



# Experto en Trauma y duelo



[www.isfap.com](http://www.isfap.com) · [info@isfap.com](mailto:info@isfap.com)

# TEMA VI. DAÑOS FÍSICOS ASOCIADOS A EVENTOS TRAUMÁTICOS

## Introducción

Dividiremos el tema en cuatro partes:

1. Concepto de cuerpo
2. Aportaciones de la disciplina psicosomática
3. Lesiones en sucesos traumáticos
4. Psicología de la Rehabilitación y concepto de minusvalía

## Concepto de cuerpo

Tradicionalmente, el concepto de cuerpo ha sido opuesto al de psiquismo. Este dualismo fue transformado tras los estudios de Freud sobre el fenómeno de la conversión y la pulsión y el desarrollo del concepto de cuerpo e imagen llevado a cabo por Lacan.

A través de su actividad clínica con la histeria, Freud descubrió que el cuerpo era especialmente sensible a reflejar los conflictos inconscientes. A este proceso le llamó conversión, de ahí el nombre de histeria de conversión. En 1905, precisó que las representaciones reprimidas hablaban en el cuerpo. Los síntomas histéricos eran mensajes, codificados, semejantes a los jeroglíficos, dirigidos por el sujeto a quién quisiera entenderlos, con la esperanza y el temor simultáneos de que ese otro pudiera descifrarlos. También en 1905, Freud formuló el concepto de pulsión, concepto límite entre lo psíquico y lo somático que designa la delegación energética en el psiquismo de una excitación somática de origen interno.

De alguna forma, al transformarse el dualismo, estamos aludiendo a que el cuerpo y la mente son probablemente dos caras del mismo objeto: el ser humano. Es decir, se trata de lecturas desde distintas manifestaciones, sí, pero del mismo objeto.



Por su parte, Lacan abordó el tema del cuerpo desde los tres registros que son fundamentales en sus aportaciones: lo real, lo simbólico y lo imaginario... Son los tres registros desde los que se ordena nuestra relación con nosotros y con el entorno. Para

entenderlos, pongamos un ejemplo. Pensemos en el sol... Lo imaginario es un registro que alude al movimiento y que tiende a ser engañoso. Si miramos al sol, pareciera que gira alrededor nuestro, sin embargo, es justamente al revés. Lo simbólico alude al nombre, un nombre que podemos ordenar dentro de un mundo simbólicamente construido donde el sol es un astro más que representa el centro del sistema solar, pero que hay más sistemas, astros o estrellas que conocemos en la medida en que los nombramos y ordenamos. Por último, lo real es el astro en sí mismo, más allá del nombre. Lo real es inaccesible, está lejos de poder tener una relación directa ya que toda nuestra percepción está tamizada por la entrada en el universo simbólico.

Ahora estamos ya en disposición de acercarnos al abordaje lacaniano del cuerpo desde los tres registros:

- Imaginario: Desde este registro, lo que se pone en juego es la imagen del cuerpo en tanto totalidad. Esta imagen se construye en los primeros meses de vida, en la fase que Lacan vino a llamar “fase del espejo”. El nombre de la fase es debido a que Lacan puso

como ejemplo, el regocijo que siente el niño cuando descubre su imagen en el espejo, cuando apenas puede todavía coordinarlo neurológicamente. El regocijo tiene que ver con una cierta anticipación, donde el niño se anticipa controlador de su cuerpo allí donde todavía no lo es.

La imagen reflejada en el espejo es en realidad un ejemplo, como decíamos. El verdadero espejo es la mirada del Otro, la mirada de la madre en un principio. Una mirada que anticipa, con su deseo, que es lo que puede ser el niño.

Desde la visión que nos da el registro imaginario, podemos ver la relación que existe entre los tres registros. La imagen especular resulta de la conjunción del cuerpo real en tanto orgánico, de la imagen del Otro (madre) y de la imagen que del cuerpo propone el otro, así como de las palabras de reconocimiento de ese mismo Otro.

