

PSICOLOGIA Y REHABILITACION. UN PRIMER ACERCAMIENTO

Vicente Pelechano

*Departamento de Psicología Clínica y Salud Mental
Universidad de La Laguna (Tenerife)*

RESUMEN

En este trabajo se revisan los principales aspectos conceptuales aparejados con el término "rehabilitación". Se distinguen tres acepciones que delimitan otros tantos campos de acción profesionales: física, clínicoindividual y social. En la acepción física se revisan las acciones en las conductas post-infarto y en los accidentes cardiovasculares; la consideración clínico-individual se relaciona estrechamente con las terapias psicológicas y aquí acentuamos la necesidad de criterios y estudios de valoración diferencial; la consideración psicosocial guarda estrechas relaciones con las alternativas de acción comunitaria y se ilustra con el problema de las drogodependencias. El trabajo termina con reflexiones y sugerencias acerca del sistema de valores que se deben fomentar en la praxis profesional del psicólogo rehabilitador.

PALABRAS CLAVES: Psicología de la rehabilitación, salud mental, salud pública.

SUMMARY

The principal dimensions of rehabilitation and

(*) Ponencia presentada en las "Primeras Jornadas de Psicología y Salud". En Santander, 17-19 de marzo de 1986. Se ha mantenido la expresión y el texto original.

their conceptual correlates are revised. We differentiate three principal meanings in relationship with the professional psychologist. In the physical meaning of rehabilitation we include also techniques for the post-infarct behaviors, cerebral palsy and cardiovascular strokes. In the clinic-psychological dimension on shows topics about assessment, differential evaluation of therapies and iatrogenic effects. The psychosocial meaning of rehabilitation has strong relationships with community psychology and we illustrate that with the drug-dependence problem. The work finish with some reflections and suggestions about the value systems which are present in the professional praxis of the rehabilitative psychologist.

KEY WORDS: Rehabilitation psychology, mental health, public health.

O. ACLARACION Y PROPOSITO

Las páginas que siguen intentan ofrecer una introducción y selección de problemas conectados con el proceso y resultados de la rehabilitación desde una perspectiva psicológica. El título mismo del trabajo le ha sido impuesto al autor. Aunque no le han sido impuestos los contenidos, sí lo ha sido, tanto la extensión aproximada, como el bloque general de temas dentro del cual se insertan estas páginas.

Ante este estado de hechos se ha tenido que hacer, necesariamente, una selección de los tópicos a enunciar (que no a agotar ni a tratar temáticamente). Las páginas que siguen han sido escritas pensando, fundamentalmente, en un público de psicólogos profesionales y como una plataforma general de discusión. Dada la carencia de publicaciones españolas profesionales en el tema, hemos tenido que enfrentarnos tanto a problemas terminológicos como a criterios.

Es opinión del autor que los enfoques psicológicos de la rehabilitación han estado excesivamente ausentes de la bibliografía española. Por ello, lo que sigue debería entenderse como un primer ensayo interpretativo y de presentación. 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 los 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 solamente 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.

Es opinión del autor, asimismo, que con la incorporación de datos españoles, tanto el estilo como el tono y la calidad de las discusiones y la adscripción a "escuelas" sería muy otro al que

ya comienza a ser tradicional en la psicología española.

Todo lo anterior no quiere decir que el autor defienda que solamente pueda existir "una" escuela de pensamiento y de actuación psicológica. Muy al contrario: desde hace ya más de un decenio defiende que debe existir una multiplicidad de orientaciones científicas, y que los estudios de valoración diferencial de los programas que se realicen debe ocupar un lugar central en las reuniones de este tipo. Tan solo de este modo podremos irnos acercando a saber qué cosas son mejor, para qué personas y en qué condiciones.

