

COMPROMISO PSICOSOCIAL EN LA REHABILITACION DE LAS DISCAPACIDADES MOTRICES(*)

*Antonio Aguado Díaz(**)*

RESUMEN

En la rehabilitación de las discapacidades motrices (de origen no cerebral) juegan un papel relevante toda una serie de variables psicológicas y sociales que son tema de interés de la Psicología de la Rehabilitación y sobre las que se pretende ofrecer una panorámica general.

Partiendo de que se trata de un campo disgregado y sin aunar teóricamente, se pasa revista a los principales temas de investigación y modelos explicativos, con especial atención a dos de las tesis más sostenibles: Las relaciones entre personalidad y discapacidad y las fases de reacción o proceso de adaptación, temas sobre los que existen abundantes prejuicios que son fuente de marginación. Igualmente, se mencionan los principales problemas metodológicos, las tendencias actuales y la situación en España.

Por último, se concluye señalando que la Psicología

(*) Artículo redactado sobre el guión de "Aspectos psicosociales de la rehabilitación de trastornos motóricos", Conferencia invitada a las IV Jornadas de Psicología: Medicina Conductual: Un enfoque comportamental del modelo biomédico. Oviedo, marzo-abril de 1986.

(**) Departamento de Psicología. Universidad de Oviedo. C/ Valdés Salas s/n. 33007 - OVIEDO.

de la Rehabilitación constituye una especialidad de una gran repercusión social y de un interés creciente en la que los profesionales de la Psicología están llamados a desempeñar un papel destacado.

SUMMARY

Psychological and Social variables -wich are a central concern in Rehabilitation Psychology- play a relevant role in the Rehabilitation of Mobility Impairments (without brain damage). In this paper we will present a general overview of those variables.

Rehabilitation Psychology is an invertebrate specialty area lacking theoretical unity. Therefore we will discuss the most important research topics and conceptual models, with special reference to the two most sustainable thesis, i.e. (1) Relationship between Physical Disability and Personality and (2) Stages of Reaction or also called Process of Adjustment. Both of them are commonly subject to prejudices and are a source of seggregation. Methodological problems, current trends, and the situation in Spain are also dealt with.

Finally, we conclude suggesting that Rehabilitation Psychology is a new speciality with huge social consequences and of increasing interest, in wich Psychologists are to play a major role.

PALABRAS CLAVES: *Psicología de la rehabilitación, minusvalía física, alteración motora.*

DESCRIPTORS: *Rehabilitation Psychology; Physically Handicapped; Mobility Impairment.*

IDENTIFIERS: *Rehabilitation Psychology & Research Topics & Conceptual Models & Personality & Process of Adjustment & Methodological Problems & Current Trends & Situation in Spain, Mobility Impairments.*

1. INTRODUCCION

1.1. DELIMITACION DE OBJETIVOS

En la rehabilitación de las discapacidades motrices (de origen no cerebral) juegan un *papel relevante* toda una serie de variables psicológicas y sociales, sobre las que el presente trabajo trata de ofrecer una *panorámica general*.

Desde este primer momento, dada la situación actual del tema, hay que dejar bien claro, parafraseando a NEWLAND (1973), que: si esta exposición plantea más problemas de los que resuelve, esto se debe al estado en que se hallan las técnicas de exámen en este área y, además, al deseo por parte del autor de ejercer esta promoción sobre los lectores.

No obstante, el tema no carece de interés. BURISH y BRADLEY (1983b) afirman que: el enfrentamiento ante la enfermedad crónica no es un problema insignificante que afecte a una minoría de personas. Por el contrario, representa uno de los retos actuales más importantes para los profesionales de la salud.

No es éste el momento de detallar cuantificaciones, pero podrían ser útiles algunas cifras globales: En 1981, Año Internacional del Minusválido, las Naciones Unidas estimaban en un 10% de la población mundial (450 millones) el número de minusválidos (MOSSU, 1981). De ellos, las discapacidades motrices afectaban a unos CIEN millones. En España, el Departamento de Estudios y Publicaciones del SEREM (1979) calculaba en más de un millón, concretamente 1.111.200 (el 3,04% de la población) el total de minusválidos, de los que 442.186 padecían trastornos motóricos. La trascendencia social de estos problemas es obvia.

En este trabajo, se intentará dibujar una panorámica general sobre la Psicología de la Rehabilitación de las discapacidades motrices, teniendo en cuenta que se trata de un tema no resuelto, que plantea más interrogantes que soluciones, pero que tiene una enorme trascendencia social y constituye una especialidad de cre-

ciente interés en la que los profesionales de la Psicología están llamados a desempeñar un papel destacado.

1.2. DELIMITACION DE CONCEPTOS

1.2.1. Deficiencia, Discapacidad, Minusvalia

La Clasificación Internacional de Definiencias, Discapacidades y Minusvalías: Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad (WHO, 1980; versión castellana, INSERSO, 1983) establece la siguiente delimitación:

Deficiencia (Imperirment). Dentro de la experiencia de la salud, una deficiencia es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Deficiencia hace referencia a las anormalidades de la estructura corporal y de la apariencia y a la función de un órgano o sistema, cualquiera que sea su causa. En principio, las deficiencias representan trastornos a nivel de órganos.

Discapacidad (disability). Dentro de la experiencia de la salud, una discapacidad es toda retricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. Las discapacidades reflejan las consecuencias de la deficiencia desde el punto de vista del rendimiento funcional y de la actividad del individuo. Las discapacidades representan, por tanto, trastornos al nivel de la persona.

Minusvalía (Handicap). Dentro de la experiencia de la salud, una minusvalía es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de la edad, sexo, y factores sociales y culturales). Las minusvalías hacen referencia a las desventajas que experimenta el individuo como consecuencia de las deficiencias y discapacidades; así pues, las minusvalías reflejan una interacción y adaptación del individuo al entorno.

ENFERMEDAD -->	DEFICIENCIA -->	DISCAPACIDAD -->	MINUSVALIA
y / o			
TRASTORNO -->	LO ORGANICO -->	LO FUNCIONAL -->	DESVENTAJA
	EXTERIORIZADA	OBJETIVADA	SOCIALIZADA

1.2.2. Físicos, Psíquicos, Sensoriales

De forma tradicional y, entre otros, a efectos administrativos y de organización de servicios sociales, se suele distinguir entre estos tres tipos de deficiencias atendiendo al origen y/o función predominantemente afectada.

Sensoriales: Suelen incluirse las afectaciones del sentido de la vista y las del oído.

Psíquicos: El retraso mental y, en ocasiones, la enfermedad mental suelen agruparse en este apartado.

Físicos: Suelen tener cabida en este apartado todas aquellas enfermedades, afectaciones, malformaciones, trastornos, secuelas, déficits, etc., que afectan al aparato físico-orgánico-somático.

1.2.2.1. Físicos por enfermedad y motóricos

Dentro de los déficits físicos, suelen efectuarse múltiples agrupaciones en función de diversos criterios. P.e., C. TOMAS (1973), atendiendo a la etiología y, más concretamente, a su aspecto temporal, distingue entre:

- a) Minusvalías de origen hereditario y congénito.
- b) Minusvalías por traumatismos o enfermedades.

Otra de las delimitaciones más usuales hace referencia, de una manera muy práctica, a la localización, órgano o función afectados y, a la vez, a la etiología (VEIL, 1968; SHAKESPEARE, 1975):

- a) Enfermedad común y/o interna.
- b) Aparato locomotor.

1.2.2.2. Físicos motóricos con y sin afectación cerebral

Dentro de los déficits físicos, suelen ocupar lugar preferente las afectaciones del aparato locomotor (HERREN, 1965; DAGUE, 1966 SHAKESPEARE, 1975; VEIL, 1968; LABREGERE, 1981).

Reseñamos a continuación las clasificaciones de HERREN y LABREGERE, como las más completas y detalladas:

HERREN (1965) establece tres grandes categorías de minusvalías motóricas:

- A.- Lesiones de origen cerebral:
 - Congenitas, perinatales, etc.: IMC.

B.- Lesiones neuromusculares medulares y periféricas:

- Accidentes y malformaciones congénitas oseas.
- Enfermedades de la médula.
- Enfermedades de los circuitos sensitivo-motores.

C.- Lesiones no neurológicas:

- Musculares (miopatía)
- Oseas (osteocondritis).
- Articulares (Cifoescoliosis, Luxaciones)
- Amputaciones.

Por su parte, LABREGERE (1981) efectúa la siguiente agrupación de los déficits motóricos:

- Localización: mono-, di-, tetra-, hemi-, para-plejia.

- Origen: 1.- Cerebral: IMC.

2. Espinal: - Poliomiелitis anterior aguda.

- Espina bífida.
- Mielitis degenerativa.
- Traumatismos medulares.

3.- Osteo-articular:

- Tuberculosis osea.
- Malformac. congénitas.
- Osteitis degenerativa.
- Artritis.
- Hemofilia.
- Amputaciones.

4.- Vascular:

- Hemorragia cerebral.
- Reblandecimiento cerebral.

5.- Muscular:

- Miopatía o distrofia muscular progresiva.

Con ánimo de concretar y en función de las consecuencias y problemática común, parece adecuado delimitar las discapacidades del aparato locomotor según la presencia o ausencia de afectación cerebral (RUTTER, TIZARD y WHITMORE, 1970; ROSEMAR y SHAKESPEARE, 1975).

