

Una mirada sobre la psicología clínica en Unidades de Rehabilitación¹

UM OLHAR SOBRE A PSICOLOGIA CLÍNICA EM UNIDADES DE REABILITAÇÃO

A glance at clinical psychology in Rehabilitation Units

Susana Clara Morais

Recibido: 02/01/2015

Aceptado: 20/04/2015

Resumen

El presente artículo tiene como objetivo el reflexionar sobre la psicología clínica en Unidades de Rehabilitación y revisar aspectos esenciales. Se hace una breve referencia a aspectos históricos y al estado actual de la psicología en el área de la rehabilitación. Se abordan también los aspectos psicológicos más relevantes en este dominio, así como las principales teorías de ajuste a la incapacidad y las especificidades de actuación del psicólogo clínico en este contexto, destacándose particularmente los objetivos de su intervención en servicios de rehabilitación y las particularidades de las acciones psicoterapéuticas en este ámbito. Se enfatiza que la actuación del psicólogo en este área se diferencia un poco de su actividad clínica en otros contextos de intervención, tanto por la naturaleza de la población estudiada, que abarca condiciones de salud incapacitantes y diversas enfermedades crónicas, como por la del trabajo, en equipos multi o interdisciplinarios. Se hace alusión al lugar del psicólogo clínico en el equipo de rehabilitación.

Palabras clave: Psicología clínica. Rehabilitación.

Resumo

O presente artigo visa uma reflexão sobre a psicologia clínica em Unidades de Reabilitação e revê os aspectos essenciais referentes a este tema. É feita uma breve referência a aspectos históricos e ao estado actual da psicologia na área da reabilitação. São também abordados os

Psicóloga clínica. Servicio de Medicina Física y de Rehabilitación y Unidad de Dolor Crónico. Centro Hospitalario Tondela-Viseu, E.P.E.

Correspondencia: Dra. Susana Clara Morais
Rua Mestre Álvaro Loureiro, N°6, 2º direito, 3510-041
Viseu (Portugal)
E-mail: susanaclaramorais@gmail.com

¹Este artículo está basado en la ponencia "A Intervenção da Psicologia Clínica em Serviços de Reabilitação", incluida en una mesa sobre Psicología de la Salud y presentada en el IX Congreso Iberoamericano de Psicología y 2º Congreso de la *Ordem dos Psicólogos Portugueses*, que tuvo lugar en el Centro Cultural de Belém en Lisboa, del 9 al 13 de septiembre 2014.

aspectos psicológicos mais relevantes neste domínio, assim como as principais teorias de ajustamento à incapacidade e as especificidades de actuação do psicólogo clínico neste contexto, dando-se particular destaque aos objectivos da sua intervenção em serviços de reabilitação e às particularidades das acções psicoterapêuticas neste âmbito. Enfatiza-se que a actuação do psicólogo nesta área se diferencia um pouco da sua actividade clínica noutros contextos de intervenção, quer pela natureza da população envolvida, que abrange condições de saúde incapacitantes e diversas doenças crónicas, quer pela natureza do trabalho, em equipas multi ou interdisciplinares. É feita também uma alusão ao lugar do psicólogo clínico na equipa de reabilitação.

Palavras-Chave: Psicologia clínica. Reabilitação.

Summary

This paper aims a reflection on the clinical psychology in Rehabilitation Units and revises the essential aspects with regards to this subject. A brief reference is made to historical aspects and to the current state of psychology in the rehabilitation area. The most relevant psychological aspects in this area are also broached, as are the main theories of adjustment to disability and the specificities of the clinical psychologist's actions within this context. Particular emphasis is placed on the objectives of his/her intervention in rehabilitation services and on the particularities of psychotherapeutic actions within this scope. Also noteworthy, is that a psychologist's actions in this area differ somewhat from his/her clinical activity within other contexts of intervention. This is both due to the nature of the population involved –which covers disabling health conditions and various chronic illnesses– as well as to the nature of the work, in multidisciplinary or interdisciplinary teams. The position of the clinical psychologist in the rehabilitation team is also referred.

Key words: Clinical psychology. Rehabilitation.

INTRODUCCIÓN

Actualmente la rehabilitación es encarada como un proceso global que tiene como objetivo ayudar a la persona a alcanzar su máximo potencial en los aspectos: físico, psicológico, social, vocacional y educacional, teniendo en cuenta sus aspiraciones, proyectos de vida y las limitaciones que se derivan de su déficit fisiológico o anatómico y del condicionamiento ambiental (DeLisa, Currie, & Martin, 2002).

La rehabilitación presupone un concepto holístico, envolviendo la participación de diversas especialidades, en la que el psicólogo está generalmente representado (DeLisa *et al.*, 2002). A pesar de los cambios que se han producido en los cuidados de salud, la contribución de la psicología para mejorar la calidad de vida de los individuos con enfermedades crónicas e incapacidad debe continuar mereciendo un enfoque adecuado en este ám-

bito para constituirse como un objetivo central. El gran énfasis de la psicología sobre el ajuste psicológico y social a la incapacidad es un componente esencial de los servicios de rehabilitación de calidad (Rohe, 2002).