Pero no nos adelantemos demasiado. El ideal sería que en trabajos como el que sigue, el problema que se le plantease al autor fuera el de seleccionar la bibliografía española original sobre el tema, con el fin de ir capitidisminuyendo los procesos inferenciales a partir de programas y resultados obtenidos en otros países que poseen una tradición cultural y contexto sociopolítico y económico bastante distinto al nuestro. En este sentido, lo mejor que podría ocurrirles a estas páginas es que tuviesen una escasa vida, así como que se presentaran como obsoletas desde el mismo momento de su presentación. O, en el mejor de los casos, que sirvieran como acicate a los psicólogos profesionales comprometidos con el tema para la publicación de sus resultados (si los tienen) o para el comienzo de su compilación. El autor estaría satisfecho con bien poco al respecto: bastaría con la presentación de resultados respecto a temas tan candentes y recientes como la reforma del código penal y su incidencia para el interno, o los resultados alcanzados con los "nuevos" servicios sociales creados para drogodependencias o servicios de orientación y planificación familiar, tanto a nivel de comunidad autónoma como estatal.

En ausencia de tales datos nos proponemos esclarecer, en un primer momento, el término de "rehabilitación" para pasar, posteriormente a una presentación esquemática de algunos problemas y recursos especialmente relevantes para las áreas de actuación que cubre su espectro significativo, en su consideración física, clínico-tradicional y de salud mental comunitaria.

1. UNA NOTA SOBRE TERMINOLOGIA

Uno de los problemas con los que se encuentran los psicólogos españoles, tanto los académicos como los profesionales, es el de la terminología que usan, más parecida, en muchas ocasiones, a jerga casi indescifrable que a lenguaje que posibilite una transmisión de información. Bien es verdad que muchos universitarios (incluidos los psicólogos) no conocemos la rica multiplicidad de matices del español que es, no cabe duda, muy rico y con enormes posibilidades expresivas. También es verdad, sin embargo, que la

Real Academia Española de la Lengua no ha prestado (ni presta) una atención especial a las ciencias sociales en general y a la psicología en particular, por lo cual, tanto científicos como profesionales se encuentran con un grave problema ante el que se intenta dar solución puntual en cada caso sin que exista, en muchas ocasiones, ni razón suficiente, ni una mayoría de aciertos. Desgraciadamente no tenemos un vocabulario común de términos científicos aceptados por todos. Así, por ejemplo, lo que para unos es "expectativa", es "expectancia" para otros; unos autores defienden "comportamiento" frente a otros que lo hacen con "conducta"; en otras ocasiones se usa "psicodiagnóstico", "evaluación" e incluso "valoración" de modo intercambiable, cuando son términos que no son funcionalmente equivalentes y, en fin, resulta muy usual leer "error de variancia" frente a "varianza de error" y, para no alargar más esta ejemplificación de desventuras, "pesos", "saturaciones" y "cargas" son utilizados por autores españoles de modo intercambiable para indicar lo mismo, lo que, desgraciadamente, no lleva consigo una mayor claridad ni muchos menos, una comunicación más fácil y fluida. Ya hace unos años intentamos esclarecer la significación de "intervención" (Pelechano, 1979) "valoración" (Pelechano, 1981) y, recientemente, de "parámetro" (Pelechano y Botella, 1985), no con mucho éxito, al parecer, en la explicación, aunque sí en el uso de expresiones. Continuaremos aquí, con un intento respecto a "rehabilitación".

En español se trata de un derivado de "rehabilitar", que, a su vez, deriva de "habilitar" y habilidad. En tres diccionarios consultados es el verbo y no el sustantivo, quien recibe un tratamiento significativo. Para el *Diccionario de la Real Academia Española* (1984) rehabilitar significa "habilitar de nuevo o restituir una persona o cosa a su antiguo estado" y remite, a su vez, a "habilitar" que posee cinco significaciones principales, tres de las cuales poseen una relación con lo que nos ocupa: (1) hacer a una persona o cosa hábil, apta, capaz para aquello que antes no lo era; (2) subsanar en las personas, falta de capacidad civil o de representación y (3) dar a uno el capital necesario para que pueda negociar por sí. Aceptaciones en los mismos y similares términos se encuentran en la obra de Casares (1959) y en la de Moliner (1970). No aparece una significación específica para la psicología, aunque aparecen significaciones colaterales que pueden guardar relación con ella(1).