Nuestro interés se encamina a éstos últimos, es decir, nos limitaremos a las discapacidades del aparato locomotor, en las que no hay afectación o daño cerebral, entre las que se suelen incluir los siguientes grupos de discapacitados:

Lesión medular, secuelas de polio, otras secuelas, amputación, problemas de columna, malformaciones congénitas, y que suelen ser

tema de interés de la Psicología de la Rehabilitación.

1.2.3. Variables Psicosociales

Cuando hablamos de Variables Psicosociales que juegan un papel relevante en los procesos de rehabilitación nos referimos a:

- VARIABLES PSICOLOGICAS:

Tipos o formas de ajuste, adaptación, destrezas para el dominio de situaciones, motivación, reacciones a acontecimientos, rasgos de personalidad, etc.

- VARIABLES SOCIALES:

- Edad, sexo, estado: Por lo general, los programas de rehabilitación suelen adaptarse a ellas con facilidad.

- Nivel cultural, formativo y/o profesional, experiencia profesional: Suelen ser más condicionantes. Suelen requerir reaprendizaje y/o reconversión profesional.

- Nivel socio-económico: En ocasiones, totalmente determinante de los programas de rehabilitación.

- Barreras arquitectónicas, accesibilidad de edificios, centros, organismos, servicios, etc.: Frecuentemente inaccesibles, y, por tanto, determinantes.

- Distancia geográfica, recursos de la comunidad, disponibilidad de servicios y centros: A veces, determinantes también.

- Actitudes de la familia y/o del entorno: Altamente facilitadoras.

Actitudes de la comunidad (estereotipos sociales) y especialmente de los empleadores: influencia decisiva.

1.2.4. Definición de rehabilitación

"La Rehabilitación es un proceso en el que el uso combinado y coordinado de medidas médicas, sociales, educativas y vocacionales ayudan a los individuos discapacitados a alcanzar los más altos niveles funcionales posibles y a integrarse en la sociedad". (Rehabilitación Internacional. "Carta para los años 80", Madrid, INSERSO (Edición castellan), 1982).

"Proceso por el que una persona con limitaciones físicas, psicológicas y/o sociales consigue, a través de ciertas técnicas y servicios, su máximo nivel de desarrollo personal" (MORAGAS,1972)

El término Rehabilitación suele ir acompañado de calificativos del tipo de integral, global, total, multifactorial, plurideterminada, equipo interdisciplinario, y otros similares. Las ideas, valores y conceptos que tales calificativos implican suelen ser admitidas unánimemente, aunque no se traduzcan, en todos los casos, en hechos. Es decir, el reconocimiento general del papel de los factores psicosociales no siempre lleva consigo que sean abordados en todo proceso de rehabilitación.

2. PSICOLOGIA DE LA REHABILITACION

2.1. DE LA NEGACION AL RECONOCIMIENTO

Como dijimos más arriba, las discapacidades motrices son tema de interés de la Psicología de la Rehabilitación.

La Psicología de la Rehabilitación ha sido objeto de negaciones, discusiones sobre su carácter específico, sobre el mismo concepto de rehabilitación, etc., que se escapan de los objetivos de este trabajo. Los interesados pueden acudir al artículo, clásico, de SHONTZ y WRIGHT (1980) o al excelente libro editado por GOLDEN (1984a), y dentro de él, al prólogo del propio GOLDEN (1984b) y al capítulo introductorio de FRASER (1984).

Sobre el concepto de rehabilitación, sus implicaciones y conexiones con tratamiento y prevención, así como una panorámica general del tema, disponemos en nuestro país de unas interesantes y sugerentes ponencias de PELECHANO (1986) y de RODRIGUEZ MARIN (1986).

No obstante las limitaciones, no quisieramos pasar por alto esta polémica sin mencionar, tan sólo, algunas afirmaciones. La primera de GOLDEN (1984b):

"La Psicología de la Rehabilitación ha sido tradicionalmente NEGADA y a menudo considerada como un ejemplo especial de otras áreas dentro de la Psicología y no como un campo con derechos propios. Sin embargo, recientemente se ha producido un reconocimiento creciente de que es un campo distinto y único de gran valor para la Psicología y para la sociedad en general".

La segunda, hace referencia a la pretensión, en este caso expresada por FRASER (1984), de intentar definir la Psicología de la Rehabilitación como un AREA DE ESPECIALIDAD, que tiene una serie de áreas, temas, roles y principios compartidos en común por los Psicólogos que trabajan en este campo y que son distintivos y característicos de tal especialidad. En esta dirección trabaja, desde hace ya tiempo, la división 22 de la APA.

Dejando definitivamente de lado la polémica, en lo que sí existe acuerdo es en el interés creciente que en los últimos años, particularmente durante la última década, están despertando los temas, tanto a nivel de aplicaciones como de investigación, de los procesos psicológicos y sociales y la enfermedad crónica. Interés que recalcan, por citar tan sólo unos pocos autores, los ya citados GOLDEN y FRASER, así como BISHOP (1980c), MATARAZZO (1980), COHEN (1982), BURISH y BRADLEY (1983b,c), MOOS (1984b).

2.2. ROLES Y PRINCIPIOS

FRASER (1984), al dibujar una panorámica general de la Psicología de la Rehabilitación, menciona las áreas de interés y los roles del Psicólogo especialista en rehabilitación:

- Las *necesidades variadas* de aquellos pacientes con diversas discapacidades físicas crónicas.

- Las *interacciones persona/medio*, en lo que ejerce gran influencia la teoría de campo de LEWIN. P.e., bajo qué condiciones el ambiente psicológico, social o físico incrementa el impacto de una discapacidad o crea la minusvalía. Impacto del ambiente y total re-adaptación de la persona a la comunidad.

- Capacitar al discapacitado para distinguir entre reacciones normales y patológicas a la discapacidad física. En ocasiones, esto requerirá modificaciones ambientales más que del sujeto. En todo caso, será necesario investigar las variables mediadoras entre la discapacidad y la conducta.

- Explotar las capacidades residuales.

- El Psicólogo, también, puede necesitar convertirse en un miembro activo, líder, promotor de iniciativas, dentro de la comunidad.

A este respecto, puede ser ilustrativa y esclarecedora una afirmación de Roberta B. TRIESCHMANN (1984):

"Centrar la Rehabilitación Profesional en el individuo, en su capacidades solamente, es como buscar una llave bajo una farola, aunque se haya perdido más allá".

Beatrice WRIGHT (1981) señala que los principios de la rehabilitación están basados en la creencia de que cada individuo tiene derecho a llevar una vida rica en oportunidades, elecciones, participación y consecuciones. La autora enumera extensamente tales principios, desglosándolos en veinte puntos, que siguen siendo las directrices de la Psicología de la Rehabilitación.

A su vez, SHONTZ y WRIGHT (1980) resumen en cuatro puntos los valores subyacentes de la psicología de la rehabilitación:

- La psicología de la rehabilitación se interesa por los problemas de la vida de las personas que han sufrido privación a causa de algún tipo de pérdida importante debida a enfermedad, discapacidad u otras condiciones tales como envejecimiento o pobreza.

- Las principales fuentes de privación residen en las barreras sociales e interpersonales, es decir, en el entorno social.

- La presencia de una discapacidad, independientemente de su severidad, no altera el derecho del individuo al respecto, al estímulo y al disfrute de los valores humanos.

- Las organizaciones de autoayuda son los principales aliados en los esfuerzos de rehabilitación.

2.3. PRINCIPALES TEMAS DE INVESTIGACION

Siguiendo a FRASER (1984), efectuaremos un recorrido por las principales revisiones:

CRISWELL (1971) revisó las principales tendencias hasta 1970, destacando los siguientes temas:

- Evaluación del establecimiento y planificación de objetivos, p.e. desarrollo de tests de muestras de trabajo.

- Desarrollo de métodos facilitadores del ajuste al trabajo y a la vida, p.e. uso de terapias o de la teoría del aprendizaje.

- Incremento de las relaciones entre los discapacitados y los no discapacitados, p.e. estudios de actitudes.

- Análisis de la estructura de diferentes servicios en lo referente a los resultados de rehabilitación en diferentes grupos de discapacitados.

CRISWELL (1971) hasta 1970 la Administración Federal de Servicios Sociales y de Rehabilitación en Estados Unidos había primado tres campos preferentes de investigación:

- Desarrollo de nuevos modelos de servicios y métodos a corto plazo de orientación.

- Construcción de instrumentos de valoración y desarrollo de nuevas técnicas de rehabilitación (uso de condicionamiento operan-

te, etc.)

- Estudios de medidas de actitudes y relaciones entre discapacitados y no discapacitados.

WRIGHT y TROTTER (1968) revisaron la investigación realizada con fondos federales hasta 1968 y coinciden con CRISWELL (1971) en cuanto a los campos preferentes, pero añaden algunas otras áreas de estudio:

- Predicción de resultados de rehabilitación.

- Estudios de procesos de ajuste en diferentes grupos de discapacidades.

- Investigación de características de personalidad de poblaciones especiales.

KUTNER (1971) revisa la psicología social de la discapacidad y encuentra que el tema preferente lo constituyen los componentes estructurales de las actitudes.