Hay datos que sugieren que los ajustes psicológicos son muy importantes en la modulación del nivel de funcionamiento de las personas cuando estas se enfrentan a lesiones, trauma y dolor (Prevedini, Presti, Rabitti, Miselli, & Moderato, 2011). En efecto, hay un conjunto de factores personales que deben ser tenidos en consideración cuando se trabaja con pacientes que sufren de incapacidad física, que median la adaptación del paciente a la enfermedad crónica y a la adhesión al tratamiento como, por ejemplo: la ansiedad, la depresión, la autoeficacia, el locus de control, los estilos de “coping”, el soporte social, real o percibido, entre otros (Prevedini *et al.*, 2011).

A partir de la experiencia de la autora, como psicóloga clínica, trabajando en un Servicio de Rehabilitación y en una Unidad de Dolor Crónico de un Hospital Central, y de la revisión de la literatura referente a la psicología clínica en rehabilitación, se pretende con esta reflexión, hacer una referencia a los aspectos psicológicos más relevantes en este dominio y una enfatización de los objetivos y del importante papel de la psicología clínica en este contexto tan específico de actuación.

LA PSICOLOGÍA EN UNIDADES DE REHABILITACIÓN: APUNTE HISTÓRICO Y SITUACIÓN ACTUAL

El campo de la psicología en el área de la rehabilitación fue inicialmente impulsado por las necesidades de rehabilitación de los veteranos que regresaban de las guerras mundiales, en la primera mitad del siglo XX. Fue después de la Segunda Guerra Mundial cuando, atendiendo a las necesidades psicológicas de las personas con deficiencia física, se produjo la aceptación de los psicólogos como proveedores de servicios de salud mental (Rohe, 2002).

La psicología de rehabilitación fue reconocida como una división de la American Psychological Association (APA) en 1958 (Rohe, 2002). No obstante, este área no ha ocupado un lugar central en la psicología americana (Frank & Elliott, 2000). Grzesiak y Hicok (1994) mencionan que la tarea de delinear la historia de la psicoterapia con sujetos con incapacidad física de forma breve es difícil, sobre todo dada la escasez de literatura científica referente a ese tema, y apuntan algunos motivos para este hecho. Por un lado, los psicoterapeutas que trabajan con esta población son generalmente identificados con su área de formación (v.g., psicología clínica, psiquiatría), siendo secundariamente identificados con el área de la rehabilitación. Además de eso, tradicionalmente, la psicología en el área de la rehabilitación ha enfatizado procesos somatopsíquicos y modelos ambientales/ecológicos en lo que respecta a las dificultades psicológicas reactivas de las personas con incapacidades congénitas y adquiridas. Por otro lado, la mayor parte de la literatura, referente a la intervención en la rehabilitación física, se ha centrado en abordajes com-

portamentales por lo que la psicoterapia aplicada a individuos con incapacidades físicas no ha presentado diferencias significativas relativamente a intervenciones con individuos sin esas mismas incapacidades. Además de eso, aquellos autores consideran que en el abordaje de estos pacientes se han desatendido aspectos importantes, como la personalidad premórbida y la psicopatología, existiendo un enfoque casi exclusivo en otros aspectos, como por ejemplo, en los déficits existentes.

A pesar de lo que se ha mencionado anteriormente, la preparación y la práctica de los psicólogos en el área de la rehabilitación está cambiando (Rohe, 2002). De hecho, este campo de la psicología ha crecido de forma significativa en las últimas décadas (Frank & Elliott, 2000). En este contexto, puede destacarse la contribución de la división de la psicología de la rehabilitación de la APA, que busca desarrollar el conocimiento y encontrar soluciones para problemas relacionados con la incapacidad y con el proceso de rehabilitación (Rohe, 2002).

Existe una casuística diversa en los servicios de rehabilitación que tradicionalmente han sido objeto de intervención por parte de la psicología, incluyendo pacientes que sufrieron lesiones medulares, amputaciones, traumatismos craneoencefálicos y accidentes vasculares cerebrales. Con el desarrollo de la psicología en este área, otras situaciones pasaron a ser también abarcadas por estos cuidados, en esos servicios (Frank & Elliott, 2000). Esas áreas incluyen el dolor, la esclerosis múltiple, la población geriátrica, los quemados, los pacientes con déficits sensoriales y también la rehabilitación infantil. La psicología de rehabilitación, estando dedicada al estudio y a la aplicación del conocimiento y técnicas de intervención psicológica a los individuos con enfermedades crónicas e incapacitantes, abarca actualmente aspectos de la psicología clínica, psicología de la salud, asesoramiento, psicología social y políticas de salud (Frank & Elliott, 2000).

ASPECTOS PSICOLÓGICOS RELEVANTES EN EL ÁREA DE LA REHABILITACIÓN

La mayor parte de los pacientes en unidades de rehabilitación son confrontados con la percepción

de pérdidas físicas, cognitivas y sociales permanentes. Ese descubrimiento viene muchas veces acompañado por niveles considerables de ansiedad, rabia, disforia, duelo y miedo (Rohe, 2002). No obstante, la fase aguda y la crónica conllevan el enfrentamiento de tareas psicológicas diferentes (Adams & Lindemann, 1974, como citados en Grzesiak & Hicok, 1994). En algunas situaciones agudas, la persona puede encontrarse con dos posibilidades: la de mejorar o la de morir. En contrapartida, la persona con un problema crónico se encuentra en un término medio entre esas dos hipótesis: no murió, pero tampoco está curada, lo que está es diferente. El tener que lidiar con el hecho de que la vida va a continuar, pero de una forma muy diferente, requiere una gran adaptación para el individuo que se ha quedado recientemente incapacitado (Grzesiak & Hicok, 1994).

