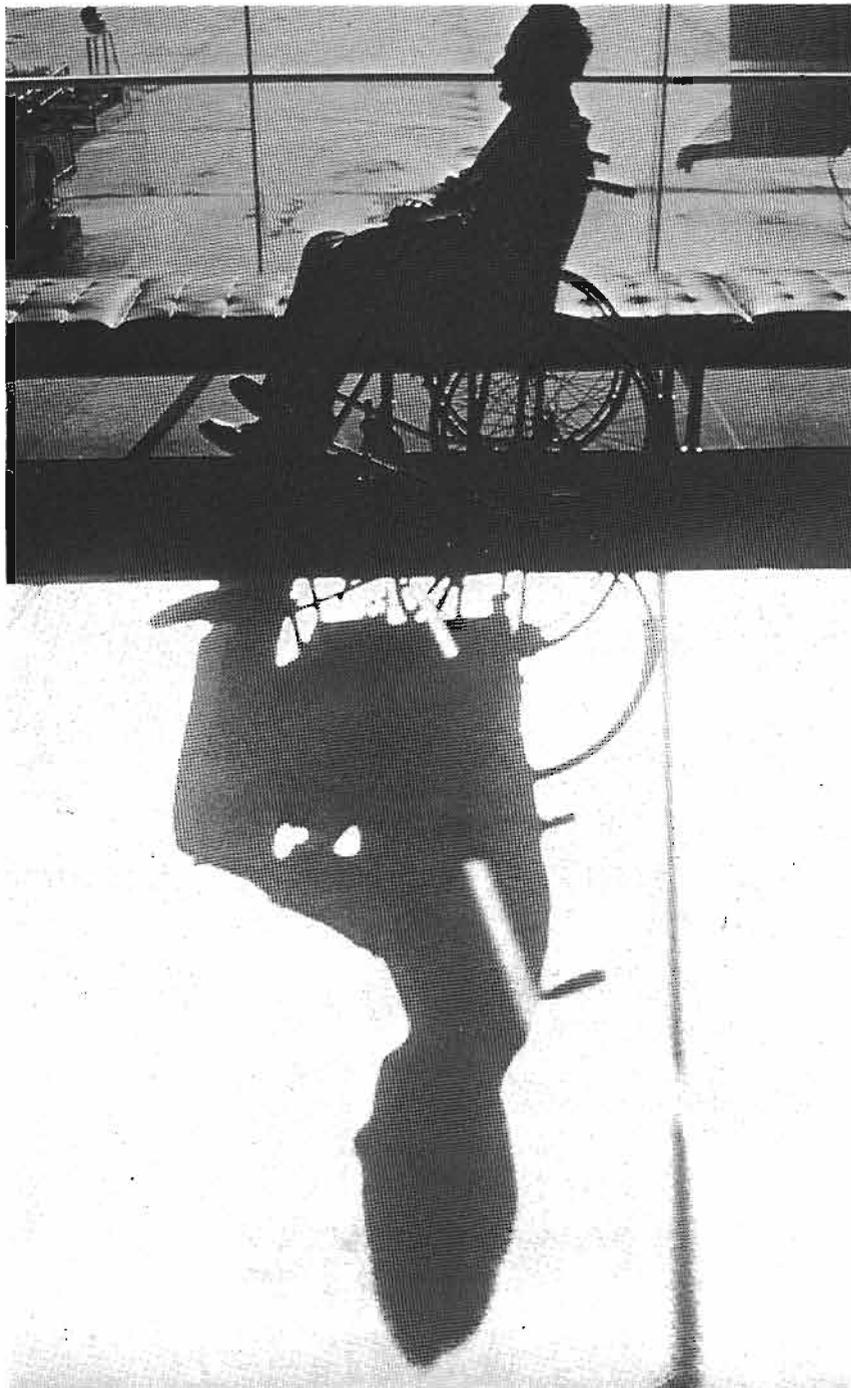


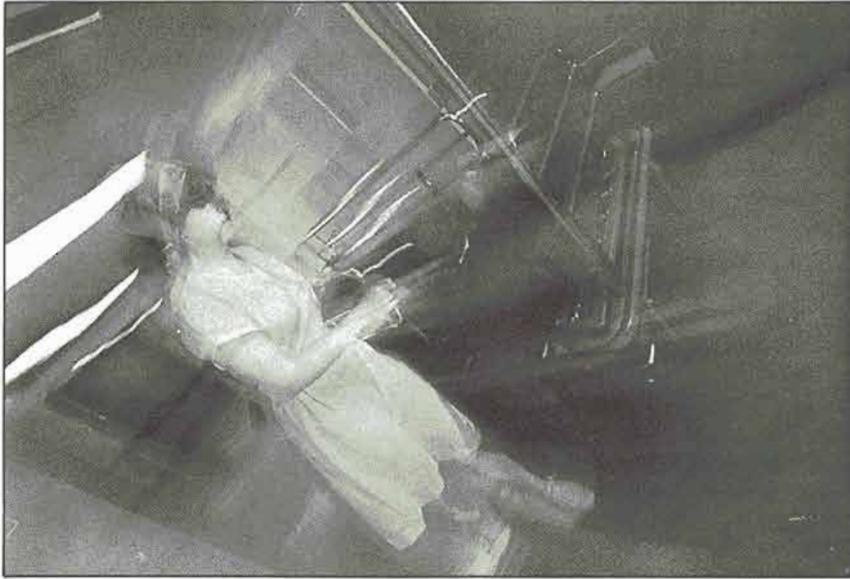
Rehabilitación psicológica y minusvalía física: una perspectiva empírica

DOCTOR HERBERT H. ZARETSKY (1)
*Departamento de Medicina
de Rehabilitación. Centro Médico
de la Universidad de Nueva York. Goldwater
Memorial Hospital.*



La psicología de rehabilitación surgió como especialidad, cuando se aceptó la importancia de la medicina de rehabilitación. Después de la Segunda Guerra Mundial ambas disciplinas aparecieron por la necesidad de tratar los problemas físicos y psicológicos de miles de soldados que retornaban al país. La medicina de rehabilitación comenzó con carácter de especialidad concreta dentro de la medicina general, en 1940, cuando el Dr. Howard A. Rusk organizó el primer servicio de rehabilitación en el Bellevue Hospital de la ciudad de Nueva York (Ince, 1974). Las víctimas emocionales de la guerra necesitaban de psicólogos que les ofrecieran específicamente servicios clínicos en hospitales y establecimientos de salud mental, lo que reveló la necesidad de establecer la psicología de rehabilitación como subespecialidad de la psicología clásica. En 1949, y alentado por la National Society for Crippled Children and Adults (Sociedad Nacional para niños y adultos minusválidos), el National Council on Psychological Aspects of Disability (Consejo Nacional de Aspectos Psicológicos de la Minusvalidez) fue constituido como grupo de interés especial de la American Psychological Association (Asociación Psicológica Americana). (Wright, 1959). A principios de los años 1950 la necesidad de contar con servicios psicológicos más amplios para los minusválidos fue satisfecha por organismos gubernamentales, tales como la Veterans Administration (Administración de Veteranos) y el Office of Vocational Rehabilitation (Oficina de Rehabilitación Vocacional). A partir de ese momento, la psicología de rehabilitación continuó ampliándose junto con una mayor aceptación de los cen-

(1) Jefe del Servicio de Psicología y director adjunto del Departamento de Medicina de Rehabilitación del Centro Médico de la Universidad de Nueva York.