LOFARO (1982) efectuó una revisión de las tesis doctorales relacionadas con la discapacidad física, presentadas por los candidatos durante 1980, destacando los siguientes temas preferentes:

- a) Predicción de resultados de rehabilitación.
- b) Actitudes hacia la discapacidad física.
- c) Efectividad de programas de entrenamiento conductual.
- d) Intervenciones de grupo (p.e. discusión de problemas sexuales).

LOFARO señala que a) y b) constituyeron las áreas principales de investigación de las 50 tesis revisadas, mientras que c) y d) eran tópicos frecuentes.

En función de éstas referencias (WRIGHT y TROTTER, 1968; CRISWELL, 1971; KUTNER, 1971; LOFARO, 1982; FRASER, 1984) y tras la revisión de otras fuentes (WRIGHT, 1960; NEFF, 1971; CRUICKSHANK, 1973; MITTLER, 1974; STUBBINS, 1977; SHONTZ, 1977; BISHOP, 1980a; SHONTZ y WRIGHT, 1980; LINDEMANN, 1981a; BURISH y BRADLEY 1983a; KRUEGER, 1984a; MOOS, 1984a; GOLDEN, 1984a; REGNIER y PETROVSEK, 1985; PELECHANO, 1986), cabría efectuar la siguiente agrupación de los temas de investigación más frecuentes y relevantes en Psicología de la Rehabilitación, en lo referente a las discapacidades motrices:

1.- Servicios: Condiciones, estructura, funciones, eficacia de los sistemas de prestación de servicios de salud. Roles de los profesionales. Cabe incluir aquí uno de los tópicos más repeti-

dos: el equipo multiprofesional. Tema de gran actualidad, la relaciones paciente-equipo.

2.- Evaluación y orientación: Eficacia, valor predictivo de las distintas técnicas de evaluación. Atención especial a la orientación profesional.

3.- Tratamientos: Tanto individuales como grupales, y desde distintos enfoques conceptuales. Valoración diferencial de programas. Cabe mencionar un creciente auge de los tratamientos conductuales, especialmente del biofeedback.

4.- Rasgos de personalidad: Uno de los grandes temas o tópicos y, a la vez, uno de los estereotipos más extendidos. "Mitos y prejuicios" lo denominan SHONTZ y WRIGHT (1980).

5.- Fases de reacción: Otro de los tópicos más controvertidos y polémicos.

6.- Dominio y ajuste: Sus modalidades, sujs estrategias.

7.- Familia: Impacto de la discapacidad, reacción y ajuste. Papel de la familia en el proceso de recuperación.

8.- Actitudes: Hacia los discapacitados, pero también de ellos hacia los demás y entre ellos mismos. Componentes estructurales, formación y cambio de actitudes.

9.- Comunidad: Marginación versus integración. Creciente papel del apoyo social y de los tratamientos comunitarios.

10.- Impacto del entorno: Especialmente en lo relativo a legislación sobre programas de acción, derechos de las minorías, integración, supresión de barreras arquitectónicas, etc. .

3. MODELOS EXPLICATIVOS

3.1. SITUACION ACTUAL

La tesis general que quisiéramos mantener es que en el momento actual, dado el estado de la psicología de la rehabilitación y, especialmente, en lo relativo a las discapacidades motrices:

A.- No existe un enfoque conceptual, ni un modelo teórico que explique adecuadamente la complejidad de las interacciones entre los factores psicológicos y sociales y las discapacidades físicas.

B.- Si existen, sin embargo, aspectos de tales interacciones, así como tratamientos eficaces, que tienen probada sufi-

ciente evidencia empírica.

Estas afirmaciones vienen a coincidir, de forma global y salvando las distancias, con las conclusiones a las que llegaba PELECHANO (1986) en su ponencia ya mencionada:

El área de la rehabilitación, desde sus aspectos semánticos a sus contenidos operativos, cubre una parte sustancial de la psicología aplicada. Esta amplitud podría ser una razón de peso, explicativa de la carencia de modelos teóricos vertebradores... El campo se encuentra disgregado y sin aunar teóricamente. En este sentido, las páginas que anteceden podrían servir, en todo caso, como ilustración de esta disparidad de orientaciones y temática, que permite una nueva reestructuración. Al menos en los campos mencionados, la psicología puede ayudar a enfocar los problemas, así como al establecimiento de programas de acción y valoración de los programas realizados de un modo mucho mejor a lo que se ha pensado (y se sigue pensando)...

A similares conclusiones llega COHEN (1982) cuando afirma que los factores que controlan las respuestas diferenciales todavía no han sido claramente delimitados. Indudablemente, incluyen características de personalidad, apreciación de la situación, estrategias de coping y repertorios de respuestas, apoyo social y recursos disponibles. Debe ser aclarado todavía cómo interactúan esos factores y cómo dan lugar a diferentes respuestas, para que este modelo (el cognitivo) pueda ser útil.

En el mismo sentido, SHONTZ y WRIGHT (1980) afirman que el modelo conductual ha aportado elementos decisivos de modificación de conducta como tecnología, pero no como explicación de la conducta. A su vez, COHEN (1982) señala que las teorías de la conducta maladaptativa sólo tienen una capacidad limitada para especificar aquellas condiciones susceptibles de conducta a la enfermedad somática como opuestas a otras formas de conductas maladaptativas.

3.2. EL PROBLEMA

Al hablar de los principales temas de investigación efectuamos una agrupación de diez apartados. Si tratásemos de resumirlos en uno sólo nos encontraríamos con el tema específico de la Psicología de la Rehabilitación. A saber: Las interacciones entre los factores psicosociales y la discapacidad.

Que tales factores juegan un papel relevante en la discapacidad, que tales interacciones son complejas, nadie lo discute. Más bien al contrario, todos están de acuerdo con ello. Incluso, cabría afirmar que es en lo único en que se produce unanimidad.

También suele existir cierto acuerdo en destacar el papel relevante de tales factores en tres momentos:

A.- Anterior: En la etiología, predisposición y precipitación de la discapacidad (lógicamente, en las adquiridas). Se trata del tema de los factores psicosociales como agentes etiológicos, la propensión, los factores conductuales de riesgo. Tema que da pie a la prevención.

B.- Durante: En el proceso de ajuste, de readaptación. Tema de los diversos tipos de tratamientos rehabilitadores.

C.- Posterior: Mantenimiento del ajuste, integración, con sus dimensiones sociales y comunitarias.

Ahora bien, afirmar que hay interacción no es más que empezar el camino. ¿En qué estriba tal interacción? ¿Cómo se produce? ¿Qué variables interactúan y cómo?

Pongamos un ejemplo: Sabemos que las actitudes de los otros repercuten en la rehabilitación de los discapacitados. Pero ¿de qué actitudes se trata?, ¿cuáles dan mejores resultados?

Parafraseando a COHEN (1982), frecuentemente se mencionan datos que relacionan tales factores, pero sin especificar cómo son mediatizadas psicológicas y fisiológicamente tales relaciones.

Este problema, ha llevado a posturas radicales, como a SIVADON (1967), quien afirma: "Entre los factores que favorecen o impiden la readaptación, unos hablan de imponderables, otros, más sabios, de factor X y otros se contentan al cubrirlos con una nube de misterio: lo psíquico".

Por nuestra parte, no quisiéramos caer en radicalismos de este tipo, ni tampoco en el desánimo. A tal fin, trataremos de efectuar un breve recorrido por los modelos explicativos o alternativas teóricas existentes y pasar, a continuación, a señalar aquellos conocimientos o tesis claros y demostrados.

3.3. ALTERNATIVAS TEORICAS

Siguiendo el excelente artículo de Franklin C. SHONTZ (1977) y el también excelente artículo conjunto de SHONTZ y WRIGHT(1980) se han producido distintos intentos de explicar las relaciones entre los factores psicológicos, concretamente la personalidad, y la discapacidad física:

Teoría interpersonal

Según SHONTZ, probablemente las ideas teóricas mejor desarrolladas son las de BARKER y sus colaboradores, entre los que cabe destacar a WRIGHT, MEYERSON, DEMBO, LEVITON, GONICK, autores todos ellos con frecuente presencia y alto prestigio en temas de Psicología y Rehabilitación. Sus investigaciones se llevaron a cabo, principalmente, en los años cincuenta.

Esta teoría representa un importante esfuerzo por aplicar la teoría de campo a los aspectos psicosociales de la discapacidad física. En ella tienen especial relevancia los conceptos del self, valores personales, valoración por los otros. Este grupo ha generado y aplicado conceptos descriptivos útiles, como generalización, pérdida de valor, contención de los efectos de la discapacidad, valores comparativos y activos, discrepancia de expectativas, situaciones nuevas y solapantes, sistemas de dominio, etc.

Teoría de la imagen corporal

Esta teoría aplica principios psicoanalíticos para explicar el desarrollo en cada sujeto de actitudes hacia sí mismo como entidad corporal. Autores representativos son SCHILDER, FRANK, MENNINGER, FISHER, CLEVELAND.

Las etapas de desarrollo psico-sexual ejercen su influencia, a través de la imagen corporal, en la personalidad de las personas con déficits físicos. El concepto de imagen corporal es la clave para la explicación de los efectos de la discapacidad y la naturaleza de las dificultades del cliente.