La experiencia clínica sugiere que, teniendo en cuenta la gravedad de las reacciones de esa población de pacientes, la misma se puede dividir en tres grupos. Un tercio de los pacientes afronta bien su situación, a través del recurso a estrategias previamente establecidas y con el apoyo de personas próximas. Otro tercio tiene dificultad, pero a través de intervenciones terapéuticas casi mínimas, consigue adaptarse a la crisis. El tercer grupo presenta grandes dificultades en encarar la situación. Estos pacientes tienen, con gran frecuencia, historias de dificultades de ajuste, que pueden asociarse a abuso de sustancias químicas, perturbación mental grave e incapacidad para lidiar con ambientes estructurados (Rohe, 2002).

El proceso de afrontar la enfermedad/lesión traumática, que varía de persona a persona, depende de un conjunto de condiciones, que incluyen la personalidad premórbida, el tipo de enfermedad o lesión, la edad en que ocurrió la lesión, la calidad del sistema de apoyo, el significado de la deficiencia y de la incapacidad para el paciente, y aspectos culturales.

Ducharme, Gill, Biener-Bergman, y Fertitta (1992), al referirse al ajuste a la enfermedad/lesión traumática en el sentido del afrontamiento de la situación con éxito, lo describen como una evolución gradual del aprendizaje del individuo para vivir con lo que se ha perdido, que conlleva una resolución del sentimiento de pérdida a través del duelo, el desarrollo de estrategias de "lucha" y una mejora a

nivel de las actitudes que validan el significado de la "nueva" vida poslesión. Es común una reacción a la enfermedad y lesión en que se produzca miedo y ansiedad, tristeza, lucha o negación, rabia, culpa, rechazo en participar activamente en la rehabilitación, comportamiento impaciente y exigente y, eventualmente, aceptación. Es importante tener en consideración que la reacción de duelo, en el sentido en que anteriormente fue referido, posee un valor adaptativo. Contrariamente, la depresión, no siendo en sí misma (Cardoso 2004) una consecuencia universal posdiagnóstico de enfermedad crónica/deficiencia, si estuviera presente debe ser evaluada y tratada. En la línea de investigación coordinada por McIntyre (2004), la depresión aparece como el cuadro psicopatológico más importante asociado a la enfermedad, particularmente a la de carácter prolongado. En los servicios de rehabilitación, las personas que experimentan depresión tienen frecuentemente menos independencia funcional y movilidad cuando reciben el alta hospitalaria (Umlauf & Frank, 1983, Richards, Kewman, & Pierce, 2000). En pacientes con lesión medular, el comportamiento depresivo ha sido asociado a estancias hospitalarias mayores y a menores resultados durante la rehabilitación (Malec & Neimeyer, 1983, en el manual de Richards *et al.*, 2000). En estos pacientes, la depresión también ha sido asociada a la ocurrencia de complicaciones secundarias prevenibles, como las úlceras de decúbito y las infecciones del tracto urinario (Herrick, Elliot, & Crow, 1994). Los individuos con lesión medular, que no están hospitalizados y con sintomatología depresiva marcada, pasan más días en la cama, salen menos días de casa y tienen más gastos médicos (Tate, Forchheimer, Maynard, & Dijkers, 1994, ídem en Richards *et al.*, 2000). Es importante tener en consideración la posibilidad de riesgo de suicidio en pacientes con depresión que están siendo tratados en unidades de rehabilitación. Ducharme *et al.* (1992) refieren que, en relación a las personas con deficiencias graves, se han identificado dos períodos de elevado riesgo de suicidio: la fase diagnóstica, en la cual la enfermedad y su pronóstico son inciertos, y la fase post-alta, en la cual el paciente se enfrenta a un nuevo nivel de comprensión de las consecuencias de la enfermedad e incapacidad. A este respecto, puede referirse que cerca del 6 %

de las muertes tras un traumatismo vertebral están claramente relacionadas con suicidio, siendo este valor varias veces superior a la tasa de la población general (Staas, Formal, Freedman, Fried, & Read, 2002). Además de la depresión, es importante considerar también la posibilidad de presencia de síntomas de ansiedad en los pacientes en rehabilitación, o incluso, de un trastorno de ansiedad. Por ejemplo, Castillo y Robinson (1993, citados en la monografía de Caplan & Moelter, 2000) presentaron una tasa del 11 % de trastorno de ansiedad generalizada, entre individuos no deprimidos que sufrieron accidente vascular cerebral.

Otra cuestión que ha sido objeto de estudio es la imagen corporal. La imagen corporal se ha definido como una representación mental o esquema del propio cuerpo (Schilder, 1950, como citado en Livneh & Antonak, 2007). Las enfermedades crónicas y las incapacidades, con su impacto en la apariencia física, capacidades funcionales, experiencia de dolor y papeles sociales, se cree que alteran, o incluso distorsionan, la imagen corporal del individuo y el autoconcepto (Bramble & Cukr, 1998, como citados en Livneh & Antonak, 2007; Falvo, 1999, como citado en Livneh & Antonak, 2007). En un estudio conducido por Jorge, Brumini, Jones, y Natour (2010), los individuos con artritis reumatoide tenían una imagen corporal peor que los individuos sin esa condición. Aunque en la literatura respectiva al tema no se reportan resultados conclusivos (Ben-Tovim & Walker, 1995), hay autores que defienden que existen ciertas condiciones dolorosas y potencialmente incapacitantes o susceptibles de generar deformidad, como la artritis reumatoide, que tienen un impacto negativo en las actitudes del individuo en relación al cuerpo (e.g., Skevington, Blackwell, & Britton, 1987, como citados en Ben-Tovim & Walker, 1995). A este respecto, considero importante prestar atención a las necesidades psicológicas de las personas con condiciones de salud desfigurantes y/o incapacitantes. Se considera que la adaptación psicosocial con éxito a la enfermedad crónica y a la incapacidad refleja la integración de los cambios físicos y sensoriales en una imagen del cuerpo transformada y en la autopercepción (Livneh & Antonak, 1997, citados en Livneh & Antonak, 2007).