Dicho de otro modo, podemos hablar de un investimento libidinal, vía parental, del cuerpo. Esto es indispensable para la constitución del propio cuerpo y del narcisismo. Va a ser la primera herramienta necesaria para enfrentarnos a una modificación en lo real del cuerpo, ya sea por una lesión grave o leve.

Todo esto lleva a postular que el modo que tenemos de sentir el cuerpo y sus modificaciones está relacionado con esta construcción que hacemos del cuerpo.

- Simbólico: Aquí hablamos del cuerpo de los significantes. Se trata del conjunto de significantes conscientes, reprimidos o forcluidos de un sujeto, así como su modalidad general y singular de organización. Cuando hablamos de cuerpo de los significantes, estamos aludiendo al sujeto del inconsciente, un sujeto que comenzó a gestarse antes de su advenimiento al mundo. Estos significantes, conciernen en primer lugar a su identidad (apellido, sexo, raza, medio social, etc.). A esta herencia anterior al nacimiento vienen a agregarse los significantes que vehiculizan el deseo de los padres, de ese Otro para el sujeto.

Algunos de los significantes de las primeras inmersiones en el lenguaje del niño se inscriben en la memoria psíquica, otros se graban en el cuerpo. Aunque estas inscripciones, son bien sabidas en el caso de la histeria de conversión, se pueden dar en todas las estructuras psíquicas. Palabras, sílabas, fonemas o simples letras pueden afectar al cuerpo. Este campo lo ha explorado la psicósomática.

- Real: Según Lacan, el concepto de real connota lo imposible, lo resistente y el objeto de rechazo. Cuando connota lo imposible, lo real del cuerpo está constituido por todo lo que del cuerpo escapa a las tentativas de imaginarización y de simbolización. Esto es importante, no se trata de algo que ya estaba ahí, se trata de un resto resistente al nombre o a la fantasía. Es importante porque nos está marcando una forma de ver ese cuerpo y sus enfermedades.

Desde la connotación de lo resistente. Se trata del real con el que chocamos, el que viene a poner obstáculo a nuestras aspiraciones y a nuestros deseos, especialmente a nuestros deseos infantiles de omnipotencia. Es el cuerpo real donde la muerte está totalmente presente en tanto que tiene que ver con la destrucción inevitable del soma.

Para el caso de un sujeto en particular, el cuerpo real está dotado de características específicas más o menos inmodificables. Por ejemplo, el color de los ojos o el de la piel o una determinada desventaja, de nacimiento o adquirida: amputación, lesión neurológica, sordera o pérdida de visión, infertilidad o impotencia orgánica.

Como vemos, el cuerpo, desde el psicoanálisis, es mirado desde una perspectiva distinta que, desde la medicina, incluso dista bastante de la forma de mirarlo de la propia psicología. exploremos esto un poco más.

## Medicina y psicoanálisis

Desde la medicina, el organismo es considerado como una entidad descriptible, como un instrumento que cumple una función o funciones que se ejercitan a través de un conjunto de órganos concertados en la estructura corporal, en la cual pueden aislarse distintos componentes.

Desde el psicoanálisis, el cuerpo es el que vehiculiza los efectos del discurso. Es más, una consecuencia de lo simbólico, de la cultura, en definitiva.

La medicina siempre actúa sobre dos fundamentos convencionales: patología y terapéutica. La enfermedad desde esta perspectiva se define como una alteración de la salud y Salud como normalidad funcional del organismo.

Toda dolencia es manifestación de falta de salud o desarreglo funcional. El organismo es el sitio donde la enfermedad se manifiesta, que la medicina observa, describe, designa y clasifica. Para realizar esta práctica, la medicina produce en tanto que objetos de conocimiento, el concepto de enfermedades que luego deberá explicar. Así las enfermedades son efectos visibles, objetos de conocimiento. La enfermedad representa para quién la padece una pérdida, una desventaja, un sufrimiento, una limitación, un displacer.