1.1. Definiciones psicológicas

La idea central que se deriva de las significaciones de diccionario es la de recuperación de algo que se ha perdido, para volver a un estado anterior. En una primera aproximación a su significación psicológica parece apuntar a un concepto funcional: recuperación de posibilidades operativas en todos los sentidos (y, obviamente, de sus posibilitantes). Ello llama a la existencia de

un estadio anterior de funcionamiento pleno, a la existencia de una disminución de operatividad en un momento posterior para, en un tercer momento, a través del proceso de rehabilitación, retornar al momento y estadio primitivo.

Un autor clásico en el campo, Lofquist (1976) recoge cinco definiciones que no se solapan entre sí y que dan lugar a otros tantos modos de actuación. En primer lugar, recoge la definición dada por el *National Council on Rehabilitation* (1944, p. 6) como "restauración de los impedidos a la más plena utilidad física, mental, social, profesional y económica de la que sean capaces", lo que, de inmediato, plantea serios problemas de demarcación (si las alteraciones congénitas, vaya por caso, y, en general, las deficiencias hereditarias deben ser tomadas en consideración como objetivo de rehabilitación) y plantea serios problemas tanto por lo que se refiere a la asignación de recursos materiales y personales a esta empresa por parte de los responsables del mundo social, como por lo que se refiere al "techo" de las posibilidades de mejora y promoción personal; pese a estas limitaciones esta primera definición representa un necesario punto de referencia todavía hoy y a la que habría que añadir algunos retoques con el fin de hacerla realista. La segunda significación se debe a Hamilton (1950) como el "proceso creador que ayuda a definir, desarrollar y utilizar las posibilidades del individuo impedido", lo que exigiría el establecimiento de criterios claros de evaluación, valoración y tratamientos adecuados. Las otras tres definiciones, o bien potencian los elementos desiderativos de los objetivos a lograr mediante la rehabilitación, o bien limitan considerablemente su alcance. La tercera define el término como la concentración de los recursos individuales y colectivos encaminados a restaurar la aptitud competitiva, la independencia, la autosuficiencia económica y la adaptación al trabajo y a la vida social, lo que lleva consigo una connotación indudablemente social y colectiva muy ambiciosa. La cuarta definición, por el contrario, apela a una consideración en la que prima lo individual: es la consecución, por parte del individuo impedido, de una vida más útil y satisfactoria para él, en gran medida al margen de las demandas sociales (lo que sugiere algo muy importante y es la no-necesidad de su adscripción a una única normativa social estándar para el logro de los objetivos de la rehabilitación y permite una operacionalización más realista). La quinta definición inventariada por Lofquist, finalmente, es la menos ambiciosa socialmente: "proceso por el que se hace consciente a una persona impedida de sus capacidades para, acto seguido, facilitarle los medios de alcanzar tales capacidades". En esta última definición, el principal protagonista es la persona impedida y, sobre ella, parece descargarse la máxima responsabilidad de la consecución o no de los objetivos rehabilitadores, si bien habría que restringir su ámbito de aplicación a personas impedidas como consecuencia de algún tipo de acontecimiento posterior al período perina-

tal (los casos en los que no se aplica el término "rehabilitación" deben ser contemplados bajo el epígrafe de tratamiento de modo más específico).

Todas las acepciones psicológicas recensioadas se refieren a "impedidos" o "personas impedidas". Con ello debe entenderse que se incluyen, en primer lugar, a los físicos, pero, asimismo, también incluye aspectos emocionales, cognitivos y sociales en su más amplia acepción. Esta amplitud es lo que hace que la rehabilitación sea considerada como una tarea multidisciplinar en la que psicólogos, médicos y asistentes sociales (cuanto menos) forman el núcleo de un equipo. Ocurre, además, que parecen ignorarse elementos no directamente comprometidos con un modelo de salud en su más amplio sentido, dejando de lado, tipos de referentes tan importantes como delincuencia, drogodependencias y tercera edad.

Resulta curioso que, después de los años setenta, en algunos autores va cambiando la terminología y se comienza a utilizar el término de "cliente" frente al de "impedido". Así, por ejemplo, Bolton (1976) define la rehabilitación como el proceso que consiste en la "planificación y disposición de los servicios necesarios que prepararán al cliente para un emplazamiento laboral con éxito y un subsecuente ajuste vocacional" (p. xvii)(2).