La labor del psicólogo rehabilitador se orienta hacia la adquisición o mejoramiento, por parte del paciente, de habilidades sociopersonales, una mayor adaptabilidad a las exigencias de la vida, el acrecentamiento de adaptación al entorno y el desarrollo de una mayor posibilidad de solucionar problemas y adoptar decisiones.

tros de rehabilitación y el desarrollo de los mismos. De hecho, el mencionado grupo de interés especial de la American Psychological Association constituye actualmente un departamento formal de la APA: el Departamento de Psicología de Rehabilitación.

Los objetivos de este Departamento son: a) promover e intercambiar conocimientos e informaciones entre sus miembros a través de la investigación, la enseñanza y los servicios, con respecto a los aspectos psicológicos y sociales de la rehabilitación, mediante la asociación y otros medios de comunicación; b) reunir a los interesados en la información sobre problemas psicológicos relacionados con los aspectos sociales y psicológicos de la rehabilitación, de modo que estén en condiciones de prestar mejores servicios a los minusválidos así como actuar conjuntamente frente a ellos; c) desarrollar vínculos con minusválidos y con las organizaciones que los representan a fin de incorporar sus diversos puntos de vista a las actividades de investigación, enseñanza, y prestación de servicios del Departamento; d) cooperar con otras organizaciones que tienen objetivos comunes en la esfera de la rehabilitación; e) concienciar al público respecto del papel que representan los factores psicológicos y sociales en la vida de los minusválidos; f) hacer llegar a las entidades legislativas y administrativas la importancia de los factores psicológicos y sociales de la rehabilitación, así como el valor de la psicología de rehabilitación; g) articular y asegurar la validez de la psicología de rehabilitación como entidad profesional diferenciada; y h) trabajar en bien

del interés común para la estructuración de la capacitación, normas y prácticas correspondientes a las actividades de un psicólogo rehabilitador. (American Psychological Association, 1979).

Los psicólogos rehabilitadores son en gran parte una raza híbrida. Tal como lo hizo notar Ince (1974), muchos de los psicólogos que trabajan en los servicios de rehabilitación no han sido específicamente formados para el trabajo que cumplen, dado que pocas son las universidades existentes en el país que ofrecen capacitación específica en psicología de rehabilitación. La mayoría de los psicólogos que trabajan en medicina de rehabilitación fueron formados en disciplinas tales como psicología clínica, de asesoramiento, experimental o pediátrica. Generalmente poseen un doctorado en psicología, habiendo completado un internado relacionado con psicología clínica o de asesoramiento, y asimismo, a menudo gozan de una capacitación y experiencia posdoctoral en el campo de la rehabilitación. Igualmente, muchos de ellos están en posesión de certificados o licenciaturas que acreditan sus respectivas especialidades.

Una de las funciones primordiales del psicólogo rehabilitador es prestar servicios psicológicos con el fin de mejorar la minusvalidez o incapacidad de un individuo a lo largo de su vida (Ince, 1974). Este servicio requiere una combinación especialísima de tratamientos derivados del hecho de que los individuos reaccionan en forma diferente ante las distintas minusvalideces o incapacidades. Estos servicios se prestan basados sobre un modelo

psicológico en el que los elementos claves del entorno interactúan impactando sobre el estilo de vida del que sufre minusvalidez o incapacidad, así como sobre el o los individuos relacionados con ellos. Corresponde al psicólogo rehabilitador facilitar la modificación de dichos elementos para crear un ambiente óptimo. Esta perspectiva de propiciar el desarrollo individual, constituye su tarea primordial, al asegurar la existencia de condiciones psicosociales adecuadas para una interacción positiva entre todos aquellos involucrados en el esfuerzo de una rehabilitación continuada. Los psicólogos rehabilitadores están preparados para evaluar tanto los problemas y deficiencias como las posibilidades de reacción. Su labor se orienta hacia la adquisición o mejoramiento, por parte del paciente, de habilidades sociopersonales, una mayor adaptabilidad a las exigencias de la vida, el acrecentamiento de la facultad de adaptación al entorno y el desarrollo de una mayor posibilidad de solucionar problemas y adoptar decisiones. El psicólogo rehabilitador procura sistemáticamente modificar aspectos establecidos dentro del ambiente social o físico de los minusválidos o incapacitados, que se considera que (1) contribuyen o mantienen su estado de minusvalidez o incapacidad y (2) presentan barreras interpersonales, ocupacionales, o arquitectónicas, que impiden una respuesta más satisfactoria y funcionalmente eficaz a las exigencias de la vida.