El sujeto acude al médico no sólo esperando la curación, sino también espera que se le autentifique como enfermo. El médico estudia desde este sentido: la enfermedad no es el paciente mismo. Se separa la enfermedad del sujeto, el sujeto ya no es sujeto. Es un miembro amputado, por ejemplo, eso es lo que interesa y a eso se aferra tanto el médico como el paciente.

Desde esta perspectiva, no se tiene en cuenta el sujeto. Basta acercarse a un hospital público para comprobarlo. Es habitual encontrarse con grandes colas, esperas de 2 o 4 horas, enfermeras con caras largas y médicos que apenas informan al sujeto, sencillamente porque en él no está puesto el acento.

Desde el psicoanálisis, se tiene en cuenta sobre todo al sujeto, no es vivida de la misma forma una lesión para un sujeto que para otro. Hay que tener en cuenta sus recursos psíquicos para poder enfrentarse a esa lesión y darle un sentido de construcción.

Es el psicoanálisis el que nos ha dado la posibilidad de hacer otra escucha. La atención no sólo estará puesta en el dolor o sufrir del sujeto, sino en la especial forma de relatarlo. La formación médica pone el acento en el fenómeno (observación del paciente), el psicoanálisis debe atender a la estructura, es decir atiende a la dimensión del sujeto, apunta en la dirección de desplazar el acento puesto en el cuerpo anatómico.

La medicina responde al ideal del sujeto unificado como bienestar. Para el psicoanálisis, el sujeto está partido o barrado por efecto del lenguaje.

El psicoanálisis apunta a escuchar el aspecto simbólico del síntoma que implica la sustitución y desplazamiento de la articulación significativa, registro que va más allá del sentido dado por el paciente a lo que le pasa, el cual siempre habla desde lo imaginario y ello tiene un tope de reparación. En este tope nos encontramos con lo real o goce del síntoma, que no es otra cosa que el goce pulsional, ese que atraviesa el principio del placer y es responsable del sufrimiento del sujeto.

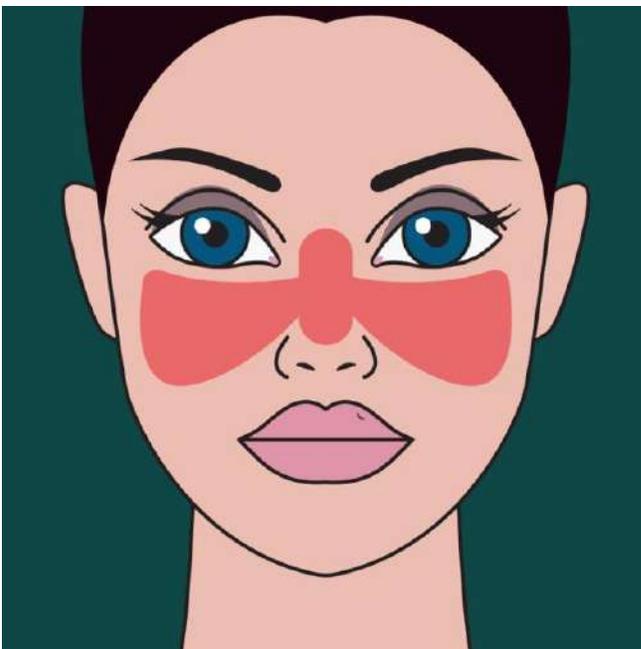
## **Psicología y psicoanálisis**

Una diferencia fundamental entre psicología y psicoanálisis es que la psicología es una disciplina que se mueve fundamentalmente dentro de la esfera de la conciencia y por tanto es difícil conciliarla con otro saber que es fundamentalmente un saber inconsciente, que es el objeto del psicoanálisis.

Desde la psicología la evolución del esquema corporal es paralela al desarrollo del yo, el cual es la manera de ser que se expresa en diferentes conductas y que dan lugar a una personalidad. Para la psicología, yo y cuerpo son dos nociones íntimamente unidas y se le llama yo corporal.

## Aportaciones de la Psicósomática

Formalizado el concepto de cuerpo desde el psicoanálisis y exploradas las diferencias con la psicología y el psicoanálisis, elaboraremos ahora algunas ideas de la psicósomática. Sus aportaciones nos darán una idea más clara de la relación de este concepto de cuerpo con lo traumático.