Por su relación con la imagen corporal, cabe aquí también hacer una referencia a la sexualidad.

La sexualidad envuelve un intercambio entre componentes fisiológicos y psicológicos, y la incapacidad y la enfermedad pueden tener un impacto sobre cada una de esas áreas. El abordaje de la sexualidad, ampliamente definida, es una parte muy importante de la rehabilitación.

En un artículo de revisión, Morais (2011) destaca que, de acuerdo con los conceptos actuales, la experiencia de dolor y las respuestas a la misma resultan de una compleja interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. En la literatura sobre modulación del dolor los aspectos psicológicos han recibido una atención considerable. En este contexto, hay un conjunto de dimensiones (v.g., el funcionamiento biopsicosocial total) que se deben tener en consideración al optimizar la probabilidad de éxito terapéutico.

Al ser evaluadas las cuestiones de ajuste, deben ser considerados también la familia y el sistema de soporte del paciente (Staas *et al.*, 2002). Hay que mencionar que el impacto familiar es, además de emocional, con frecuencia, también físico y económico.

CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO EN UNIDADES DE REHABILITACIÓN

En las unidades de rehabilitación se encuentran, con frecuencia, personas que son verdaderos supervivientes a circunstancias traumáticas, como por ejemplo, a accidentes, a lesiones físicas graves (v.g., amputaciones, lesiones medulares) y al enfrentamiento con la muerte súbita de familiares. Hay gran evidencia de que los acontecimientos traumáticos pueden producir consecuencias físicas y psicológicas negativas (Tedeschi & Calhoun, 1996). A pesar de que los efectos negativos del trauma han sido ampliamente estudiados, se le ha prestado menor atención a la posibilidad de que puede ocurrir un impacto positivo en estas circunstancias. Existe bibliografía significativa que destaca la posibilidad de ocurrencia de por lo menos algún cambio positivo en personas que fueron expuestas a intensos acontecimientos traumáticos, derivados de su lucha con esas tragedias (Tedeschi & Calhoun, 1996). Se trata de un “crecimiento postraumático” que ha sido mencionado por personas que se enfrentaron a todo tipo de catástrofes personales (Vaz Serra, 2003) y que, de acuerdo con

Tedeschi y Calhoun (1996), se manifiesta generalmente: en un mayor aprecio por la vida y en un sentido refinado específico de prioridades, como lo son el perfeccionamiento de las relaciones interpersonales, una mayor fuerza personal, una apertura a nuevas posibilidades de vivir y en un desarrollo espiritual.

Cito a este propósito un ejemplo clínico. El de una persona que se vio envuelta en una explosión en su casa y vivió directamente un traumatismo craneoencefálico de su esposa, fallecida dos meses más tarde. El siniestrado, que sufrió también quemaduras graves de tercer grado, en la cara, brazos y manos declaraba, pasados pocos meses: "...ahora sé lo que es realmente importante en la vida, antes pasaba el tiempo trabajando y no tenía tiempo para nada, ni para la familia, ahora sé que la prioridad son mis hijos... pienso que a pesar de todo lo que ocurrió y de lo que sufrí que hay que vivir la vida de una manera muy diferente...".

A partir de la experiencia traumática, puede reorganizarse y sentirse estimulado para reorientar valores y objetivos (Fullerton & Ursano, 1997, como citados en Vaz Serra, 2003). A pesar de las consecuencias psicológicas negativas que un acontecimiento traumático puede producir, como lo son las resultantes de una lesión medular, cabe mencionar que muchos de esos individuos afrontan bien su lesión, experimentan un ajuste psicológico adecuado, reportan una buena calidad de vida y plantean cambios de vida positivos (Kalpakjian *et al.*, 2014). Es importante mencionar que el crecimiento no es un resultado inevitable del trauma, coexistiendo con sufrimiento personal (Tedeschi & Calhoun, 2004).

MODELOS DE AJUSTE A LA INCAPACIDAD

Las teorías de ajuste a la incapacidad son numerosas, pudiendo ser agrupadas en un *continuum* en el que en un extremo se encuentran las que priorizan los eventos cognitivos internos, o sea, el mundo mental y, en el otro, las teorías que enfatizan los eventos sociales y comportamentales externos. La *teoría de las etapas*, que enfatiza los *eventos internos*, es un modelo ampliamente defendido, pero que todavía no ha sido comprobado. De

acuerdo con dicho constructo, las personas que pasan por una crisis presentan una secuencia previsible y ordenada de respuestas emocionales. La mayoría de las teorías de las etapas describe una serie de tres a cinco pasos que comienzan con el impacto y que terminan con alguna forma de adaptación. Los modelos alternativos que más destacan son el comportamental y el de las habilidades de afrontamiento (Rohe, 2002).