Teorías de la motivación

La teoría de MASLOW de la motivación ha conducido a la distinción entre:

- Necesidades de nivel inferior (higiene y seguridad) para la satisfacción y seguridad fisiológicas.
- Necesidades de nivel superior (crecimiento) para las gratificaciones interpersonales y la autoestima.

Esta teoría ha sido frecuente y ampliamente utilizada para explicar las reacciones ante la discapacidad y la motivación del cliente ante la rehabilitación (único motivo, la auto-actualización, para PATTERSON). Finalmente, McDANIEL ha sugerido que el concepto de motivación de adquisición puede ser útil en rehabilitación, especialmente en entorno de orientación profesional.

Teoría de la crisis

Varios autores han expresado la opinión de que la discapacidad puede ser considerada como un suceso que conduce a una crisis. DAVIS, COHN, FINK, han proporcionado análisis de la experiencia de crisis en etapas (p.e.: shock, retirada defensiva, reconocimiento y adaptación).

FINK enlaza sus análisis a la teoría motivacional especificando que las etapas tempranas de reacción incluyen primariamente necesidades de seguridad, mientras que las últimas etapas están orientadas hacia el crecimiento y pueden resultar en autorealización acrecentada.

SHONTZ (1965) simplificó este análisis describiendo el proceso de ajuste como una sucesión de ciclos de acercamiento-evitación. En las etapas iniciales de reacción, estos ciclos se repiten rápidamente y hacen surgir altos niveles de intensidad emocional. Con el tiempo, un proceso amortiguador reduce tanto su frecuencia como su intensidad, hasta que, en el ajuste, la naturaleza cíclica del proceso comienza a ser virtualmente inobservable.

Teorías tradicionales de la personalidad

Pocas teorías de la personalidad han tenido mucho que decir específicamente sobre el impacto de la discapacidad física.

La teoría de ADLER es más explícita, ya que se interesó en los intentos de la persona para compensar los defectos somáticos (inferioridad de los órganos). Sin embargo, el problema de la reacción a la discapacidad parece estar lejos de poder ser explicado con unos pocos conceptos como complejo de inferioridad y estilo de vida. Al mismo tiempo, la teoría de ADLER no conduce a investigación, pues es tan individualista que hace que parezca imposible la investigación empírica de leyes generales aplicadas a grupos de sujetos.

Las contribuciones de la teoría psicoanalítica generalmente muestran interés por los conceptos de imagen corporal y defensas de la personalidad, especialmente la negación.

La medicina psicosomática ha sido ampliamente influida por el pensamiento psicoanalítico. Algunas contribuciones al estudio de la discapacidad y la personalidad han sido realizadas por investigadores de los fenómenos psicosomáticos. Sin embargo, a pesar de su pretensión de interesarse por todos los aspectos del funcionamiento orgánico, sólo un pequeño porcentaje de investigación psicosomática se enfrenta a los procesos de adaptación a la discapacidad una vez que ha ocurrido.

Actitudes hacia la discapacidad

En este apartado, como en los siguientes, quisiéramos ir más allá de los artículos de SHONTZ (1977) y SHONTZ y WRIGHT (1980).

La idea de que los otros afectan a las actitudes hacia sí mismo, con especial trascendencia en el campo de la discapacidad, ha sido reiteradamente repetida. Los intereses de la mayor parte de los investigadores se han dirigido hacia las actitudes de los no discapacitados.

Así, ROEHER (1961) describía las actitudes públicas y sus repercusiones para los discapacitados y para su rehabilitación. Cuando los individuos perciben desaprobación y rechazo a causa de una discapacidad, caminan hacia una conducta negativa. Este problema psicosocial aminora los efectos positivos de la rehabilitación física.

La literatura es abundante. Por citar tan sólo algunos trabajos, los de LIVNEH (1982) sobre el origen de las actitudes negativas hacia los discapacitados. Los de Elliot y BYRD (1982) en los que revisan la literatura sobre imagen de la minusvalía en los medios de comunicación y su efecto en actitudes hacia los minusválidos.

Para WEINBERG y SANTANA (1978) los estereotipos son mantenidos por los medios de comunicación analizaron los "comics": entre los deformes, el 57% eran malos; sin deformidad, sólo el 20% lo eran.

Por su parte, ABROMS y KODERA (1979) efectuaron una encuesta sobre la aceptabilidad de la minusvalía visibles: Las enfermedades que responden a tratamiento, las más aceptables. Las menos, las psicoeducacionales o funcionales que no responden a tratamiento.

Interesante trabajo el de KATZ et al. (1978) quienes demuestran que los VETERANOS israelíes reciben mejores actitudes de los no minusválidos y, consecuentemente, presentan una más elevada autoestima que los civiles minusválidos.

Mención especial merece una experiencia de JONES et al. (1981) sobre cambio de actitudes de 74 niños, de 7 a 9 años, asignados en dos grupos: Cambiaron sus percepciones de los minusválidos en tan sólo cinco horas de entrenamiento.

No obstante, ya hace tiempo que MacDONALD y HALL (1969) señalaron acertadamente que la evidencia de consistencia en actitudes de otros hacia los discapacitados no nos dice de qué actitudes de éstos se trata. El conocimiento de que una persona tiene ciertas actitudes hacia la discapacidad no prueba que tales actitudes pue

dan determinar su reacción hacia el discapacitado. El estudio de las actitudes hacia la discapacidad es apropiado, pero no nos aclara la historia completa de la discapacidad y la personalidad.

El modelo cognitivo de LAZARUS

Según BRADLEY y BURISH (1983) toda la literatura sobre coping se ha visto beneficiada por el modelo cognitivo de LAZARUS: cómo las apreciaciones de los pacientes de su enfermedad guían sus esfuerzos de coping.

COHEN y LAZARUS (1982) sintetizan este modelo cuando afirman que los factores cognitivos son centrales para determinar el impacto de los sucesos estresantes. La forma en que los individuos interpretan o aprecian una situación afecta al coping y a las reacciones emocionales, fisiológicas y conductuales ante las experiencias estresantes. Es decir, la persona valora si una situación es perjudicial, o potencialmente perjudicial, sobre la base de su conocimiento del poder de la situación para producir daño y los recursos disponibles para neutralizar o tolerar el perjuicio.

En el enfoque cognitivo, el concepto de coping alcanza un papel crucial. Tal concepto ha sido definido por LAZARUS y LAUNIER (1978) del modo siguiente:

Coping puede ser definido como los esfuerzos, tanto orientados hacia la acción como intrapsíquicos, para manejar (esto es, dominar, tolerar, reducir, minimizar) las demandas ambientales e internas, y los conflictos entre ellas, que abrumen y exceden los recursos de la persona.

Este concepto de coping ha sido incluido más recientemente por NERENZ y LEVENTHAL (1983) en un modelo teórico de conducta ante la enfermedad crónica, sugiriendo que los sujetos desarrollan una teoría organizada, de sentido común, para la regulación de sus respuestas a la enfermedad, basadas en sus creencias sobre la enfermedad, sobre el tratamiento y sobre sus síntomas.

El modelo conductual

Según MOOS (1984b) y MOOS y SCHAEFER (1984) el modelo conductual se enmarca dentro del enfoque bio-psico-social, en el que se produce una integración multicausal de lo biológico, lo psicológico y lo ambiental. Durante la última década, se ha producido una expansión del conocimiento biomédico, con una expansión paralela del reconocimiento del papel central de los factores psicosociales en la salud y enfermedad. Las tendencias recientes disparan la formulación de los útiles conceptos de destrezas de dominio y recursos sociales y enfatizan el valor del papel asertivo

(enérgico) y activo en los procesos de obtención de cuidados de salud.

Según BISHOP (1980b), en el modelo conductual se presta, oportuna y adecuadamente, una atención creciente a los aspectos psicosociales de la enfermedad crónica, que juegan un papel decisivo en la rehabilitación y ajuste del discapacitado, y se recalca la complejidad de los problemas psico-sociales de la discapacidad física. El foco de atención está en los problemas, en tanto que opuestos a las categorías diagnósticas.

Rosemary SHAKESPEARE (1975) afirma que el discapacitado es antes que nada una persona. Su discapacidad afecta a algunos, pero rara vez a todos, los aspectos de su conducta. Es decir, los sujetos, presentan respuestas problemáticas, pero también adaptativas, a las discapacidad. En general, podemos considerar cualquier minusvalía en términos de inadecuado funcionamiento conductual. Es decir, su incapacidad le impide efectuar las respuestas adecuadas a su ambiente o hace imposible que lo haga aún cuando en otra época fue capaz.

Desde esta perspectiva, se concibe la enfermedad como un tipo de *conducta no adaptativa* (como la delincuencia juvenil, u otras) que ocurre como consecuencia de disparidades entre la estructura social y la personalidad del individuo. Se considera al estrés como una variable interviniente en las respuestas maladaptativas de cualquier tipo.

Siempre que se habla del modelo conductual en rehabilitación es inevitable mencionar los *tratamientos conductuales* y, especialmente, *Biofeedback*, cuyos resultados tan eficaces son de sobra conocidos.

El modelo conductual-cognitivo

Puede hablarse de un modelo integrador de algunas de las aportaciones de los enfoques conductual y cognitivo. Se trataría de acentuar la *interacción de los factores conductuales y cognitivos* en el enfrentamiento ante la enfermedad crónica.