Las enfermedades somáticas resultan, por regla general, de las inadecuaciones del individuo a las condiciones de vida que le tocan vivir. Desde la disciplina psicósomática, la perspectiva de adaptación del adulto a sus condiciones de vida se puede estudiar desde tres campos diferentes, susceptibles de movilización diferente según los sujetos: aparato somático, aparato

mental y el campo de los comportamientos. Cuando la disponibilidad combinada del aparato mental y de los sistemas de comportamiento se encuentra desbordada, puesta en jaque por una situación nueva, es el aparato somático el que responde. El rebasamiento de las posibilidades de adaptación corresponde, en psicósomática, a la noción de traumatismo que ya estudiamos.

El desencadenamiento de una somatización sucede, dentro de un periodo de latencia más o menos prolongado, a una desorganización más o menos profunda del funcionamiento mental. El lapso puede ser breve, y la somatización, a menudo de tipo regresivo, rápida y hasta inmediata. El lapso puede ser prolongado y entonces frecuentemente es progresiva la desorganización. Una desorganización que en primer lugar es, pues mental, es siempre acompañada de una depresión, poco acusada cuando aparece sin tardanza una solución regresiva, prolongada e intensa cuando no es así.

El mantenimiento de las somatizaciones depende en teoría de la duración de la depresión esencial que la origina y que persiste. Sin embargo, se debe tener en cuenta, por supuesto, la naturaleza de las afecciones somáticas que han podido producirse: la duración de su curso natural respecto de algunas, la irreversibilidad de las lesiones respecto de otras (diabetes, por ejemplo) y las somatizaciones de evolución autónoma como el cáncer.

El fin de las somatizaciones corresponde naturalmente al fin de los movimientos desorganizadores, es decir, al fin de la depresión esencial, la que en parte ha desencadenado, mantenido y agravado la enfermedad. El fin de la depresión esencial (tendría que ver con el fin del duelo) supone, sea un cambio radical del estado psicoafectivo de los enfermos con respecto al valor traumático de los acontecimientos o las situaciones precedentes, sea el alivio del peso traumático inicial y la desaparición de otras cargas traumáticas que puedan haber surgido en el proceso.

Además de las regresiones somáticas, podemos hablar de las fijaciones somáticas, las cuales han precedido también a fijaciones mentales. El retorno regresivo a esas fijaciones somáticas da lugar a patologías somáticas. Los retornos regresivos somáticos pueden prolongar y completar las regresiones mentales o, finalmente, reemplazarlas.

La observación clínica de ciertas cefaleas y migrañas, de ciertas gastritis y úlceras, colitis eczemas, hipertensiones, urticarias, etc., ratifican este punto de vista de la psicósomática.

En general, las afecciones que provienen de las regresiones somáticas parecen responder a las siguientes cuatro reglas:

1. Ellas son desencadenadas por un traumatismo psicoafectivo que ha desorganizado momentáneamente al aparato mental, dando esto lugar eventualmente a una regresión psíquica, la cual a su vez ha precedido o acompañado a la regresión somática.
2. En su naturaleza no son evolutivas y son reversibles. Consisten en enfermedades a crisis de duración más o menos prolongada. Ponen, pues, espontáneamente un fin a las desorganizaciones y pueden resolverse a veces sin apoyo exterior.
3. Casi siempre son habituales en los sujetos.
4. Su sintomatología es limitada y está constituida por hiperactividades o hipoactividades (a veces unas y otras al mismo tiempo) de sistemas funcionales relativamente aislados dentro de la organización

## **Psicósomática general de los individuos**

Otro síntoma significativo para comprender mejor las relaciones mente-cuerpo es el dolor: éste representa un síntoma subjetivo expresado de maneras diferentes y que siempre posee una significación.

