cerebral.

432 Casos en TOTAL -- SOBRE 1,229 ENFERMOS
VISTOS EN EL HOSPITAL GENERAL.

CONSIDERACIONES:

El total de casos estudiados asciende a la suma de 432 que forman el 35.15 por ciento de los enfermos revisados en el Hospital General y que se beneficiarían recibiendo un tratamiento combinado médico-quirúrgico con rehabilitación. También se puede observar que de esos 432 enfermos hasta cierto punto impedidos, 74 han reingresado por su misma enfermedad, que hacen un 17 por ciento de enfermos que reingresan igual o peor, por falta de un tratamiento rehabilitador y lugares de convalecencia.

Tomé nota del tiempo de estancia así como de su edad, ocupación, estado civil, tratamiento a que han sido sometidos, progreso en su enfermedad, etcétera, pero sería muy prolijo enumerar en esta tesis todos esos aspectos, por lo cual pongo a disposición de quien le interese, mi libro de notas. Sin embargo no quiero dejar de hacer notar que hay muchos de estos enfermos que están en el Hospital desde hace más de 5 años sin manifestar mejoría.

En el Hospital de San Vicente el problema es aún más delicado. Allí sólo están hospitalizados los de T.B.C. pulmonar comprobada. Hay 180 pacientes hombres, 101 mujeres y 43 niños, haciendo un total de 324. Una gran mayoría necesitan que se les aplique un programa de rehabilitación. Sin esto, los enfer-

mos que salen en sus casas después de haber estado largo tiempo en el hospital sin haber pasado por las etapas de la rehabilitación, se encuentran conque no pueden trabajar para sostener a su familia, o hacen trabajos inadecuados que los obligan a recluirse de nuevo. Por lo tanto la finalidad de un centro como estos debe ser curativa, rehabilitadora y profiláctica para el resto de la población.

VII. Esquema de ciertas medidas de Rehabilitación

Siguiendo al Doctor William H. Schmidt esquematizo algunas medidas de rehabilitación en grandes grupos de enfermos.

Rehabilitación de los Hemiplégicos:

La apoplejía es una de las causas más comunes de muerte en América. Si no se produce ésta, deja grandes secuelas. En los estados agudos, el paciente generalmente es llevado al hospital donde se le hace un tratamiento médico. Cuando ya ha pasado el estado de emergencia, en los hospitales no les gusta que estos enfermos permanezcan ocupando camas y les dan de alta para que se vayan a sus casas, incapacitados para valerse por sí mismos y sin quién los guíe para su restablecimiento. Actualmente si se les indica algún programa de restablecimiento se puede volver a estos pacientes a su máximo de potencia funcional. La Rehabilitación debe empezar inmediatamente que ha pasado la fase de emergencia, para prevenir las deformidades que se instalan rápidamente. Este trabajo es bastante simple y puede ser fácilmente graduado. Una rehabilitación activa puede empezar a los 10 ó 14 días y generalmente un período de dos o tres semanas es suficiente para enseñar al paciente el cuidado de sí mismo y hacerlo ambulatorio. Así el paciente deja de ser una carga para su familia y puede valerse por sí mismo al regresar a su casa.

Rehabilitación de los Amputados:

Tan pronto como la herida ha sanado después de la operación se le permite al paciente que se valga por sí mismo. Es deber del médico seguir el progreso del paciente; dirigirlo y guiarlo hasta que él ha sido rehabilitado y alcanzado su estado económico primitivo hasta donde sea posible. El programa de rehabilitación empieza tan pronto como sea posible. La deformidad de la flexión de un miembro puede ocurrir muy rápido y debe ser prevenida por cualquier medio disponible. Debe vendarse el muñón bien, de manera que se moldée para que se ajuste con propiedad a una prótesis. Los músculos deben ser reeducados y fortalecidos para poder efectuar nuevas funciones. Inmediatamente después un miembro artificial adecuado debe ser seleccionado. Después se debe seguir un programa de entrenamiento del uso de ese miembro. El propio ajuste de un miembro artificial es sólo el principio, pues queda mucho por aprender acerca de su uso si se quiere quedar satisfecho. En la mayoría de los pacientes el miembro artificial es para propósitos prácticos y tan útil como una pierna natural. Es solamente después de que un programa ha sido llevado con éxito que el paciente puede volver a la vida normal.