1.2. Algunas implicaciones: prevención, tratamiento y rehabilitación

La antología de alternativas definicionales que hemos presentado, si bien no agotan el espectro semántico de lo que significa rehabilitación, indican, cuanto menos, dimensiones y conceptualizaciones importantes de ella. Y, para lo que importa en estas jornadas, deberían pergeñarse las líneas discursivas que diferencian (si hay diferencias) entre prevención, tratamiento y rehabilitación.

En una primera consideración, prevención y rehabilitación parecen términos antónimos. La primera debería entenderse como algo que antecede a la alteración y, por lo mismo, una prevención adecuada elimina la posibilidad de que exista rehabilitación. Así, vaya por caso, la prevención de la conducta delictiva debería llevar a la desaparición del problema de la rehabilitación-reinserción de delincuentes; la prevención de la poliomielitis llevaría apareada la desaparición de los programas de rehabilitación física y psicológica de las personas aquejadas, una vez acabado el proceso virulento. La verdad de las cosas, sin embargo, es que, en un análisis en profundidad, esta primera antinomia se diluye: a) la prevención, como el ser aristotélico, se dice de muchas maneras y, siguiendo la tipología caplaniana que se ha venido a convertir en doctrina preventiva oficial, la prevención secundaria y la terciaria exigen tareas rehabilitadoras; la prevención pri-

maria no, aunque, desgraciadamente, este tipo de prevención es tratado más a nivel ideológico y teórico que a nivel operativo y funcional (Pelechano, 1979b); b) la prevención posee un sustrato ideológico, cuanto menos, discutible (Rappaport, 1977) así como una utilidad clara en ciertos problemas de etiología claramente biológica (enfermedades infecciosas); más aún, no está claro que, aun suponiendo que se lleve a cabo la prevención, no existan "accidentes" que exijan rehabilitación; la eliminación radical de la posibilidad siquiera de que tales accidentes existan tampoco está resulta de modo satisfactorio en nuestros días(3) y correría peligro, hoy por hoy, caso de alcanzarse tal posibilidad, de devenir una sociedad autoritaria en la que los individuos tendrían un valor simbólico pero ningún peso específico en la toma de decisiones. Por todo lo que acabamos de reseñar creemos que, aunque de modo secundario o colateral, prevención y rehabilitación poseen relaciones sutiles y ello, sin contar con la tarea preventiva que puede desempeñar el terapeuta rehabilitador.

Un problema de demarcación más árduo se da entre tratamiento y rehabilitación. Ambos términos se aplican a problemas que existen en un momento dado, en ambos casos el objetivo (criterio de éxito) se ha confundido en muchas ocasiones y, sin embargo, no necesariamente deben considerarse términos sinónimos. Por lo que se refiere a "tratamiento", por una parte, posee un ámbito de aplicación más amplio que rehabilitación y, por otra, más restringido. Más amplio por cuanto que, para que propiamente pueda hablarse de rehabilitación, se exige que haya existido, anteriormente, un estado "normal" y, en este sentido, la mayoría de tratamientos que se aplican al mundo de la deficiencia mental, así como a las personas que hayan nacido con alteraciones congénitas poseen, en el mejor de los casos, el objetivo de insertar, "normalizar" o "integrar" a esas personas al mundo de los "normales" pero, de ninguna manera, podría hablarse aquí de rehabilitación reinserción puesto que en ningún momento anterior han estado insertados, integrados o habilitados. Todo ello, además, pese a que las operaciones concretas que se realicen por el terapeuta y por el rehabilitador puedan ser las mismas.

Pero, asimismo, "tratamiento" puede tener una significación más restringida que rehabilitación, en la medida en que aquél se refiera a una primera fase del programa total (como ocurre, por ejemplo, en el caso de las drogodependencias y la delincuencia), y la rehabilitación se entienda como la reinserción de pleno derecho de estas personas dentro del sistema social.