- a. El dolor puede tener bases lesionales indiscutibles (traumatismos, lesiones neurológicas, etc.) Cuando él es insoportable, puede ser la fuente de una desorganización del aparato psíquico del enfermo, que sólo hace aumentar las dificultades en curso.

b. En otros casos, el dolor no tiene esa base física relevante. Estaríamos dentro del campo de la conversión. El dolor constituye entonces un objeto de investidura afectiva al que el sujeto se aferra (en definitiva, es sustituto del objeto perdido).

c. Entre estos dos extremos se sitúan un gran número de manifestaciones dolorosas, inciertas en cuanto a sus bases físicas. La asistencia debe tener en cuenta siempre el posible grado de desorganización psíquica y la investidura que se puede producir.

La psicoterapia siempre estaría ligada al análisis de los conflictos y el dolor y manifestaciones psicósomáticas que se han producido a lo largo del tiempo. Ahí, en la historia encontraremos el sentido de las somatizaciones, las fijaciones que pueda haber a lo largo del tiempo.

3. Lesiones corporales en sucesos traumáticos: Nos acercaremos ahora a la realidad de las lesiones que pueden ocurrir en una catástrofe. Es necesario saber con que tipo de lesiones nos vamos a encontrar, ya que ello nos permite prevenir el impacto en la intervención.

Como siempre, la posibilidad de visualizar y anticipar el siniestro nos da herramientas para enfrentarnos a él y minimiza el efecto traumático. Un buen ejemplo son las consecuencias de las explosiones en atentados y agresiones militares.

Los ataques con bombas y las explosiones son el método más utilizado, no solo por los ataques terroristas, sino también y con mayor frecuencia por las agresiones militares, y son, con mucho, los responsables del mayor número de víctimas. Se ha señalado que el número de víctimas mortales es mucho mayor cuando la explosión se produce en un lugar cerrado, como un autobús, un tren o un edificio, por ser mayores los efectos tanto de la onda expansiva como de los traumatismos secundarios y terciarios, y menor cuando se produce al aire libre, donde hay una rápida disipación de la energía. Cuando se produce el derrumbamiento del edificio, los daños son mucho mayores.

Se han señalado tres tipos de lesiones por explosión, atendiendo a su mecanismo, que son aplicables tanto a las intencionadas como a las accidentales:

- **Primaria:** Por efecto de la onda expansiva, que se propaga radialmente desde el punto de la explosión a la velocidad del sonido. En el aire la disipación es rápida, y está en relación directa con el cubo de la distancia. En el agua la transmisión es más rápida y la disipación menor. El daño ocurre principalmente en los pulmones, y la mayoría de las víctimas mueren inmediatamente de embolia gaseosa masiva cerebral y coronaria. Los supervivientes presentan insuficiencia respiratoria progresiva, que puede ser pasada por alto en los primeros momentos.
- **Secundaria:** Consecuencia de los impactos producidos en el cuerpo por los materiales arrastrados por la explosión (metralla, material de construcción, restos de vehículos, etc.); en este apartado se podrían incluir las quemaduras, que pocas veces son extensas y profundas en los supervivientes.
- **Terciaria:** Consecuencia del desplazamiento del cuerpo de la víctima, que choca contra otros objetos. Una constante que se repite en catástrofes de este tipo es que la mayoría de las víctimas mortales se producen casi de inmediato, en el lugar de la explosión, y la mayoría de los supervivientes tienen lesiones leves; es por este motivo que la mayoría de los heridos pueden abandonar por sus propios medios el lugar de la explosión y acudir a los centros sanitarios, haciéndolo habitualmente a los más cercanos y a los más dotados, lo que puede suponer una sobrecarga de éstos y un mal aprovechamiento de sus recursos. La relación entre muertos y heridos graves es típicamente mayor de uno, al contrario de lo que ocurre en otros muchos traumatismos.