Esta alternativa puede estar representada por COHEN (1982) quien mantiene que la separación radical entre rasgos de personalidad y situaciones estresantes como generadores de enfermedad es artificial dado que actúan en interacción.

Es decir, para COHEN (1982) básicamente hay dos formas diferentes de investigar los factores psicológicos como variables independientes de la enfermedad:

A.- *Rasgos de personalidad*: que predisponen a ciertos estados

emocionales (p.e. afectando a las apreciaciones y subsiguientes reacciones emocionales a las situaciones) que producen estrategias inadecuadas de dominio que prolongan las relaciones estresantes y que resultan en conductas (tales como fumar o beber) perjudiciales para la salud.

B.- Situaciones o sucesos estresantes: que demandan crecientes esfuerzos de coping que resultan en estados emocionales negativos o generan tensión en otras áreas de la vida.

Según COHEN (1982) esta separación es algo artificial, dado que A y B son altamente interactivos. Las consecuencias de tener determinados rasgos de personalidad o de pasar por ciertas experiencias estresantes pueden también ser altamente interactivas. Por un lado, los rasgos de personalidad pueden influir en el enfrentamiento o la evitación de los acontecimientos estresantes, producir una buena apreciación, o también afectar el resultado de las transacciones persona-ambiente. Por otro, las experiencias estresantes pueden influir en el desarrollo de la personalidad.

En consecuencia, sería mejor considerar las experiencias de la vida y las características de personalidad en combinación, concluye COHEN (1982).

Dicho de forma más directa, en la génesis de la enfermedad y en el enfrentamiento ante ella, intervienen tanto factores conductuales como cognitivos, y es precisamente la interacción entre tales factores lo que adquiere un papel decisivo.

3.4. TESIS MAS SOSTENIBLES

En este apartado, quisiéramos extendernos sobre un par de cuestiones polémicas y contradictorias.

Y son contradictorias porque a la vez:

- Estan claras y poseen suficiente evidencia empírica a nivel de investigación (y también de aplicaciones), y sin embargo siguen apareciendo en la literatura como lugares comunes o tópicos e, incluso, como resultado de investigaciones.

- Parecen cuestiones de sentido común, que, al menos en principio, todos estaríamos dispuestos a admitir como parte de nuestro modo común de pensar, y sin embargo, constituyen una serie de estereotipos, prejuicios, constantemente presentes y, lo que es más grave, que se traducen en actitudes de trato, relaciones, oportunidades (p.e. de empleo) que afectan directamente a la total y plena integración, y por tanto, rehabilitación integral, de los discapacitados físicos.

Nos referimos a dos temas:

- Relaciones discapacidad física y personalidad.
- Etapas de reacción.

3.4.1. Personalidad y discapacidad

Se trata del tópico que SHONTZ y WRIGHT (1980), de forma muy gráfica, denominan mitos y prejuicios.

Al hablar de Personalidad y Discapacidad es inevitable acudir al ya mencionado trabajo de SHONTZ (1977), en el que sostiene la tesis de que *no hay ningún tipo de evidencia* que sustente las clásicas hipótesis de:

A: La asociación entre determinadas formas de discapacidad física y tipos específicos de personalidad.

B: La proporcionalidad entre el grado de severidad de la enfermedad física y el desajuste psicológico.

- *Hipótesis A*: Asociación entre tipos de discapacidad física y tipos específicos de personalidad.

Esta hipótesis, según SHONTZ (1977), supone la aceptación acrítica de la asunción o suposición de que formas específicas de desórdenes somáticos comúnmente están asociadas con tipos específicos de personalidad.

Por ejemplo, BAKWIN y BAKWIN (1974), generalizan al afirmar que la incapacidad física amenaza el desarrollo de la personalidad en tres niveles: frustración, proyección y complejo de inferioridad.

Títulos como los de "Los sentimientos de inferioridad en los deficientes motores", en los que aparecen expresiones del tipo "Terreno abonado para los sentimientos de inferioridad, inseguridad, etc." (ALDOMAR BOSCA, 1975) son bastante frecuentes.

MARIN (1982), en "*Les problemes psychologiques du handicap*", define al minusválido como "un sujeto instalado en el miedo y la dependencia". La rehabilitación es la "evolución desde la pasividad infantil hacia una relación de participación adulta".

LINDEMANN (1981b), dedica apartados al "estigma" y a los "problemas y características psicológicos asociados comúnmente a la discapacidad", entre los que aparecen generalizaciones del siguiente tipo: dependencia, desamparo, sobreprotección, problemas de identificación, etc.

Sin embargo, ya en 1960 Beatrice A. WRIGHT concluía que: no existía ningún tipo de evidencia para afirmar que determinadas características particulares de personalidad estuviesen asociadas con determinadas discapacidades, ni tampoco que la severidad de una discapacidad correlacionase con el nivel de desajuste psicológico.

De acuerdo con SHONTZ (1977), nadie niega que la discapacidad afecte a la personalidad. Está claro que las relaciones individuales frecuentemente son profundas e intensas. Lo que se niega es la sistemática y universal correlación entre el tipo o grado de discapacidad con el tipo o grado de ajuste de la personalidad. Es más, siempre que se habla de algún tipo de grado de semejanza en los rasgos de personalidad de algún grupo de enfermedad específica, se suele acabar señalando, también, reacciones personales no tan semejantes, diferencias individuales y desajuste no tan universal.

A las mismas conclusiones llega Rosemary SHAKESPEARE (1975) cuando afirma:

- Ninguna invalidez específica implica problemas específicos. Hay amplias diferencias en la forma en que las personas aprenden a enfrentarse al mismo grado de incapacidad. Existen, pues, diferencias individuales en ajuste, experiencia, situación.

- Aunque es necesario considerar a las personas como parte de un sólo grupo de inválidos, debemos recordar que, en realidad, la invalidez no siempre es única, ni tampoco de efectos sencillos.

- En cualquier aspecto de la invalidez, existen pocos patrones comunes de reacción.

En esta misma dirección, sería interesante recordar las reflexiones de MEYERSON (1973) sobre la relatividad cultural de la incapacidad física:

Una incapacidad existe sólo cuando una persona carece del instrumento físico adecuado para la conducta y cuando se perciba esta carencia por la cultura en la que la persona vive, de tal manera que esto le convierte en un individuo menos capacitado... Hay acuerdo general en que las variaciones físicas no conducen necesariamente a una disminución emotiva. Si ésta existe, suele estar determinada indirectamente por variables sociales. Proceso:

- a) La persona carece de algo valorado socialmente y lo reconoce
- b) Los demás lo perciben y lo infravaloran.
- c) La persona acepta ese juicio y se infravalora.

En consecuencia con ello, MEYERSON (1973) desarrolló una Teo-

ria de las situaciones nuevas. Se trataría de proporcionar/enseñar al minusválido un arsenal de estrategias para enfrentarse a situaciones nuevas. El autor recomienda la modificación de conducta como la técnica adecuada.

- *Hipótesis B:* Proporcionalidad entre la gravedad de la enfermedad física y desajuste psicológico.

Esta hipótesis supone que determinados tipos o grados de discapacidad constituyen causa suficiente de desajuste psicológico. Se suele pensar que la enfermedad sólo produce efectos negativos. Lo cual tampoco ha sido corroborado por la evidencia. WRIGH(1960) señaló que la discapacidad puede generar frustraciones y quejas, pero también oportunidades y gratificaciones. El propio SHONTZ (1977) menciona un análisis del contenido de 31 relatos en primera persona de la experiencia de discapacidad, en el que encontró que las descripciones de satisfacciones eran altamente más frecuentes que las de insatisfacciones.

R. SHAKESPEARE (1975) también habla de algunos efectos positivos: capacidad de superación, compensación, comprensión, tolerancia... aunque el tema ha sido poco estudiado.

Sin embargo, estos fenómenos positivos suelen ser ignorados en la mayoría de los estudios en torno a las relaciones entre la discapacidad física y la personalidad.

Esta tesis es también mantenida por BRUCKER (1983): No hay ningún tipo de correlación entre la severidad de la enfermedad física y el ajuste psicológico, siendo lo que diferencia a los individuos su capacidad de manejarse y desenvolverse psicológica y socialmente.

SHONTZ (1977) concluye reiterando que la evidencia en apoyo de las dos clásicas y populares hipótesis (que, por cierto, no parecen abandonadas) sigue estando ausente todavía y que la interpretación de los datos continúa siendo dominada por la idea preconcebida de que la discapacidad es una fuente de desajuste psicológico:

La literatura no proporciona apoyo a las hipótesis de que discapacidades particulares estén asociadas con características particulares de personalidad ni de que la discapacidad sea una causa suficiente de desajuste.

Las diferencias de grupo, cuando se han encontrado, son débiles y usualmente pueden ser objeto de interpretación en términos de factores contaminantes. En datos globales, los enfermos somáticos muestran consistentemente niveles más altos de depresión y de preocupación por las funciones corporales que los sanos somá-

ticamente o que los enfermos psiquiátricos. Sin embargo, el enfermo somático no muestra evidencia de psicopatología marcada o permanente.