El *modelo comportamental* de ajuste a la incapacidad prioriza la importancia de los *factores externos* en el ajuste de un individuo. En ese modelo se le presta una mayor atención a los comportamientos observables y una menor atención a las cogniciones del paciente. De acuerdo con el modelo comportamental, la persona con incapacidad reciente se depara con cuatro tareas. El paciente debe permanecer en el ambiente de rehabilitación, eliminar comportamientos incongruentes con la incapacidad, adquirir comportamientos congruentes con la incapacidad y mantener el desempeño de comportamientos adecuados a la incapacidad (Rohe, 2002).

El *modelo de habilidades de afrontamiento*, que comprende siete tareas adaptativas principales y siete habilidades de afrontamiento, enfatiza *tanto factores cognitivos como los eventos externos en el ajuste a la incapacidad*. Se basa en la teoría de la crisis formulada originalmente por Lindemann (1944, como citado en Rohe, 2002). De acuerdo con la teoría de la crisis, las personas necesitan un sentido de equilibrio psicológico y social. Después de un acontecimiento traumático ocurre un estado de crisis y desorganización. En el momento de la crisis, los patrones de comportamiento característicos del individuo no son eficaces para conseguir el equilibrio. No obstante, el mencionado estado de desequilibrio es temporal y una nueva armonía es alcanzada dentro de días o semanas (Rohe, 2002).

Cada una de esas teorizaciones formales desconfirmó la idea generalizada de que la principal fuente de sufrimiento de la persona con deficiencia era la deficiencia en sí. Además de eso, la propia práctica clínica vino a demostrar que, tras la desaparición de la incapacidad, algunas personas continuaban manifestando disfunción emocional (Rohe, 2002).

De una forma general, puede decirse que, aunque algunos teóricos hayan avanzado en las defi-

niciones de etapas de ajuste, cada persona tiende a ajustarse a la incapacidad de una manera propia y a su propio ritmo (Sipski & Alexander, 2002).

LA INTERVENCIÓN DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

El psicólogo clínico, en el área de la rehabilitación, ayuda al paciente a prepararse psicológicamente para una participación plena en el proceso de rehabilitación (DeLisa *et al.*, 2002). La acción del psicólogo en servicios de rehabilitación puede incluir: evaluación del funcionamiento emocional, personalidad, *coping*, capacidad intelectual, realización académica, integridad neuropsicológica e incorporación de los resultados de esa evaluación en el plan de tratamiento. El psicólogo presta también intervención psicoterapéutica y asesoramiento, a pacientes y a sus familiares. Cuando es necesario da al equipo de rehabilitación recomendaciones para lidiar con el paciente. (Rohe, 2002; Gadi & Cifu, 2003).

La psicoterapia puede tener un papel vital en el alivio del sufrimiento de los pacientes con incapacidades (Langer, 1994). Debido a los períodos de permanencia cada vez más cortos de los pacientes internados en servicios de rehabilitación y a los problemas que enfrentan, que requieren una actuación a tiempo, los psicólogos que trabajan en ese área utilizan muchas veces formas de terapia con duración limitada, también conocidas como terapia breve (Butcher & Koss, como citados en Rohe, 2002). En este sentido y, a pesar de la existencia de una gran diversidad de psicoterapias, esos psicólogos recurren frecuentemente a la terapia cognitivo-conductual (TCC) (Rohe, 2002). La TCC demostró ser una intervención psicológica efectiva a la hora de ayudar a los pacientes a abordar varias enfermedades crónicas (Dorstyn, Mathias, & Denson, 2011; Sharpe, Sensky, Timberlake, Ryan, & Allard, 2003). De hecho, la utilización de esta forma de psicoterapia tiene muchas ventajas en programas de rehabilitación, por el hecho de ser estructurada, de ser de duración limitada y de implicar la definición de objetivos (Mehta *et al.*, 2011). Además de eso, la TCC puede disponerse individualmente o en grupo, además de que es aplicable tanto en contexto ambulatorio como de internamiento.

Las formas alternativas de aplicación de la TCC (e.g., teléfono, internet, videoconferencia) pueden ser beneficiosas en relación a pacientes con dificultades en comparecer a las sesiones de terapia en régimen de ambulatorio. A este respecto, pueden mencionarse las potenciales ventajas de la terapia cognitivo-conductual en relación a otras modalidades de tratamiento, en el abordaje de la ansiedad y de la depresión en personas que sufrieron lesión medular. No son infrecuentes las dificultades de transporte para los tratamientos que pueden ser un obstáculo para personas que sufrieron lesión medular. De este modo, el hecho de existir la posibilidad de la TCC y poder ser aplicada en diferentes formatos puede permitir el darle la vuelta a esa cuestión (Mehta *et al.*, 2011).