## Principio del "segundo golpe"

En ocasiones los primeros en socorrer a las víctimas son a la vez víctimas de una segunda explosión, que puede ser intencionada o ser consecuencia de los daños

ocasionados por la primera (depósitos de combustible, etc.). Las víctimas de la segunda explosión son habitualmente heridos leves de la primera explosión, policías, bomberos, voluntarios y personal sanitario. El corolario de este principio es que la primera medida a tomar es la evacuación del lugar de la explosión y la protección del personal de socorro. La primera asistencia sanitaria debe siempre prestarse en un lugar lo suficientemente alejado. Se ha llegado a señalar explícitamente la importancia de "restringir la respuesta inicial", a fin de reducir el número de sujetos expuestos al segundo golpe y reducir el número de víctimas.

## Clasificación (priorización) o "triage"

La clasificación rápida y adecuada de los heridos asume toda su importancia en situaciones en que el número de víctimas supera la capacidad de los recursos disponibles. En condiciones normales, la actividad asistencial está dirigida a ofrecer todos los recursos a todas las víctimas; en situaciones de catástrofe, incluso en los centros con amplia experiencia en trauma, se debe priorizar y ofrecer los recursos



iniciales a quien más se pueda beneficiar de ellos. El objetivo de la clasificación es identificar a estos individuos que requieren asistencia inmediata entre la gran mayoría que no la requieren.

El "sobre-triage" es la oferta de recursos sanitarios críticos a personas que no los necesitan. Inevitable hasta cierto punto, en distintas catástrofes se ha informado de una proporción de exceso de

atención en torno al 50%. El riesgo evidente de este exceso de atención innecesaria es el agotamiento de los recursos, que quedarían no disponibles para los que los necesitan.

En el polo opuesto, el "infra-triage" o déficit de atención, debe mantenerse a cero. Ello implica la valoración repetida de los pacientes. Los informes publicados hasta ahora de atentados con bomba y explosiones de otra naturaleza coinciden en la rareza de los déficits de atención, pero para garantizar que todos los afectados de lesiones importantes reciban la atención adecuada se requiere experiencia del personal sanitario.

Como criterios para establecer una priorización a la hora de atender a los sujetos, exploremos algunos signos que nos pueden ayudar.

Signos que requieren una acción correctiva inmediata:

- Dolor en el pecho
- Presión arterial alta
- Arritmias cardiacas
- Excesiva deshidratación
- Vómitos excesivos
- Signos severos de Shock
- Colapso por exhaustación
- Dificultad respiratoria

Signos que no requieren una acción correctiva inmediata:

- Nauseas

- Dolor de estomago
- Temor
- Disturbios del sueño
- Dolor muscular
- Diarreas
- Problemas de visión
- Fatiga
- Sensación de descoordinación
- Sudoración profusa
- Pulso acelerado
- Temblores
- Boca seca
- Escalofríos

## **Psicología de la Rehabilitación y concepto de minusvalía**

Si bien los aportes de esta rama de la Psicología son importantes para la intervención posterior al suceso, hemos considerado conveniente ver algunos de sus aportes aquí, teniendo en cuenta su implicación en las lesiones corporales y el concepto de minusvalía.

La Psicología Clínica y de la Rehabilitación viene cumpliendo un papel importante en el restablecimiento de las víctimas de accidentes, desastres y enfermedades. Como

decimos, una de sus aportaciones es la elaboración concepto de minusvalía, elaboración basada en la OMS.

En 1980 la Organización Mundial de la Salud dio a conocer su Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (OMS, 1980). En este manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad, la OMS inició la revisión de los paradigmas médicos tradicionales en torno a la salud y la enfermedad. Presentó definiciones básicas relativas a los conceptos de deficiencia, discapacidad y minusvalía. Consideró que una deficiencia, "es toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica". Una discapacidad, "es toda restricción o ausencia, debida a una deficiencia, de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considere normal para un ser humano".

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, del sexo y de factores sociales y culturales".

Lo importante de la nueva doctrina de la O.M.S., fue el grado de contestación que significó a los paradigmas médico-orgánicos tradicionales acerca de la enfermedad. Uno de los conceptos más relevantes en el nuevo paradigma, fue el concepto de minusvalía. Este se relacionó con el valor que se atribuye a la situación o experiencia de una persona cuando se aparta de la norma. Su caracterización requiere tener en cuenta la discordancia entre el rendimiento de la persona y sus expectativas o las del grupo al que pertenece.