En caso de que el paciente no quiera continuar con su trabajo acostumbrado, es necesario referirlo a alguien que lo guíe vocacionalmente, o puede ser entrenado para un nuevo trabajo que le satisfaga, en todo sentido.

Rehabilitación de los Cardíacos:

El reposo prolongado en cama no es siempre su mejor tratamiento. Muchos de estos pacientes pueden someterse a ejercicios en la cama que se van aumentando gradualmente en cantidad y duración. La terapia ocupacional para distraer su mente también juega un importante papel. El corazón, siendo un músculo, puede ser fortalecido por ejercicios seleccionados y bien dirigidos y deben jugar una parte muy importante en la convalecencia de estos pacientes.

Rehabilitación en Tuberculosos:

A pesar de que el reposo es reconocido como una parte esencial en el tratamiento de la tuberculosis, a veces puede ser desventajoso. Afortunadamente la importancia de la rehabilitación ha sido reconocida y en otras partes prácticamente todos los sanatorios están equipados y llevan a cabo un programa completo. El paciente usualmente comienza con ejercicios en la cama, terapia ocupacional, terapia diversional y gradualmente progresa a una participación más activa en la vida diaria.

Rehabilitación de los pacientes de Cirugía Torácica:

La técnica es tan perfecta que a muchos pacientes les permite un género de vida que antes les estaba vedado. Estas operaciones son seguidas de deformidades e impedimentos que pueden ser fácilmente prevenidos o definidos. Se debe prevenir: las deformidades del tronco y las extremidades superiores y se debe buscar: la reexpansión del pulmón cuando está indicada; mantener o restaurar el estado normal del movimiento y de la fuerza muscular del hombro y del tronco; mejorar la postura general; prevenir el tórax rígido; prevenir un tórax deforme. Los ejercicios y el entrenamiento terapéuticos han sido de gran valor para alcanzar estos objetivos. Otras formas de terapia física tales como la termoterapia, los rayos Ultra-violeta, diatermia, y empaques calientes han sido de gran beneficio junto con el programa de ejercicios a estos pacientes. Este programa debe ser continuado hasta que el paciente pueda volver a su primitiva ocupación o una nueva.

Rehabilitación del Artrítico:

Un tratamiento médico definido debe ser acompañado con un programa de rehabilitación bien dirigido. La medicina física es una de las medidas más importantes para aliviar el dolor y la rigidez. Tan pronto como sea necesario, la movilización en todas las articulaciones tomadas debe ser llevada a cabo a su máximo ya sea pasiva o activa. Falta de su uso rápido conduce a la atrofia y pérdida de la fuerza en los músculos por lo que un programa de ejercicio activo es esencial. Debe comprenderse que

cualquier músculo colocado en reposo inmediatamente comienza a atrofiarse, mientras que el ejercicio activo mantiene la fuerza de los músculos y los guarda en buenas condiciones fisiológicas. La terapia ocupacional juega una parte importante en el tratamiento de estos enfermos. El uso de drogas tales como la cortisona y el ACTH han dado alivio temporal al dolor y a la rigidez y permiten al médico instituir medidas para aumentar el movimiento y la fuerza de los músculos. Cuando un cuidado médico es bueno y se emplea un plan de rehabilitación, se puede hacer mucho para prevenir un impedimento permanente y mejorar a estos pacientes.

Rehabilitación en el ejercicio general de la medicina:

La práctica de la rehabilitación para el médico general, empieza con la creencia de que la responsabilidad del médico no termina cuando la enfermedad aguda ha pasado o la operación es completada; termina solamente cuando el paciente es educado para vivir y trabajar con lo que le ha quedado. Hay muchas operaciones en las cuales el médico general es llamado para tratar a aquellos que tienen necesidad de un programa de rehabilitación, el cual, con un poco de conocimiento puede frecuentemente ser llevado a cabo perfectamente en la casa con la asistencia de algún miembro de la familia. Este programa puede requerir procedimientos más complicados. Es el deber del médico de la familia ver que el paciente sea colocado en las manos convenientes para efectuar procedimientos complementarios. El médico es el único que tiene conocimiento de lo que el paciente necesita, y cuando lo puede obtener. El paciente busca al médico para que le aconseje sobre muletas, bastones, etc. El médico de la familia tanto como el especialista en rehabilitación debe estar interesado en este problema pues su coordinación e interés son esenciales para el éxito.