La psicología de rehabilitación intenta conseguir un cambio de adaptación en el individuo y por ello comparte

su interés en el cambio de comportamiento individual, con la clínica y el asesoramiento psicológicos. Los psicólogos rehabilitadores emplean toda la gama de métodos sistemáticos de clínica, asesoramiento, organización, e intervención, de los que corrientemente dispone la psicología y la ciencia del comportamiento. Tiene por lo tanto, mucho en común con la psicología vocacional, industrial, clínica o de asesoramiento, y la comunitaria, en lo referente a los métodos que emplea. La psicología de rehabilitación se practica frecuentemente dentro del marco de servicios que tienen un título o una entidad explícita de rehabilitación, tales como: centro de formación vocacional; hospital de rehabilitación; centro de rehabilitación, etc. Los servicios previamente dedicados por lo general a enfermedades institucionalizadas (por ejemplo servicios para retardados mentales o servicios psiquiátricos), se hallan cada día más en proceso de "no institucionalización", al ser reubicados en ambientes comunitarios y, en muchos casos, considerados bajo un nuevo concepto y un nuevo nombre en su carácter de servicios de rehabilitación. Al hacer uso de los métodos de investigación desarrollados durante la formación universitaria, el psicólogo rehabilitador con frecuencia debe llevar a cabo, en el marco de estos servicios, investigaciones sobre el comportamiento (Ince, 1982), así como elaborar enfoques terapéuticos especializados e innovadores respecto de los problemas psicológicos que presenta el paciente minusválido (Zaretsky e Ince, 1974). Tales esfuerzos tienen como objetivo primordial mejorar la adaptación del minusválido o incapacitado, o maximizar el proceso de rehabilitación. En realidad, los servicios de los psicólogos se emplean cada día con mayor frecuencia en los centros médicos y asumen una función primordial en la evaluación psicológica y el tratamiento de enfermedades y minusvaldeces (Zaretsky, 1984).

Al procurar la adaptación del paciente a una enfermedad que produce minusvalidez, le será útil al psicólogo rehabilitador enfocar este proceso dentro del contexto de la adaptación a una pérdida. El cuadro básico evoluciona del rechazo a una depresión, hasta llegar a la resolución o la aceptación. Esta misma secuencia básica fue observada por Dembo y sus asociados (1956) en su clásico trabajo sobre la