La minusvalía, refleja las consecuencias culturales, sociales, económicas y ambientales que representa para la persona la presencia de la deficiencia y de la discapacidad.

La O.M.S. señaló que en este concepto se dan ciertas características importantes que han de tenerse en cuenta:

Se concede valor a la desviación de una norma estructural funcional o de actuación. La valoración depende de las normas culturales. Una persona puede sufrir una minusvalía en un grupo y en otro no. El tiempo, el lugar, los roles, etc. son parámetros que es necesario considerar.

De primera instancia la valoración suele ser una desventaja de la persona afectada. La minusvalía se sufre como referencia. Hace referencia a otras personas, por ello son importantes los valores sociales existentes, influenciados por la organización de la sociedad. Las actitudes y respuestas de los afectados desempeñan un papel importante en la modelación del concepto de sí mismo y en la alimentación de sus posibilidades. A los afectados, según la O.M.S., les queda un margen de libertad muy reducido para determinar o modificar su realidad. En este contexto, es importante tener en cuenta que la sociedad responde de distinta forma, según las deficiencias sean visibles o invisibles y las desventajas graves o ligeras.

La minusvalía se caracteriza por una discordancia entre la actuación o posición de la persona y las expectativas del grupo concreto al cual pertenece. La desventaja, dice la O.M.S., se acrecienta como resultado de su imposibilidad de adaptarse a las normas de su mundo. Es, por esta razón, un fenómeno social que representa las consecuencias sociales y ambientales que se derivan para el individuo, por el hecho de tener deficiencias y discapacidades. La discriminación es el capítulo más importante en la valoración negativa por parte de la comunidad.

Por tener como referencia el marco social en el que la persona está inscrita, se trata de un concepto dinámico. Habrá de evolucionar en el grado en que evolucione el pensamiento social acerca de estas personas, en la medida en que los grupos de

afectados tomen conciencia de que están comprometidos en su progreso, y en el logro de la reformulación de las actitudes e ideas históricas que tuvo hacia ellos la sociedad.

El concepto de minusvalía es el más social de los conceptos presentados por la O.M.S. al referirse a estas personas, una de las fronteras más complejas y difíciles de superar en el tratamiento rehabilitador. Las minusvalías son y serán responsables de la exclusión social y de los individuales sufrimientos de millones de personas en el mundo que sufren y sufrirán severas deficiencias y discapacidades.



Lo cierto es que el nuevo paradigma de la O.M.S., relativo a las consecuencias de la enfermedad en los seres humanos, demuestra el carácter expansivo de los efectos de las enfermedades y

accidentes en la vida de las personas. El problema no se reduce a la alteración de un órgano anatómico o de una función. Afecta a las capacidades de la persona en todo aquello que se considera normal en un ser humano: vestirse, alimentarse, desplazarse, etc., y a sus roles sociales, situándole en la ruta de la marginación y de la exclusión social.

Unos años después de publicar la OMS su Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, Naciones Unidas publicó su Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad (1983). Integra en su contenido las ideas de la O.M.S. antes citadas y desarrolla tres nuevas definiciones:

Prevención: "Significa la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales (prevención primaria), o a impedir que las deficiencias, cuando se han producido, tengan consecuencias físicas y psicológicas negativas."

Rehabilitación: "Es un proceso de duración limitada y con un objetivo definido, encaminado a permitir que una persona con una deficiencia alcance un nivel físico, mental y/o social óptimo, proporcionándole así los medios de modificar su vida. Puede comprender medidas encaminadas a compensar la pérdida de una función o una limitación funcional (por ejemplo, ayudas técnicas) y otras medidas encaminadas a facilitar ajustes o reajustes sociales".

Equiparación de oportunidades: "Significa el proceso mediante el cual el sistema general de la sociedad, tal como el medio físico y cultural, la vivienda y el transporte, los servicios sociales y sanitarios, las oportunidades de educación y trabajo, la vida cultural y social, incluidas las instalaciones deportivas y de recreo, se hace accesible para todos".