Rehabilitación del ciego:

La rehabilitación del ciego debe llevarse necesariamente en instalaciones especializadas en este tipo de trabajo. Esto incluye entrenamiento en el sistema de Braille, mecanografía, terapia ocupacional, entrenamiento vocacional y colocación de trabajo.

Rehabilitación psiquiátrica:

El valor de la rehabilitación ha sido reconocido en las instituciones mentales antes que en otros lugares. Casi todas las instituciones mentales aprovechan la medicina física, la terapia ocupacional, y un buen programa de rehabilitación se hace necesario aquí en Guatemala para los enfermos mentales. Estas instituciones deben estar equipadas con propiedad para su trabajo. A los pacientes se les debe dar una cuidadosa explicación de su condición y decirles lo que ellos pueden esperar. Se les debe enseñar a vivir dentro del límite de sus incapacidades pero con el uso completo de sus capacidades. El tratamiento psiquiátrico de estos pacientes es inestimable para el éxito de un programa de cualquier clase de rehabilitación.

Rehabilitación de las enfermedades nerviosas crónicas:

Ya se mencionó la rehabilitación de los hemiplégicos. Si la enfermedad nerviosa es progresiva muy poco se puede hacer. Pero como pasa en muchos casos es estática, la rehabilitación es importante. Ellos entran en estos programas de acuerdo con sus necesidades y habilidades. Muchos de ellos sin necesidad colocados en una desventaja económica, son frecuentemente una carga para el estado. Una rehabilitación planeada y ejecutada cuidadosamente puede hacer de estos pacientes individuos que se sostengan por sí mismos con gran ventaja económica para ellos y para la comunidad.

Rehabilitación en un Hospital General:

Un hospital general está comúnmente interesado en condiciones agudas en las cuales la estancia del paciente es corta. Cuando un caso crónico es admitido en el hospital general se hace lo posible para sacarlo tan pronto como se pueda. Esto a menudo trae como consecuencia que el paciente sea enviado a su casa antes que algo de rehabilitación se le pueda hacer. Sin embargo todo hospital general debe estar interesado en un Departamento de Medicina Física bien equipado, bajo la tutela de un

médico competente, preferiblemente un especialista. Un hospital de esa manera puede realizar una rehabilitación casi completa en casos ambulantes mientras el paciente pueda venir al hospital para tratamiento y así no ser una carga al hospital ocupando camas. Todos los casos agudos que resultan de traumatismo tales como las fracturas, pueden ser completamente rehabilitados en el Departamento de Medicina Física. Es solamente cuando el paciente debe ocupar una cama que el problema se vuelve agudo en un hospital general.

Centros de Rehabilitación:

El paciente crónico que no es ambulatorio es el problema mas grande que se tiene en la actualidad. El pequeño número de pacientes crónicos que son tratados en los hospitales generales, es evidente para todo aquel que trabaja en ellos. Este problema tendrá que ser enfrentado por el desarrollo de centros de rehabilitación de la comunidad. Tales centros pueden ser establecidos para que se ocupen de las necesidades de la ciudad o de comunidades pequeñas de un número pequeño de hospitales o de un hospital como el caso nuestro. Debe tener camas disponibles para los pacientes que no son ambulatorios. Los pacientes podrían ser recibidos de uno o varios hospitales por un período de dos semanas durante las cuales ellos serían estudiados y clasificados. Si se decide que nada puede hacerse por determinado paciente el hospital que lo recibió debe estar de acuerdo en recibirlo de regreso. Si es un paciente que puede ser rehabilitado se le admitirá y ocupará una cama. Se le aplicará un plan de rehabilitación diario por períodos de 5 a 6 horas. Esfuerzo intensivo en este trabajo hará que el paciente retorne rápidamente a una condición física satisfactoria. Un centro de este tipo de hospital quitará esa responsabilidad al hospital general y tendrá el cuidado de esas personas abandonadas, que antes habían estado sin ninguna clase de rehabilitación. El costo de una institución como esta es mucho menor que el de un hospital general y las facilidades necesarias para la convalecencia son probablemente el 50% menores que las necesidades para un hospital general. Un hospital de esta categoría podría ser sostenido por sí mismo. Las cuotas por los