Probablemente estos problemas definicionales sean debidos, entre otras cosas, a la existencia de distintos modelos y tradiciones teóricas dentro del campo de la salud (tanto física como mental). El análisis de los contenidos que se encuentran bajo el epígrafe de "rehabilitación" tanto en los *Thesaurus* como en las

compilaciones bibliográficas de los *Abstracts*, exige que rehabilitación no sea entendida, únicamente, en su acepción médico-biológica tradicional de recuperación física y/o funcional somática sino que debe incorporar, asimismo, dimensiones y modelos psicosociales y que se refiere tanto a poblaciones psiquiátricas, como no psiquiátricas (post-infarto, psicósomática, delincuencia, drogodependencia, tercera edad, para poner ejemplos que se encuentran en la mente de todos)(4).

Por todo ello, la rehabilitación posee, al menos, tres tipos de ejes de referencia que, en nuestra opinión podrían denominarse, provisionalmente, físico, clínico y social, en función, tanto de las técnicas y modelos concretos utilizados como de los criterios valorativos usualmente utilizados. Bien entendido, por lo demás, que ninguno de ellos, por separado, ofrece por sí mismo y al margen de los otros dos, una imagen completa.

En un sentido radical, la rehabilitación total, incluso suponiendo un éxito en todas las dimensiones que acaban de mencionarse es inalcanzable. Y ello por varias razones: (i) el mundo psicológico personal se encuentra ordenado temporalmente (y no espacialmente) y el tiempo es, aún hoy por hoy, irreversible; en este sentido, ir "a la busca del tiempo perdido", por muy meritoria y literaria que sea la empresa, representa una empresa condenada al fracaso; (ii) con el fin de poder valorar el resultado de la rehabilitación, deberían existir datos empíricos completos respecto del funcionamiento anterior de la persona "rehabilitada", lo que exigiría la existencia de un banco de datos para cada individuo que, no solamente no existe, sino que, además, resulta dudoso que deba defenderse su existencia desde posiciones éticas y humanistas; más aún: ello exigiría, suplementariamente, que conociéramos el entramado de relaciones funcionales físico-biológicas, psicológicas y sociales de cada persona y, hoy por hoy, no existe un cuerpo de conocimientos científicos lo suficientemente consolidado como para ofrecer esta imagen coherente; (iii) en muchas ocasiones, una persona ha sido sometida o ha participado en procesos de rehabilitación porque el estilo de vida que llevaba ha provocado su separación del cuerpo social y familiar (por ejemplo, un infarto o algún brote psicótico provocado por el abuso de drogas, un internamiento penitenciario). En estos casos, si la rehabilitación llevara consigo una "vuelta" al estado anterior, se produciría un curioso círculo: rehabilitación-recaída-rehabilitación.. sin que haya justificación por cuanto que éxito rehabilitador significaría una solución que, inevitablemente, llevaría a un fracaso y, por ello, a la necesidad de una nueva rehabilitación (en este sentido incluso, rehabilitación sería un curioso modo de entender la prevención); (iv) en otras ocasiones, la necesidad de rehabilitación se produce en personas que han sufrido un daño irreparable en alguna parte de su cuerpo, con lo que no puede esperarse un éxito total. Por todas estas razones, el criterio de

éxito en rehabilitación es parcial y relativo.

2. UN PRIMER MOMENTO: LA EVALUACION

Para el establecimiento de un centro de rehabilitación se suelen distinguir una serie de servicios que funcionan coordinadamente aunque con una cierta autonomía funcional: evaluación, tratamiento médico, entrenamiento físico, terapia psicológica y colocación laboral.

McGowan y Porter (1967) defendieron unos criterios acerca de cuándo sí y cuándo no llevar a cabo una evaluación psicológica previa al comienzo de la rehabilitación, criterios que son asumidos por Bolton (1976) y que podrían servir como normas generales de actuación. *Se debe realizar una evaluación psicológica* en este campo, al menos, en las siguientes situaciones: a) si hay que determinar deterioro o deficiencia mental; b) si se sospecha la existencia de alteraciones psiquiátricas; c) si la persona va a ser sometida o participar en un programa costoso o de larga duración; d) si el consejero necesita o bien información o bien confirmación de las aptitudes, logros, intereses, habilidades y patrones de personalidad de la persona a rehabilitar; e) si los datos existentes al respecto no existen o, aun existiendo, son ambiguos o contradictorios; f) si se sospecha la existencia de posibilidades y/o potencialidades en la persona a rehabilitar y g) si se sospecha la existencia de alteraciones que requieren una evaluación especial.