3.4.2. Etapas de ajuste

El tema de las etapas de ajuste, fases de reacción, reacciones ante los acontecimientos victimizantes, constituye una extensa área de investigación, con repercusiones claras en el campo de la rehabilitación en general (RODRIGUEZ MARIN, 1986) y, más concretamente, con importantes implicaciones para el tratamiento (BRUCKER, 1983). Este tema suele constituir uno de los tópicos inevitablemente tratados en algunas discapacidades, especialmente en la lesión medular.

Por lo general, las observaciones se han centrado en los momentos inmediatamente posteriores al acontecimiento, un accidente, p.e. Suele ser común establecer unas fases o etapas por las que, se suele decir, han de pasar todos. Se trataría de una progresión sucesiva a través de cada una de las etapas hacia el ajuste (BRUCKER, 1983).

Así, KRUEGER (1984b) establece las siguientes cinco etapas del ajuste psicológico:

- 1.- Shock: Etapa de contundente desintegración y no comprensión, de parálisis tanto emocional como física. Puede durar momentos o días.
- 2.- Negación: Como si no hubiera ocurrido nada.
- 3.- Reacción depresiva: Tras comprobar la realidad. Fase necesaria. Su ausencia sería alarmante. Lógica hostilidad y cólera.
- 4.- Reacción contra la independencia: Ante lo incierto del alta.
- 5.- Adaptación: Fase final.

Por su parte, WELLER y MILLER (1977), describen, también, otras cinco etapas de reacción (respuesta) a la lesión medular con una duración de uno a cinco años:

- A.- Shock: mecanismo masivo, preventivo, que suele ser corto.
- B.- Negación: más largo, mecanismo provechoso si es abandonado lentamente al producirse la acomodación a la nueva situación.
- C.- Cólera: paralela o siguiente a la negación; puede ser agresiva.
- D.- Depresión: puede ocurrir en cualquier momento del proceso.
- E.- Aceptación o ajuste (LINDEMANN, 1981b, prefiere el término adaptación), varía desde la autorealización positiva al aislamiento rencoroso.

ACHULZ y DECKER (1982) afirman que existen muy pocos datos recogidos sistemáticamente para verificar estas etapas.

Una vez más, nos parece oportuno acudir al trabajo de SHONTZ (1977), en el que afirma que la teoría de la crisis no está completamente desarrollada, necesitándose una mejor delimitación de las etapas de reacción y de las formas de determinar, en casos individuales, cuándo el cliente está en el proceso de ajuste y cómo puede ser ayudado dentro de él.

En este mismo sentido, BRUCKER (1983) afirma que sobre el tema de las etapas hay mucha literatura, parte basada en "experiencias personales" y, el resto, intentos de identificarlas mediante distintos procedimientos, pero sin resultados claros.

Esta teoría, además de que no es frecuente que sus partidarios establezcan el mismo número de fases o les asignen el mismo nombre, en lo único en que parecen coincidir es en el importante papel concedido a la negación, depresión y ansiedad.

A este respecto, BRUCKER (1983) habla de acuerdo general "sorpresivo". El mismo autor, señala que el desacuerdo existente en torno a una cuestión clave:

- Si todos sufren una serie de etapas sistemáticas con tales reacciones psicológicas.
- Si están relacionadas con la personalidad previa.

Las implicaciones para el tratamiento parecen obvias: estandarizado o adaptado a las reacciones particulares del sujeto.

A su vez, Roberta TRIESCHMANN (1984), en un excelente artículo (aparecido en el GOLDEN), arremete literalmente contra la teoría de las etapas de ajuste en lesionados medulares (¿Porque han de ser un grupo homogéneo?), con abundante profusión de datos y argumentos, y proponiendo como alternativa la conexión con la personalidad previa.

En cuanto al concepto de negación, según SHONTZ (1977), suele ser utilizado de dos formas diferentes:

A) La forma tradicional: se refiere a una defensa patológica contra un afecto abrumador, que es evitado deformando o rechazando la dura realidad.

B) A menudo la negación es considerada como una manera efectiva de ajuste, en la cual la persona se convierte en capaz de acciones realistas presentes a través de rechazar permitirse anticipar sufrimientos necesarios del futuro. De este modo, por ejemplo, cuando los investigadores encuentran que las familias de ni-

ños con marcapasos cardíacos están bien ajustadas y son realistas, se ofrece como explicación la interpretación de la negación. De igual forma, cuando se encuentran pacientes, de cualquier discapacidad, con mejores puntuaciones en ajuste en los tests de personalidad que el grupo normativo, comienza a ser evidente que alguna forma de negación psicológica está actuando.

Los investigadores, concluye SHONTZ (1977), no parecen acostumbrados a considerar la posibilidad de que la ausencia de ansiedad puede ser tomada, a veces, como señal de buen ajuste, que el sufrimiento puede ser ocultado sin ser negado, que la esperanza es tan real, verdadera y legítima como la desesperación, o que el sufrimiento puede producir crecimiento y maduración psicológicos genuinos. Esta es una ausencia en casi todos los estudios de personalidad y discapacidad.

Desde una perspectiva teórica, se han propuesto diferentes explicaciones: teoría del desamparo aprendido, teorías basadas en la atribución, procesos de comparación social y el apoyo social, como mediadores de los resultados relacionados con el estrés, que en esos momentos de reacción debe ser relativamente alto (RODRIGUEZ MARIN, 1986).

SCHULZ y DECKER (1985), señalan que no hay mucha investigación y, por tanto, no sabemos si los mecanismos que son útiles a corto plazo lo son también a largo plazo.

Por último, SCHULZ y DECKER (1982, 1985) mantienen la tesis de que un buen nivel de apoyo social es un excelente facilitador de los procesos de ajuste en lesionados medulares.

4. PROBLEMAS METODOLOGICOS

Aún a riesgo de pecar de excesiva generalización, revisando la literatura (aquí en su posible acepción peyorativa), da la impresión de que la mayor parte de los tópicos (también en su sentido más peyorativo), estereotipos, prejuicios, lugares comunes, etc., son debidos, al menos en gran medida, a *problemas metodológicos*, más que a "realidades". Es decir, la posible base o sustentación que puedan tener algunas afirmaciones tópicas estriba en generalizaciones que poseen el mismo tipo de fundamento para afirmar una cosa como para defender lo contrario.

Dicho en otras palabras, los problemas metodológicos tienen una gran trascendencia y una repercusión directa en la génesis, algunas veces, y, en muchas ocasiones, en el mantenimiento de gran parte, si no de todos, los estereotipos y prejuicios existentes y abundantes sobre los discapacitados físicos. Los resultados metodológicamente "mal" obtenidos actúan como causantes y/o refor

zadores de tales prejuicios.

El tema de los problemas metodológicos y sus trascendencia sue le ser frecuente en los tratados especializados. Varios son los autores que le dedican atención.

Así, SHONTZ (1971, 1977) divide los trabajos frecuentes sobre personalidad y discapacidad física en cuatro categorías:

- *Estudios impresionísticos*: Ofrecen intuiciones como si fueran algo más que evidencia sugestiva o ilustración de posiciones teóricas. Por desgracia, gran parte de la literatura todavía intenta hacer ésto.

- *Estudios de grupo único*: La mayor parte de ellos está limitada a aquellos sujetos que reciben algún tipo de tratamiento largo y que ya han demostrado una incapacidad para un buen ajuste.

- *Estudios de comparación de grupos*: Permiten encontrar correlaciones pero no establecer relaciones causales. Su mayor problema, la ausencia de datos longitudinales.

- *Estudios experimentales*: La total ausencia de investigación experimental es una seria deficiencia en la literatura sobre discapacidad y personalidad. Los investigadores deben preguntarse menos a menudo "¿Cómo son los discapacitados?" y mucho más a menudo "¿Qué efectos tienen acontecimientos concretos sobre la conducta de los discapacitados?". Esto requiere una actitud experimental.

En conclusión, SHONTZ (1977) describe una presencia excesiva de estudios impresionísticos y una ausencia general de estudios experimentales, y recomienda investigación experimental y estudios de caso único y observaciones naturales.

Para COHEN (1982) hay dos principales problemas metodológicos presentes en la mayor parte de la investigación en este área:

- Indicadores de enfermedad utilizados: El dilema estriba en distinguir entre enfermedad y conducta de enfermedad". Las medidas de conducta de enfermedad (búsqueda de tratamiento y autoinformes de enfermedad) frecuentemente utilizadas no deben ser consideradas como medidas de enfermedad mientras no se lleven a cabo exámenes médicos tanto en los que buscan tratamiento como en el grupo de control que no lo busca. Lo cual requiere estudios longitudinales.

- Inadecuación de los estudios retrospectivos para investigar los factores etiológicos:

BRADLEY y BURISH (1983) señalan los siguientes problemas metodológicos:

- Ausencia de investigaciones bien controladas.
- Ausencia de adecuados seguimientos.
- Ausencia de adecuadas evaluaciones de la eficacia de las estrategias de coping.
- Dificultades para reclutar muestras amplias y válidamente representativas.

WATSON y KENDALL (1983) en un excelente trabajo de discusión sobre los problemas metodológicos relevantes para la investigación en este tema, destacan los siguientes problemas que subsisten, a la vez que recomiendan soluciones:

- 1.- Coping es un concepto multifacético. Su evaluación requiere múltiples medidas.
- 2.- Selección de variables con demostrada validez y fiabilidad.
- 3.- Necesidad de análisis correlacionales y multivariados de las relaciones entre tales variables.
- 4.- Los estudios longitudinales a largo plazo proveen una visión óptima de la adaptación psicológica a la enfermedad crónica.