servicios podrían obtenerse de pacientes privados, de industrias, de agencias de seguros, sindicatos obreros, del Estado y de otras entidades. Ya se ha tenido la experiencia de otros países de que estos centros pueden ser sostenidos casi por ellos mismos. La profesión médica tendrá que hacer frente al hecho de que estos servicios no pueden descuidarse por más tiempo y algo se debe hacer, ya sea en los hospitales generales o en centros de rehabilitación especialmente diseñados.

VIII. Resumen

Se ha tratado de que la profesión médica se de cuenta de su responsabilidad para los pacientes que necesitan de rehabilitación. Los avances recientes en medicina tales como los antibióticos, la perfección de las operaciones quirúrgicas, han reducido el número de muertes que previamente resultaban de las enfermedades o lesiones. Más gente alcanza la edad donde las enfermedades crónicas ocurren con mayor frecuencia. Para todas estas enfermedades como para otras ya mencionadas no hay un tratamiento específico. La rehabilitación reconoce que el tratamiento de las enfermedades es solamente una parte de cuidado médico y que igual énfasis debe ser dado al tratamiento del paciente como persona. El médico ha prestado muy poca atención a este vacío que existe entre el cuidado médico quirúrgico del paciente, y las necesidades del paciente como un individuo, parte de la sociedad. Hasta que la persona incapacitada es rehabilitada en todos sus aspectos, el médico puede considerar que ha cumplido con su deber. La rehabilitación completa debe ofrecer un programa de medicina física, terapia ocupacional, servicio social, servicio psiquiátrico, dirección vocacional, educación, recreación y resolución de sus problemas económicos.

El problema de rehabilitación concierne muy de cerca a la profesión médica quien debe interesarse en este trabajo y asumir responsabilidad y ayudar al establecimiento y desarrollo de estas instituciones para llevar a cabo la rehabilitación antes de que personas o agrupaciones ajenas al problema lo tomen a su cargo con grave desventaja para la profesión médica. El problema concier-

ne no sólo al médico sino al pueblo y al Estado. El valor de rehabilitación ya se ha puesto bien claro. Sin embargo ninguna ventaja económica puede medir la satisfacción moral y social alcanzada por el triunfo de la rehabilitación del trabajador impedido y de su familia; ni tampoco puede disminuir el valor que da la sociedad en la transformación de un individuo dependiente a una persona que se puede valer por sí misma. Con una adecuada rehabilitación, una persona impedida emplea su propio orgullo y se vuelve capaz, la industria economiza dinero, la obrera gana un trabajador valioso, el Gobierno tiene más contribuyentes, y nuestra democracia mantiene su nivel económico.

CARLOS EDWIN ROSAL, ORDÓÑEZ

Vo. Bo.:
Dr. MIGUEL ANGEL AGUILERA.

Imprimase,
Dr. ALEJANDRO PALOMAR
Decano Interino.

IX Bibliografía

Physical Medicine in General Practice, W. Bierman.
Paul B. Hoeber, Inc. N. Y.

Modern Concepts of Convalescent Care, H. Zazeela.

Consulting Bureau Service, W. F. Prior Co., Inc. Hagers-
town, Md.

Rehabilitation of the Physically Handicapped, H. H. Kess-
ler, Columbia Univ. Press. New York.

Practical Therapeutics, M. E. Rehfuss, A. H. Price, The
William & Wilkins Company, Baltimore.

Conferencia sobre Rehabilitación dada por el Dr. Miguel
Angel Aguilera a la Juventud Médica en Agosto 23 de 1953.