Por el contrario, *no es necesaria la realización de una evaluación psicológica* en los casos siguientes: a') la persona ha tenido éxito en su empleo más reciente e intenta volver a ese puesto (con fundamento) cuando hayan terminado las tareas de rehabilitación; b') la persona ha tenido éxito en su empleo y ahora es incapaz de encontrar un trabajo similar debido a prejuicio de los empresarios y no por su nivel de incompetencia; c') la persona ha tenido éxito en su empleo más reciente y se prevé tan solo un cambio accidental en el tipo de trabajo que desempeñará en el futuro; d') la persona posee información y buena preparación para el desempeño del puesto de trabajo anterior, puesto de trabajo que no va a desempeñar después por razones que no se derivan ni de su voluntad, ni de las capacidades que posee sino del deseo de los responsables de la empresa; e') la persona posee un curriculum escolar claro y notable al menos, en el que se relata con toda claridad las calificaciones alcanzadas y los profesores son socialmente conocidos y reconocidos y f') la persona no tiene buena cooperación y expresa su deseo de no realizar las pruebas y tests de evaluación, en cuyo caso, no debe exigírsele realizarlas.

Poco mas hay que decir a nivel de generalidades acerca de la evaluación psicológica: que en todos los casos es preferible el

empleo de más de un procedimiento; que las técnicas a utilizar deberían poseer índices satisfactorios de bondad (fiabilidad, consistencia, validez) y no utilizar aquellas sobre las que no se poseen datos al respecto; que se deben distinguir en el proceso de evaluación los datos y resultados objetivos de las estimaciones subjetivas del evaluador; que no se debe comenzar la evaluación propiamente dicha sin el establecimiento de un rapport adecuado, que los datos y resultados provenientes de la evaluación deben reflejarse en un informe útil cuyo contenido, estilo y formato debe ser distinto en función de los objetivos y/o personas a los que se dirija, siendo, en todos los casos, escueto, preciso y con recomendaciones para futuro del cliente, evitando expresiones placebo, redundantes e inútiles; que este informe debe estar orientado siempre en beneficio del cliente; que debe incorporar información tanto respecto a la estructura como a la dinámica comportamental del cliente; que deben adecuarse pruebas y procedimientos a las necesidades del cliente; que los tipos de problemas posibles son muchos aunque en todos los casos, las evaluaciones deben ser individualizadas y cubrir los problemas relevantes que cada cliente presente. En este campo, por las repercusiones que posee en el futuro inmediato de las personas, se exigiría la existencia de puntuaciones normativas o ipsativas con todas las garantías científicas posibles, lo que, desgraciadamente en nuestro país, no suele ser la praxis habitual.

3. REHABILITACION EN SU SIGNIFICACION FISICA

Una de las significaciones que posee "rehabilitación" es la que se refiere a los problemas estrictamente físicos que pueden o no ir aparejados con alteraciones psicológicas. Fisioterapia y terapia ocupacional son dos especialidades que, junto a la rehabilitación del lenguaje ofrecen un abanico de conocimientos importantes y a los que hay que acudir. No es posible, en un trabajo como el presente hacer una presentación, siquiera somera, de los modelos, métodos y resultados que existen al respecto. Indicaríamos como una primera aproximación al tema español la monografía de MacDonald (1979) y, en concreto, los capítulos cinco al 11 en los que se especifican los principios generales de actuación para la rehabilitación física, modos e instrumentos de evaluación y procedimientos concretos para rehabilitación especializada de miembros superiores e inferiores, procesos neurológicos y para distintas enfermedades: reumatismo, espondilitis anquilopoyética, lumbalgia, trastornos cardíacos, alteraciones de vías respiratorias, diabetes, etc. Por lo que se refiere a rehabilitación de la afasia traumática se recomienda como un acercamiento modelo la monografía de Luria (1974) en la que los procedimientos terapéuticos son expuestos a partir de material clínico y se derivan de un modelo teórico concreto sobre el funcionamiento cerebral lo que permite, tanto la aplicación de un aparato diagnóstico complejo, como su aplicación terapéutica y la contrastación del modelo

neurológico de base(5).