Elliott y Kennedy (2004, como citados en Mehta *et al.*, 2011) evaluaron varias intervenciones para el tratamiento de sintomatología depresiva, habiendo descrito efectos positivos de la TCC aplicada a pacientes con lesión medular que presentaban sintomatología afectiva muy marcada. En el estudio de revisión sistemática conducido por Mehta *et al.*, que tenía como objetivo examinar la evidencia que apoyase la eficacia de la TCC en la mejora del funcionamiento psicosocial en individuos con lesión medular, los autores concluyeron que, a pesar de algunas limitaciones patentes en muchos estudios (e.g., recurso a muestras pequeñas, dificultad en la evaluación de la eficacia de cada componente individual del programa, ausencia de un seguimiento a largo plazo de los participantes), esta forma de psicoterapia es una promesa importante en la mejora del funcionamiento psicosocial, así como en la depresión, ansiedad, *coping* y ajuste poslesión medular. Sin embargo, consideran que, como la TCC puede abarcar varios componentes diferentes, es importante que sean determinados en estudios futuros los elementos de esa forma de psicoterapia que, individualmente o en conjunto, sean más efectivos en el tratamiento de las consecuencias emocionales de la lesión medular.

Más recientemente, la tercera generación de terapias cognitivo-conductuales (Hayes, 2004) como, por ejemplo, la terapia de aceptación y compromiso, ha recibido una mayor atención y sido investigado su potencial contribución en el desarrollo de modelos que tengan como objetivo también ayudar a pacientes con enfermedades crónicas

(Soto, Barrenechea-Arando, & Estruch, 2013; Veehof, Oskam, Schreurs, & Bohlmeijer, 2010). Puede citarse, a título de ejemplo, un estudio conducido por MacCracken, Vowles, y Eccleston (2005) en que, tras la aplicación de un abordaje basado en la terapia de aceptación y compromiso a pacientes con condiciones de dolor crónico, durante 3 o 4 semanas, en un formato residencial o de internamiento inserido en un programa de tratamiento interdisciplinar, se obtuvieron mejoras significativas de esos pacientes a nivel del funcionamiento emocional, social, físico y de la utilización de los cuidados de salud. Además de eso, la mayoría de las mejorías se mantuvieron 3 meses después del tratamiento. La gran parte de esos resultados positivos estaba correlacionada con mejoras de la aceptación.

De una forma general, puede decirse que el proceso psicoterapéutico en personas con deficiencia física no difiere mucho de aquel que es aplicado a otros individuos (Grzesiak & Hicok, 1994). El psicoterapeuta recurre a las técnicas que son consistentes con su estilo personal, formación teórica y principios relacionados con la práctica. En este ámbito de intervención, sin embargo, puede ser más necesario abordar cuestiones que envuelven trauma y pérdida (Grzesiak & Hicok, 1994).

A pesar de la importancia de la psicoterapia en pacientes de rehabilitación, es importante referir que está contraindicada en pacientes que la rechacen o en aquellos con dificultades de comunicación significativas. Además de eso, si las dificultades provienen de factores específicos del ambiente de los pacientes (v.g., hospitalización prolongada, intervenciones médicas desagradables, prejuicios, equipo poco comprensivo), el foco de intervención del psicoterapeuta puede ser transferido del paciente al medio ambiente (Rohe, 2002).

Otra intervención psicológica, también importante, que se utiliza en Servicios de Rehabilitación es el asesoramiento psicológico. Puede ser útil y estar indicado, por ejemplo, en la adaptación a la enfermedad crónica y a la incapacidad (v.g., en el ajuste a los cambios corporales y en el ajuste a los cambios en el funcionamiento sexual); en el desarrollo de capacidades para resolver problemas; en la confrontación con la fase terminal de determinadas enfermedades y la muerte (DeLissa *et al.*, 2002). Trindade y Teixeira (2000) defien-

den que, a pesar de la existencia de varias perspectivas teóricas del asesoramiento psicológico, la perspectiva cognitivo-conductual es la más apropiada a los contextos de salud y enfermedad, adaptándose mejor al ritmo de la prestación de cuidados de salud, tanto en los centros de salud como en los hospitales. De acuerdo con esos autores hay varios objetivos del asesoramiento psicológico en salud, particularmente: poner a disposición ayuda en el sentido de dar respuesta a las necesidades psicológicas de personas saludables y enfermas; transmitir información personalizada; facilitar el cambio de comportamientos relacionados con la salud; identificar las principales preocupaciones del individuo en relación a la salud y ayudarlo a afrontarlas de forma eficaz; ayudar al individuo a tomar decisiones informadas en el ámbito de determinadas circunstancias concretas de salud/enfermedad en que se encuentra; identificar dificultades de comunicación y/o de relación con la y a implementar estrategias que permitan superar esas dificultades; el autoconocimiento y la autonomía, a fin de contribuir al desarrollo personal; orientar hacia otros apoyos especializados, y promover el desarrollo de habilidades sociales. Con respecto a este último aspecto, es importante referir que hay personas con incapacidad reciente que no obtienen ventajas con la aplicación de intervenciones psicoterapéuticas, pero que pueden beneficiarse con el entrenamiento en habilidades sociales (Rohe, 2002). Por eso mismo, y conociendo aspectos que sugieren que las interacciones sociales entre la persona con deficiencia y la que no tiene deficiencia son complejas, ambiguas e imprevisibles, las intervenciones que mejoren las dificultades de interacción social pueden ayudar a reducir el sufrimiento emocional, acelerar el proceso de reintegración a la comunidad y neutralizar el riesgo de futuros problemas clínicos (Rohe, 2002).