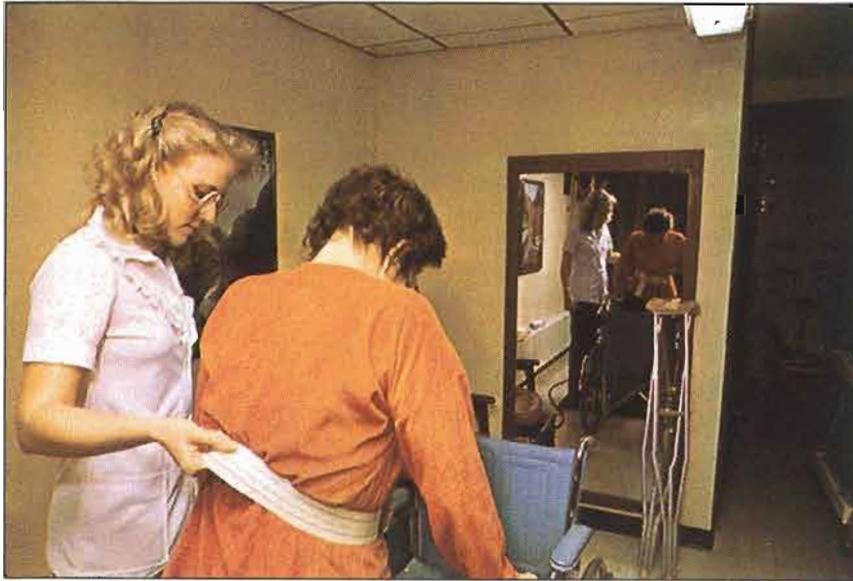
adaptación psicológica de los amputados. Fink (1967) y Shontz (1965) describieron paradigmas similares. Kubler-Ross (1969), en su extenso trabajo sobre las reacciones psicológicas ante la evidencia de una enfermedad terminal, presenta la teoría de etapas, que podría ser aplicada a las reacciones ante la minusvalidez. Este proceso consta de cinco etapas sucesivas: 1) rechazo; 2) cólera; 3) búsqueda de un compromiso; 4) depresión y 5) aceptación o resolución. El comportamiento y la cognición inherente a cada etapa, con frecuencia se manifiestan en las actividades hospitalarias del paciente; por lo tanto, sería útil estudiar cada una de dichas etapas con mayor detalle, tal como lo han señalado Grzesiak y Zaretsky (1979), para su aplicación a las reacciones frente a la minusvalidez.

El *rechazo* es quizá el mecanismo de defensa más conocido en el trabajo de rehabilitación y da como resultado una distorsión completa o parcial de la realidad de cara a un stress y ansiedad abrumadores. El rechazo constituye asimismo una reacción humana muy común ante noticias desagradables. Por ejemplo, cuando repentinamente encaramos una situación muy negativa, nuestra primera reacción podría ser: "a mí, no", o bien: "¡no me lo creo!". Cuando las noticias angustiantes producen un trauma considerable, como cuando un médico declara que padecemos paraplejía y no volveremos a caminar jamás, la necesidad de un rechazo tiene mayores consecuencias clínicas. El rechazo, en este caso, se considera como una respuesta autode-

Al procurar la adaptación del paciente a una enfermedad que produce minusvalidez, le será útil al psicólogo rehabilitador enfocar este proceso dentro del contexto de la adaptación a una pérdida; este proceso consta de cinco etapas sucesivas: rechazo, cólera, búsqueda de un compromiso, depresión, aceptación o resolución.

fensiva en cuanto concede tiempo al individuo para asimilar y reconocer lentamente la limitación. El rechazo impide el reconocimiento cabal de una limitación seria, y en consecuencia, reduce el riesgo de una desintegración de la personalidad. Sin embargo, el uso del rechazo, si bien defiende de una realidad desagradable, simultáneamente distorsiona dicha realidad y disminuye un funcionamiento eficaz. Por ello, no se puede mantener durante períodos prolongados. Gradualmente, el paciente va admitiendo cada vez más su limitación con un incremento paralelo de su ansiedad y depresión. Nuestra experiencia clínica sugiere que un rechazo parcial puede continuar durante largos períodos, pero que se manifestará en comportamientos (como el de la cólera), que servirán para disimularlo. Con frecuencia, las etapas que van del rechazo a la aceptación no son consecuentes.

Dado que un rechazo prolongado interfiere con la realidad y en conse-



cuencia, con la rehabilitación, es necesario tratar de vencer dicho rechazo. Sin embargo, este intento debe hacerse con mucha cautela, pues forzar demasiado el proceso podría desencadenar una ansiedad indebida o problemas psicológicos aún más serios. Para realizar esta tarea se recomienda los servicios de un psicólogo rehabilitador. Al aconsejar al paciente y conceder especial énfasis en ofrecer y recibir información, se puede facilitar la eliminación del rechazo. Interrogar al paciente sobre su condición física y su pronóstico, con frecuencia suministrará un cuadro relativamente exacto del grado de realismo con que aquél encara su incapacidad. Se puede descubrir que el paciente nunca se ha informado sobre su pronóstico, o bien que posee, desde el punto de vista médico, nociones muy distorsionadas sobre su estado. Dado que se presume que el rechazo como mecanismo de defensa es en parte un proceso inconsciente, no es extraño observar cierta inconsecuencia entre lo que el enfermo dice saber y lo que manifiesta que se le ha dicho. Tal inconsecuencia causa tensión psicológica. Los consejos dados para resolver esta situación pueden facilitar la eliminación del rechazo.