KUTNER (1971), tras revisar las publicaciones sobre psicología social de la discapacidad, recalca las siguientes conclusiones:

- Necesidad de una mayor vinculación entre la Psicología Social y la práctica.
- Idem, más investigación en la formación y cambio de actitudes hacia los minusválidos.
- Idem, más trabajo experimental sobre interacciones entre discapacitados y entre discapacitados y no discapacitados, especialmente en ambientes naturales, incluyendo estudios sobre el desarrollo del niño discapacitado.

5. TENDENCIAS ACTUALES

MEYERSON y KERR (1979) ofrecen como prioritarios los siguientes objetivos:

- Mejor variables manipulables que estáticas (edad, sexo y demás demográficas).
- Énfasis en el tiempo y el espacio como variables independientes del aprendizaje.

- Análisis más finos de los intereses de diferentes grupos de discapacitados, muestras más representativas, utilización de diseños de caso único.

- Conectar los datos más significativos con sus aplicaciones prácticas.

- Investigación en ambientes naturales (fuera del marco del empleo protegido o del medio de rehabilitación), con estudios intensivos de poblaciones amplias, preferentemente, dentro del contexto de estudios longitudinales, y posiblemente con la colaboración de otras especialidades.

FRASER (1984) destaca las siguientes áreas de investigación apoyadas por la división 22 de la APA:

- Areas tradicionales todavía populares:
 - Características de personalidad de grupos de discapacitados.
 - Fases de ajuste a las discapacidades.
 - Impacto psicológico de la discapacidad.
- Areas nuevas:
 - Estudios experimentales sobre los efectos de estrategias conductuales o cognitivo-conductuales en los procesos de rehabilitación.
 - Valoración de programas en diversos ambientes rehabilitadores, con especial hincapié en las repercusiones de las interacciones dentro del proceso (staff-paciente) en los resultados.
 - Incluso, el ambiente de rehabilitación está recibiendo creciente atención.

6. SITUACION EN ESPAÑA

Preferimos pasar por alto la situación institucional y legal, pues requeriría muchas precisiones y matizaciones para evitar el desánimo. Simplemente, afirmar que queda mucho por hacer, pero se puede hacer.

En cuanto al campo de la investigación y de las aplicaciones psicológicas, seguiremos a PELECHANO (1986):

- Constatando un hecho: "... dada la carencia de publicaciones españolas sobre el tema... es opinión del autor que los enfoques psicológicos de la rehabilitación han estado excesivamente ausentes de la bibliografía española..."

- Retando a los profesionales: "... sería de desear que, pese

a la recencia de la entrada de psicólogos profesionales en estas áreas, se comenzara pronto con la publicación tanto de discusiones teóricas como de resultados (todo lo parciales que se quiera) que se vayan alcanzando ya, con lo que podría empezar a florecer una verdadera psicología española con discusiones asentadas sobre datos y experiencias directas más que sobre datos de otros países y experiencias "vicarias". Este fenómeno no es específico del tema de la rehabilitación, pero representa no sólo un reto sino una exigencia profesional ineludible. Debemos leer lo que se hace en otros países, pero ello no debe ser excusa para no hacer"

7. CONCLUSION

Inicialmente se pretendía ofrecer una panorámica general sobre el papel que las variables psicológicas y sociales juegan en los procesos de rehabilitación de las discapacidades motrices.

Al concluir estas páginas es inevitable el planteamiento de si se habrá conseguido.

Me conformaría con haber contribuido, con haber aportado un pequeño grano de arena, a dos objetivos concretos:

- Deshacer, aunque sólo fuere un mínimo, los prejuicios que sobre los discapacitados físicos tanto abundan.

- Haber provocado interés hacia un tema, la psicología de la rehabilitación, que constituye un área de gran trascendencia social y, a la vez, un reto y un atractivo para los profesionales de la psicología.

BIBLIOGRAFIA

ABROMS, K.I. y KODERA, T.L. (1979): "Acceptance Hierarchy of Handicaps: Validation of Kirk's Statement, "Special Education often begins where Medicine Stops". *Journal of Learning Disabilities*, 12 (1), 15-20.

ALDOMAR BOSCA, M.C. (1975): "Los sentimientos de inferioridad en los deficientes motores". Comunicación a la Conferencia MINUSVAL-74. Madrid: SEREM, Servicio de Publicaciones del Ministerio de Trabajo, Tomo II, p. 727-728.

BAKWIN, H. y BAKWIN, R.M. (1972): *Behavior Disorders in Children*. Philadelphia: W.B. Saunders Company. (Versión castellana de la 4ª edición inglesa: *Desarrollo psicológico del niño normal y patológico*. México: Nueva Editorial Interamericana, 1974).

- BISHOP, D.S. (Ed.) (1980a): **Behavioral Problems and the Disabled: Assessment and Management**. Baltimore: Williams & Wilkins.
- BISHOP, D.S. (1980b): "Behavior and Disability: Challenges for Assessment and Management". En D.S. BISHOP (Ed.): **Behavioral Problems and the Disabled: Assessment and Management**. Baltimore: Williams & Wilkins, (p. 1-16).
- BISHOP, D.S. (1980c): "Preface". En D.S. BISHOP (Ed.): **Behavioral Problems and the Disabled: Assessment and Management**. Baltimore: Williams & Wilkins, (p. vii-viii).
- BRADLEY, L.A. y BURISH, T.G. (1983): "Coping with Chronic Disease: Current Status and Future Directions". En T.G. BURISH y L.A. BRADLEY (Eds.): **Coping with Chronic Disease**. New York: Academic Press, (p. 475-482).
- BRUCKER, B.S. (1983): "Spinal Cord Injuries". En T.G. BURISH y L.A. BRADLEY (Eds.): **Coping with Chronic Disease**. New York: Academic Press, (p. 285-311).
- BURISH, T.G. y BRADLEY, L.A. (Eds.) (1983a): **Coping with Chronic Disease**. New York: Academic Press.
- BURISH, T.G. y BRADLEY, L.A. (1983b): "Coping with Chronic Disease: Definitions and Issues". En T.G. BURISH y L.A. BRADLEY (Eds.): **Coping with Chronic Disease**. New York: Academic Press, (p. 3-12).
- BURISH, T.G. y BRADLEY, L.A. (1983c): "Foreword". En T.G. BURISH y L.A. BRADLEY (Eds.): **Coping with Chronic Disease**. New York: Academic Press, (p. xiii-xv).
- COHEN, F. (1982): "Personality, Stress, and the Development of Physical Illness". En G.C. STONE, F. COHEN, N.E. ADLER & ASSOCIATES: **Health Psychology - A Handbook**. (Third printing). San Francisco: Jossey-Bass, (p. 77-111).
- COHEN, N.E. y LAZARUS, R.S. (1982): "Coping with the Stresses of Illness". En G. C. STONE, F. COHEN, N.E. ADLER & ASSOCIATES: **Health Psychology - A Handbook**. (Third printing). San Francisco: Jossey-Bass, (p. 217-254).
- CRISWELL, J.H. (1971): "The State of the Art: An Overview". En W.S. NEFF (Ed.): **Rehabilitation Psychology**. Washington, D.C.: American Psychological Association, (p. 313-326).
- CRUICKSHANK, W.M. (Ed.) (1973): **Psicología de los niños y jóvenes marginales**. (Traducción castellana de la 3ª edición inglesa de 1971). Madrid: Editorial Prentice/Hall International.
- DAGUE, P. (1966): "Les grandes catégories d'enfants handicapés moteurs". En **Les enfants et les adolescents handicapés**. París: A. Colin. (Citado en TOMAS, 1973, y en LABREGERE, 1981).
- DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS Y PUBLICACIONES DEL SEREM (1979): "La población minusválida española: Estimulaciones cuantitativas". **Boletín de Estudios y Documenta**

tación del SEREM, Monografía nº 8, 54 pág.