EL LUGAR DEL PSICÓLOGO EN EL EQUIPO DE REHABILITACIÓN

Los equipos de rehabilitación son generalmente multi o interdisciplinarios. El modelo multidisciplinar, siendo análogo al modelo clásico de gestión en forma de pirámide, destaca la comunicación vertical entre supervisor y subordinados. Por su lado, el modelo interdisciplinar, fue desarrolla-

do para facilitar la comunicación lateral entre los miembros del equipo, siendo, por este motivo, teóricamente más adecuado a los equipos de rehabilitación (Melvin, 1980). El modelo de equipo interdisciplinar busca mejorar la comunicación e incentivar la sinergia de grupo, promoviendo de esta forma un sentido de autoridad y responsabilidad mutuas (Given & Simmons, 1977, citados en King, Nelson, Heye, Turturro, & Titus, 2002; Spencer, 1969, citado en King *et al.*, 2002; Walton & Dutton, 1969, citados en King *et al.*, 2002).

El equipo de rehabilitación posee una estructura propia en la oferta de recursos de cuidados de salud, estando constituida por varios profesionales con diferentes formaciones (Rohe, 2002). Ese equipo trabaja en conjunto en el sentido de evaluar e identificar problemas, establecer objetivos terapéuticos e intervenir (Gadi & Cifu, 2003). El diagnóstico del paciente y el contexto en el que el mismo se encuentra (en régimen de ingreso o ambulatorio) determinan el grado de estructura interdisciplinar, así como los miembros específicos que componen el equipo (v.g., fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, logopeda, psicólogo, asistente social, enfermero de rehabilitación) (Gadi & Cifu, 2003).

El objetivo general del psicólogo clínico en el área de la rehabilitación es contribuir para mejorar los resultados obtenidos en la rehabilitación de los pacientes (Rohe, 2002). Además de la actividad asistencial que el psicólogo desarrolla con los pacientes y sus familias, puede también desempeñar otras funciones, particularmente en la promoción de la cohesión del equipo, promoviendo o participando en reuniones para mejorar la cooperación interdisciplinar.

CONCLUSIÓN

El objetivo de este artículo ha sido plantear una revisión que es, a su vez, una reflexión sobre la psicología clínica en el ámbito de las Unidades de Rehabilitación. Aludidos a datos históricos con referencia a los aspectos psicológicos más relevantes en este área y a las principales teorías del ajuste a la incapacidad. También, por último, se ha pretendido definir el papel del psicólogo en unidades de Rehabilitación. Se trata de un dominio que, a pesar de las dificultades con que se ha enfrentado

desde la inclusión de los primeros psicólogos en servicios de rehabilitación, se encuentra en pleno desarrollo en las últimas décadas. Las reacciones emocionales asociadas a la enfermedad crónica y a las condiciones de salud incapacitantes son actualmente mejor entendidas, y la psicología clínica en este dominio de intervención tiene hoy una aceptación más consensual. Sin embargo, a pesar de la importancia que se viene dando a los aspectos psicosociales en pacientes de rehabilitación y de la relevancia creciente de la psicología en este área, se considera que esta problemática debe merecer mayor centralidad. Se trata de un área donde ciertamente se producirá un gran incremento en la investigación y en la divulgación científica, como viene siendo evidente en los últimos años.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Ben-Tovim, D.I., & Walker, M.K.** (1995). Body Image, disfigurement and disability. *Journal of Psychosomatic Research*, 39(3): 283-291.
2. **Caplan, B., & Moelter, S.** (2000). **Stroke.** In R. G. Frank & T. R. Elliott (Eds.), *Handbook of rehabilitation psychology* (pp. 75-108). Washington, DC: American Psychological Association.
3. **Cardoso, J.** (2004). Sexualidade na doença crónica e na deficiência física. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20(3): 385-394.
4. **DeLisa, J.A., Currie, D.M., & Martin, G.M.** (2002). Medicina de Reabilitação: Passado, Presente e Futuro. In J.A. DeLisa & B.M. Gans (Eds.), *Tratado de Medicina de Reabilitação. Princípios e Prática* (3ª ed., pp. 3-33). São Paulo: Manole.
5. **Dorstyn, D., Mathias, J., & Denson, L.** (2011). Efficacy of cognitive behavior therapy for the management of psychological outcomes following spinal cord injury: a meta-analysis. *Journal of Health Psychology*, 16(2): 374-391. doi: 10.1177/1359105310379063.
6. **Ducharme, S., Gill, K., Biener-Bergman, S., & Fertitta, L.** (1992). Função sexual: aspectos clínicos e psicológicos. In J. A. DeLisa (Ed.), *Medicina de reabilitação. Princípios e prática* (pp. 601-621). São Paulo: Manole.
7. **Frank, R.G., & Elliott, T.R.** (2000). Rehabilitation Psychology: Hope for a Psychology of Chronic Conditions. In R.G. Frank & T.R. Elliott (Eds.), *Handbook of rehabilitation psychology* (pp. 3-8). Washington, DC: American Psychological Association.