Cuando el paciente pasa de la etapa "yo no", del rechazo a la de preguntar "¿por qué yo?", con frecuencia expresará gran cólera. Según Kubler-Ross, la cólera es la segunda etapa de la reacción ante el reconocimiento de una enfermedad terminal, y su aplicación a la psicología de adaptación la minusvalidez es muy importante. El paciente considera su limitación como

una injusticia y le parece difícil imaginar un futuro, dada la alteración física de su status. El valor de enfocar la cólera como una etapa —un componente del proceso— es lo que permite a los profesionales establecer una referencia para comprender el punto de vista del paciente. Este está encolezado y su cólera es una respuesta humana legítima ante una situación desafortunada pero real. Un peligro importante durante esta etapa consiste en que la cólera continuada puede alejar al paciente tanto del personal médico como de la familia en un momento en que más ayuda necesita. La comprensión, sensibilidad e identificación del profesional para, primero, enfrentar psicológicamente y, a la larga, resolver una limitación física que podría ser destructora. Si no es posible mantener esta perspectiva, se prepara el camino para una molesta batalla personal, que carece de toda profesionalidad pero, sin embargo, acontece con demasiada frecuencia. Así como el rechazo, la etapa de la cólera también pasará. El peligro de esta etapa está en que el paciente quede permanentemente clasificado como colérico, hostil, contrariante y no cooperativo; ello puede provocar una disminución en la calidad de los cuidados que se le prestan y la incapacidad por parte del personal médico para reconocer en el paciente una posterior evolución favorable en su carácter, comportamiento y motivación para la rehabilitación.

La búsqueda de un *compromiso* es la tercera etapa de la reacción que puede aplicarse a los pacientes en vías de rehabilitación. Esta etapa se caracteriza por el intento del paciente de

establecer un compromiso ofreciendo comportamientos selectivos con el fin de alterar lo que es una limitación o minusvalidez inevitables. Por ejemplo, un paciente dirá algo como: "si llego a volver a caminar, seré una buena persona y dedicaré mi vida a obras de caridad". Esta etapa puede o no presentarse, pero sirve para fijar un límite de tiempo al proceso de ajuste o adaptación a la limitación.

Si dentro del término establecido no se produce la recuperación, el paciente derivará hacia nuevos medios de adaptación, retornando a la etapa colérica o cayendo en una depresión profunda.

Los médicos rehabilitadores conocen muy bien la *depresión* y la *ansiedad*. En cierto momento del proceso de rehabilitación se debe esperar la presencia de dicha depresión. La ausencia de síntomas de depresión en un individuo cuya limitación es reciente, sugiere que psicológicamente existe un fallo; por ejemplo, puede ser la prueba de un profundo rechazo, de psicosis o de lesión cerebral. La complejidad en la sintomatología y la etiología de la depresión la convierte en un síndrome difícil de medir y evaluar. Respecto de la depresión en la medicina de rehabilitación, Grayson (1952) pregunta: "¿Cuándo puede decirse que la depresión es una reacción ante una limitación o cuándo debe ser considerada patológica?" (pág. 9). Recalca que el componente de ideación es importante para diferenciar la depresión resultante de una limitación, de la depresión neurótica o psicótica. De hecho, si la reacción depresiva en un individuo cuya limitación es reciente se relaciona con tendencias depresivas premórbidas, ello se manifestará en calidad de la ideación y muy probablemente bajo cierto tipo de sentido de culpabilidad.