No son suficientes las medidas de rehabilitación orientadas hacia las personas que sufren deficiencias. El Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad, advierte: "La experiencia ha demostrado que, en gran parte, el medio determina el efecto de una deficiencia o discapacidad sobre la vida diaria de la persona". Es decir, el objetivo también es ofrecer un entorno para todos, teniendo en cuenta nuestras diferencias físicas.

## Los comienzos de la Psicología de la Rehabilitación

Zaretsky (1985), argumentó que la Psicología de la Rehabilitación, surgió como especialidad cuando comenzó a aceptarse la importancia de la Medicina de

Rehabilitación, "cuyo nacimiento se relaciona con el hecho de grandes desgracias originadas por el hombre".

En 1949 fue constituido en EE.UU. como grupo de interés especial de la Asociación Americana de Psicología, el llamado Consejo Nacional de Aspectos Psicológicos de la Minusvalía. Este había sido alentado por la Sociedad Nacional para Niños y Adultos Minusválidos (Wright, 1959).

A principios de los años 50, la necesidad de contar con servicios psicológicos más amplios para las personas que sufrían deficiencias y discapacidades fue resuelta en EE.UU. por organismos gubernamentales como la Administración de Veteranos y la Oficina de Rehabilitación Vocacional (Zaretsky, 1985).

A partir de ese momento, la Psicología de la Rehabilitación continuó ampliándose en EE.UU. En 1956 inició sus actividades la División 22 de la Asociación Americana de Psicología, División de Psicología de la Rehabilitación. Esta surgió como una organización de psicólogos preocupados por las consecuencias psicológicas y sociales de las deficiencias, y por la prevención y resolución de los problemas que afectan a las personas que las sufren.

La Psicología de la Rehabilitación se definió como "el estudio y aplicación de principios psicosociales al comportamiento de las personas que sufren una discapacidad física, cognitiva, del desarrollo o emocional" (APA, 1994).

Como explica la citada División 22, con una discapacidad congénita o adquirida, las personas han de enfrentarse a barreras personales, situacionales y del medio ambiente para lograr una integración efectiva en la sociedad. Determinadas barreras son inherentes a la condición de personas con una discapacidad. Otras surgen de mitos y prejuicios muy extendidos que prevalecen en la sociedad y que contribuyen al rechazo y la devaluación de las personas que sufren deficiencias y discapacidades.

En definitiva, una de las dimensiones más notables de la Psicología de la Rehabilitación es trabajar por el desarrollo e integración social de las personas que sufren desventajas frente a la organización social establecida. El rol de los psicólogos rehabilitadores Desde la División de Psicología de la Rehabilitación de la Asociación Americana de Psicología se ha argumentado que los psicólogos de la rehabilitación han de preocuparse del crecimiento personal y social de las personas con discapacidades, promoviendo su perspectiva personal y un óptimo uso de sus capacidades. Han de tener como metas y objetivos la mejora de la práctica de la rehabilitación y la promoción de cambios en el entorno para hacer así más accesibles las oportunidades en las relaciones sociales, en el empleo, en la educación, en la comunidad y en las actividades de ocio a las personas que sufren deficiencias y discapacidades.

Los psicólogos rehabilitadores prestan servicios psicológicos basándose en modelos de trabajo en los que los elementos claves del entorno interactúan impactando sobre el estilo de vida de las personas que sufren deficiencias, discapacidades y minusvalías, así como sobre la persona y los grupos relacionados con ellos.

## Bibliografía

- Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Psicología de la rehabilitación y terapia ocupacional: una necesidad, un primer paso.
- Dialnet - Biblioteca digital
- Ruano Hernández, A. Et al. Psicología de la Rehabilitación. MAPFRE 1999.

## Cuestiones

1. Conceptos de salud, enfermedad y minusvalía. Haz una pequeña valoración personal.
2. ¿Qué diferencia fundamentalmente el concepto de cuerpo que tienen la psicología, la medicina y el psicoanálisis?
3. Tipos de lesiones. Lesiones de atención inmediata.