8. **Gadi, R.K., & Cifu, D.X.** (2003). Physical Medicine and Rehabilitation: Philosophy, Patient Care Issues, and Psychiatric Evaluation. In S. J. Garrison (Ed.), *Handbook of physical medicine and rehabilitation: the basics* (2nd ed., pp. 1-9). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
9. **Grzesiak, R.C., & Hicok, D.A.** (1994). A brief history of psychotherapy and physical disability. *American Journal of Psychotherapy*, 48(2): 240-250.
10. **Hayes, S.C.** (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35: 639-665.
11. **Herrick, S.M., Elliott, T.R., & Crow, F.** (1994). Social support and the prediction of health complications among persons with spinal cord injuries. *Rehabilitation Psychology*, 39(4): 231-250.
12. **Jorge, R.T., Brumini, C., Jones, A., & Nattour, J.** (2010). Body image in patients with rheumatoid arthritis. *Modern Rheumatology*, 20(5): 491-495. doi: 10.1007/s10165-010-0316-4.
13. **Kalpakjian, C.Z., McCullumsmith, C.B., Fann, J.R., Richards, J.S., Stoelb, B.L., Heinemann, A.W., & Bombardier, C.H.** (2014). Post-traumatic growth following spinal cord injury. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 37(2): 218-225. doi:10.1179/2045772313Y0000000169.
14. **King, J.C., Nelson, T.R., Heye, M.L., Turturo, T.C., & Titus, M.N.** (2002). Prescrições, encaminhamentos, redação de instruções, e a função da equipe de reabilitação. In J.A. DeLisa & B.M. Gans (Eds.), *Tratado de Medicina de Reabilitação. Princípios e Prática* (3ª ed., pp. 287-304). São Paulo: Manole.
15. **Langer, K.G.** (1994). Depression and denial in psychotherapy of persons with disabilities. *American Journal of Psychotherapy*, 48(2): 181-194.
16. **Livneh, H., & Antonak, R.F.** (2007). Psychological adaptation to chronic illness and disability. In A.E. Dell Orto & P.W. Power (Eds.), *The Psychological and social impact of illness and disability: A primer for counselors* (5th ed., pp. 125-144). New York, NY: Springer Publishing Company.
17. **McCracken, L.M., Vowles, K.E., & Eccleston, C.** (2005). Acceptance-based treatment for persons with complex, long standing chronic pain: a preliminary analysis of treatment outcome in comparison to a waiting phase. *Behaviour Research and Therapy*, 43(10) 1335-1346. doi:10.1016/j.brat.2004.10.003.
18. **McIntyre, T.M.** (2004). Perda e sofrimento na doença: contributo da psicologia da saúde. *Psicologica*, 35: 167-179.
19. **Mehta, S., Orenczuk, S., Hansen, K.T., Aubut, J.A.L., Hitzig, S.L., Legassic, M., & Teasell, R.W.** (2011). An evidence-based review of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy for psychosocial issues post spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 56(1): 15-25. doi:10.1037/a0022743.
20. **Melvin, J.L.** (1980). Interdisciplinary and multidisciplinary activities and the ACRM. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 61(8): 379-380.
21. **Morais, S.C.** (2011). Catastrofização y Dolor Crónico. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 98: 7-13.
22. **Prevedini, A.B., Presti, G., Rabitti, E., Miselli, G., & Moderato, P.** (2011). Acceptance and Commitment Therapy (ACT): the foundation of the therapeutic model and an overview of its contribution to the treatment of patients with chronic physical diseases. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 33(1, Suppl. A), A53-A63.
23. **Richards, J.S., Kewman, D.G., & Pierce, C.A.** (2000). Spinal cord injury. In R.G. Frank & T.R. Elliot, *Handbook of rehabilitation psychology* (pp. 11-27). Washington, DC: American Psychological Association.
24. **Rohe, D.E.** (2002). Aspectos Psicológicos da Reabilitação. In J.A. DeLisa & B.M. Gans (Eds.), *Tratado de Medicina de Reabilitação. Princípios e Prática* (3ª ed., pp. 199-223). São Paulo: Manole.
25. **Sharpe, L., Sensky, T., Timberlake, N., Ryan, B., & Allard, S.** (2003). Long-term efficacy of a cognitive behavioural treatment from a randomized controlled trial for patients recently diagnosed with rheumatoid arthritis. *Rheumatology*, 42(3): 435-441. doi:10.1093/rheumatology/keg144
26. **Sipski, M.L., & Alexander, C.** (2002). Sexualidade e Incapacidade Física. In J.A. DeLisa & B.M. Gans (Eds.), *Tratado de Medicina de Reabilitação: princípios e prática* (3ª ed., pp. 1165-1187). São Paulo: Manole.
27. **Soto, S.P., Barrenechea-Arando, L.C., & Estruch, J.M.** (2013). Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en pacientes con fibromialgia: una experiencia clínica. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 106: 54-62.
28. **Staas, W.E., Formal, C.S., Freedman, M.K., Fried, G.W., & Read, M.E.** (2002). Medici-

-
- na de Reabilitação: Passado, Presente e Futuro. In J.A. DeLisa & B.M. Gans (Eds.), *Tratado de Medicina de Reabilitação. Princípios e Prática* (3ª ed., pp. 1325-1359). São Paulo: Manole.
29. **Tedeschi, R.G., & Calhoun, L.G.** (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3): 455-471.
30. **Tedeschi, R.G., & Calhoun, L.G.** (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1): 1-18. doi: 10.1207/s15327965pli1501_01.
31. **Trindade, I., & Teixeira, J.A.C.** (2000). Aconselhamento psicológico em contextos de saúde e doença – Intervenção privilegiada em psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 18(1): 3-14.
32. **Vaz Serra, A.** (2003). *O Distúrbio de Stress Pós-Traumático*. Coimbra: Vale & Vale Editores.
33. **Veehof, M.M., Oskam, M.J., Schreurs, K.M., & Bohlmeijer, E.T.** (2011). Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *Pain*, 152(3): 533-542. doi:10.1016/j.pain.2010.11.002.