Si la depresión es estrictamente reactiva —resultante de una limitación— se puede esperar que desaparezca con el tiempo y la comprensión. Esta es una fase crítica en la adaptación a una limitación y durante la misma el proceso de adaptación fácilmente puede desencaminarse. La depresión en el individuo cuya limitación es reciente es natural y legítima, puesto que la persona ha sufrido una pérdida muy real y permanente. Este tipo de individuo requerirá una intensa ayuda psicológica y el apoyo, comprensión y paciencia del equipo de rehabilitación. Dentro de ese clima de

apoyo, se debe permitir al paciente expresar y expresar sus sentimientos, facilitándose así el proceso de mejoramiento de las depresiones. Debe señalarse que la depresión sufrida por el individuo cuya limitación es reciente, con frecuencia es autolimitante, pero cuando las reacciones depresivas forman parte de una personalidad premórbida, ocasionalmente se considerará indicada la asistencia de un psicoterapeuta.

La *aceptación o resolución* del propio status de minusvalidez constituye la etapa final del proceso de adaptación. En esta etapa es cuando se advierte una clara diferencia entre las reacciones del paciente cuya enfermedad es terminal y las del paciente capaz de ser rehabilitado. La resignación e insensibilidad características del paciente que ha de morir contrastan intensamente con el ánimo, aceptación de la limitación y la decisión de seguir viviendo del paciente minusválido en vías de rehabilitación. Sin embargo, como lo ha observado Trieschmann (1974), "la rehabilitación no implica necesariamente felicidad". Tal como ya se ha señalado, la adaptación a una minusvalidez representa el descubrimiento de que la vida puede

continuar, pero que en gran medida, dicha vida será distinta de la llevada antes de la minusvalidez sufrida. Desde un punto de vista estrictamente psicológico, el conseguir un sentido de autoestima es sumamente importante para obtener una adaptación efectiva a la minusvalidez. El paciente debe establecer, a veces con ayuda profesional, el sentido de que su vida tiene un objetivo que le permita encaminarse hacia un futuro en el que su imagen personal sea aceptable. Esta nueva imagen puede involucrar nuevas actividades profesionales o voluntarias, pero debe ser una imagen digna de merecimiento y acrecentar su autoestima y su amor propio. El tipo de actividad que mejor se adapte a cada individuo dado estará naturalmente en función del carácter único de cada individuo. Trieschmann (1974), hace notar claramente esta circunstancia cuando observa que, con demasiada frecuencia, el personal rehabilitador presume saber lo que más le conviene al paciente, concediendo una mínima consideración a las necesidades, actitudes y aptitudes del mismo. En realidad, no es raro que los miembros del equipo den por sentado que la rehabilitación de un paciente involucra su dependencia psicológica

(por ejemplo, se trata al paciente adulto como si fuera un niño). Desgraciadamente, tal actitud limita o retarda los pasos del enfermo hacia la aceptación de su minusvalidez y su oportuna rehabilitación. La planificación de la rehabilitación, especialmente en lo referente a la vida del paciente una vez abandonado el centro de rehabilitación, debe incluir a dicho paciente como participante activo. En realidad, el enfermo es parte integrante del equipo de rehabilitación.

Si bien cada paciente en vías de rehabilitación no pasa necesariamente por cada una de estas etapas reactivas, la experiencia clínica obtenida en los ambientes de rehabilitación indica que constituye una buena base para facilitar la máxima recuperación del paciente. Los factores tales como una personalidad premórbida, el status socioeconómico, la educación, y el status marital, son factores que influyen sobre la secuencia de las etapas reactivas ante una minusvalidez. Probablemente, los factores culturales representan un papel importante en este punto, pero es necesario saber más en cuanto a la forma en que tales factores influyen sobre las reacciones psicológicas ante una minusvalidez. ■