- ELLIOT, T.R. y BYRD, E.K. (1982): "Media and Disability". *Rehabilitation Literature*, 43 (11-12), 348-355.
- FRASER, R.T. (1984): "An Introduction to Rehabilitation Psychology". En C.J. GOLDEN (Ed.): *Current Topics in Rehabilitation Psychology*. Orlando: Grune & Stratton, (p. 1-15).
- GOLDEN, C.J. (Ed.) (1984a): *Current Topics in Rehabilitation Psychology*. Orlando: Grune & Stratton.
- GOLDEN, C.J. (1984b): "Preface". En C.J. GOLDEN (Ed.): *Current Topics in Rehabilitation Psychology*. Orlando: Grune & Stratton, (p. vii-ix).
- HERREN, H. (1965): "Les enfants handicapés moteurs". *Esprit*, 11, 737-753.
- JONES, T.W., SOWELL, V.M.; JONES, J.K. y BUTLER, L.G. (1981): "Changing Children's Perceptions of Handicapped People". *Exceptional Children*, 47 (5), 365-368.
- KATZ, S. SHURKA, E. y FLORIAN, V. (1978): "The Relationship between Physical Disability, Social Perception and Psychological Stress". *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 10, 109-113.
- KRUEGER, D.W. (Ed.) (1984a): *Rehabilitation Psychology: A Comprehensive Textbook*. Rockville: Aspen Systems Corporation.
- KRUEGER, D.W. (1984b): "Psychological Rehabilitation of Physical Trauma and Disability". En D.W. KRUEGER (Ed.): *Rehabilitation Psychology: A Comprehensive Textbook*. Rockville: Aspen Systems Corporation, (p. 3-23).
- KUTNER, B. (1971): "The Social Psychology of Disability". En W.S. NEFF (Ed.): *Rehabilitation Psychology*. Washington, D.C.: American Psychological Association, (p. 143-167).
- LABREGERE, A. (1981): *Les personnes handicapées*. Paris: Collection Notes et Etudes Documentaires, La Documentation Française.
- LAZARUS, R.S. y LAUNIER, R. (1978): "Stress-Related Transactions between Person and Environment". En L.A. PERVIN y M. LEWIS (Eds.): *Perspectives in Interactional Psychology*. New York: Plenum Press, (p. 287-327).
- LINDEMANN, J.E. (1981a): *Psychological and Behavioral Aspects of Physical Disability: A Manual for Health Practitioners*. New York: Plenum Press.
- LINDEMANN, J.E. (1981b): "General Considerations for Evaluating and Counseling the Physically Handicapped". En J.E. LINDEMANN: *Psychological and Behavioral Aspects of Physical Disability: A Manual for Health Practitioners*. New York: Plenum Press. (p. 1-19).

- LIVNEH, H. (1982): "On the Origins of Negative Attitudes Toward People with Disabilities". *Rehabilitation Literature*, 43, (11-12), 338-347.
- LOFARO, G.A. (1982): "1980 Annual Dissertation Review: An Annotated Bibliography". *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 25, 169-186.
- MACDONALD, A.P. y HALL, J. (1969): "Perception of Disability by the Nondisabled". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 654-660.
- MARIN, A. (1982): "Les problèmes psychologiques du handicapé". *Cahiers de Kinésithérapie*, 95, (5), 7-9.
- MATARAZZO, J.D. (1980): "Behavioral Health and Behavioral Medicine: Frontiers for a New Health Psychology". *American Psychologist*, 35, (9), 807-817.
- MEYERSON, L. (1973): "Somatopsicología de las incapacidades físicas". En W.M. CRUICKSHANK (Ed.): *Psicología de los niños y jóvenes marginales*. (Traducción castellana de la 3ª edición inglesa de 1971). Madrid: Editorial Prentice/Hall International, (p. 3-81).
- MEYERSON, L. y KERR, N. (1979): "Research Strategies for Meaningful Rehabilitation Research". *Rehabilitation Psychology*, 26, 228-238.
- MITTLER, P. (Ed.) (1974): *The Psychological Assessment of Mental and Physical Handicaps*. London: Tavistock & Methuen.
- MOOS, R.H. (Ed.) (1984a): *Coping with Physical Illness. 2: New Perspectives*. New York: Plenum Medical Book Company, (p. ix-xii).
- MOOS, R.H. (1984): "Preface". En R.H. MOOS (Ed.): *Coping with Physical Illness. 2: New Perspectives*. New York: Plenum Medical Book Company, (p. ix-xii).
- MOOS, R.H. y SCHAEFER, J.A. (1984): "The Crisis of Physical Illness. An Overview and Conceptual Approach". En R.H. MOOS (Ed.): *Coping with Physical Illness. 2: New Perspectives*. New York: Plenum Medical Book Company. (p. 3-25).
- MORAGAS MORAGAS, R. (1974): *Rehabilitación: Un enfoque integral*. (2ª ed.). Madrid: Servicio de Publicaciones del Ministerio de Trabajo.
- MOSSU, L. (1981): "Los minusválidos representan el 10% de la población mundial". *Minusval*, 37, 35-36.
- NEFF, W.S. (Ed.) (1971): *Rehabilitation Psychology*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- NERENZ, D.R. y LEVENTHAL, H. (1983): "Self-Regulation Theory in Chronic Illness". En T.G. BURISH y L.A. BRADLEY (Eds.): *Coping with Chronic Disease*. New York: Academic Press, (p. 13-37).

- NEWLAND, T.E. (1973): "Estudio psicológico de los niños y jóvenes marginales". En W.M. CRUICKSHANK (Ed.): *Psicología de los niños y jóvenes marginales*. (Traducción castellana de la 3ª edición inglesa de 1971). Madrid: Editorial Prentice/Hall International (p. 124-183).
- PELECHANO, V. (1986): "Psicología y rehabilitación: Un primer acercamiento". Ponencia para las 1ª Jornadas de Psicología y Salud. Santander, 17-19 de marzo.
- REGNIER, S.J. y PETROVSEK, M. (Comp.) (1985): *Rehabilitation: 25 Years of Concepts, Principles, Perspectives, Special Review* Published by the National Easter Seal Society, Chicago.
- REHABILITATION INTERNACIONAL, (1982): *Carta para los años 80*, (Traducción castellana del Equipo Técnico del INSERSO). Madrid: INSERSO.
- RODRIGUEZ MARIN, J. (1986): "Algunos aspectos psicosociológicos de la rehabilitación". Ponencia para las 1ª Jornadas de Psicología y Salud, Santander, 17-19 de marzo.
- ROEHER, G.A. (1961): "Significance of Public Attitudes on the Rehabilitation of the Disabled". *Rehabilitation Literature*, 36 (9), 66-72.
- RUTTER, M., TIZARD, J. y WHITMORE, K. (1970): *Education, Health and Behavior*. London: Longman.
- SCHULZ, R. y DECKER, S. (1982): "Social Support, Adjustment and the Elderly Spinal Cord Injured: A Social Psychological Analysis". En G. WEARY y H.L. MIRELS (Eds.): *Integrations of Clinical and Social Psychology*. New York: Oxford University Press, (p. 272-286).
- SCHULZ, R. y DECKER, S. (1985): "Long-term Adjustment to Physical Disability: The Role of Social Support, Perceived Control and Self-Blame". *Journal of Personality and Social Psychology*, 48 (5), 1162-1172.
- SHAKESPEARE, R. (1975): *The Psychology of Handicap*. London: Methuen. (Versión castellana: *La Psicología de la invalidez*. México: Ed. Continental, 1979).
- SHONTZ, F.C. (1965): "Reaction to Crisis". *Volta Review*, 67, 364-370.
- SHONTZ, F.C. (1971): "Physical Disability and Personality". En W.S. NEFF (Ed.): *Rehabilitation Psychology*. Washington, D.C.: American Psychological Association, (p. 33-73).
- SHONTZ, F.C. (1977): "Physical Disability and Personality: Theory and Recent Research". En J. STUBBINS (Ed.): *Social and Psychological Aspects of Disability*. Baltimore: University Park Press, (p. 333-353).
- SHONTZ, F.C. y WRIGHT, B.A. (1980): "The Distinctiveness of Rehabilitation Psychology". *Professional Psychology*, 11 (6), 919-924.

- SIVADON, P. (1967): "Facteurs psychologiques de la réadaptation". *Réadaptation*, 136, 12-14.
- STUBBINS, J. (Ed.) (1977): *Social and Psychological Aspects of Disability*. Baltimore: University Park Press.
- TOMAS, C.L. (1973): *Le handicapé physique. Son orientation*. Bruxelles: Presses Universitaires de Bruxelles. (Versión castellana: *El minusválido físico. Diagnóstico y orientación*. Madrid: Departamento de Estudios y Publicaciones del SEREM, Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, 2 Tomos, 1978).
- TRIESCHMANN, R.G. (1984): "The Psychological Aspects of Spinal Cord Injury". En C.J. GOLDEN (Ed.): *Current Topics in Rehabilitation Psychology*. Orlando: Grune & Stratton, (p. 125-137).
- VEIL, C. (1968): *Handicap et société*. Paris: Flammarion. (Versión castellana: *Minusvalía y Sociedad*. Madrid: Departamento de Estudios y Publicaciones del SEREM, Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, 1978).
- WATSON, D. y KENDALL, P.C. (1983): "Methodological Issues in Research on Coping with Chronic Disease". En I.G. BURISH y L.A. BRADLEY (Eds.): *Coping with Chronic Disease*. New York: Academic Press, (p. 39-81).
- WEINBERG, N. y SANTANA, R. (1978): "Comic Books: Champions of the Disabled Stereotype". *Rehabilitation Literature*, 39 (11-12), 327-331.
- WELLER, D.J. y MILLER, P.M. (1977): "Emotional Reactions of Patient, Family and Staff in Acute-Care Period of Spinal Cord Injury: 1". *Social Work in Health Care*, 2 (4), 369-377.
- WHO (1980): *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. A Manual of Classification relating to the Consequences of Disease*. Gineve: WHO. (Versión castellana: *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías: Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad*. Madrid: INSERSO, 1983).
- WRIGHT, B.A. (1960): *Physical Disability - A Psychological approach*. New York: Harper and Row.
- WRIGHT, B.A. (1981): s.t. *Rehabilitation Literature*. Reseñado por REGNIER, S.J. y PETROVSEK, M. (Comp.) (1985).
- WRIGHT, G.N. y TROTTER, A.B. (1968): *Rehabilitation Research*. Madison, Wisconsin: University of Wisconsin Press.