Los problemas que se recogen en la bibliografía citada son más bien, tradicionales, con procedimientos que se han incorporado definitivamente a la praxis terapéutica sin que se registre, en los últimos años, una alta tasa de publicaciones ni que exista investigación psicológica sistemática respecto a la rehabilitación física y los mecanismos motores y procesos psicológicos que se encuentran a la base de esa actividad aun cuando éstos, resultan de especial importancia (sirvan como ejemplo, los componentes motivacionales y de incentivo). En este campo predomina una labor asistencial (que tampoco es realizada básicamente por psicólogos) y, en todo caso, una orientación biológica complementada, en los últimos decenios, por el impacto de la cibernética en el área de las prótesis(6).

Una área más reciente, dentro del mundo de la salud, lo representan los distintos acercamientos denominados genéricamente como "medicina comportamental"(7) de la que entresacamos, por su interés, dos tipos de trabajos ilustrativos y que tienen que ver directamente con la acepción física de la rehabilitación: el infarto de miocardio y los denominados, por algún autor, "ataques fulminantes" (strokes, que comprenden una amplia gama de problemas: accidentes cardiovasculares, apoplejías-hemiplejías).

3.1. Rehabilitación física post-infarto

Por lo que se refiere a la rehabilitación física post-infarto, el pronóstico de posibles problemas recurrentes en el futuro es lo que determina, en gran medida, la vuelta del paciente a su ritmo de vida cotidiana. Este pronóstico se realizaba, tradicionalmente, sobre una "valoración clínica" consistente en el estudio del curso hospitalario, historia posthospitalaria, examen físico, rayos X y ECG, pruebas, todas ellas, que reflejan la función cardiovascular en descanso o durante una actividad escasa y ninguna de ellas ofrece información clara respecto a presencia o ausencia de alteraciones que podrían detectarse, con toda claridad, durante las actividades cotidianas del paciente. En el último decenio, sin embargo, se han desarrollado otros tipos de técnicas (electrocardiografía telemétrica -técnica de Holler- y el test de la cinta sin fin) que han mostrado un considerable poder predictivo en cuanto a tasa de mortalidad (Weber, Janicki, Russell y Rackley, 1978); ambas técnicas permiten una observación y registro de pacientes y del comportamiento de su ECG en su vida normal. En el caso de la electrocardiografía telemétrica o deambulatoria, el paciente lleva consigo un dispositivo que opera con baterías, el cual permite un registro ECG de 24 horas y que Moss, Decamilla, Davis y Bayer (1976) encontraron que el 45% de los pacientes que fallecieron durante los cinco meses siguientes a su primer infarto pertenecían a un grupo de alto riesgo caracterizado por con-

tracciones musculares prematuras (más de 20/horas en ECG ambulatoria), hipotensión o fracaso cardíaco congestivo dentro de la unidad coronaria o una historia de angina de pecho restringida antes de la hospitalización por infarto. Markiewicz, Houston y DeBusk (1977) han aplicado el test de la cinta sin fin a la valoración pronóstica y la evaluación de la capacidad funcional post-infarto: en este test, un paciente camina sobre una cinta sin fin a distinta velocidad e intensidad mientras se registra un ECG y presión sanguínea (indicadores usualmente utilizados son tasa cardíaca máxima, tensión arterial y carga de trabajo y aparición de síntomas: ritmos cardíacos anómalos, fallo en tensión arterial, aparición de una señal eléctrica indicadora de ausencia de riego sanguíneo en el corazón durante el ejercicio), test que ofrece información sobre tres tipos de alteraciones: a) isquemia de miocardio cuya presencia (depresión del segmento isquémico de 2mm. o más) resulta indicadora de alto riesgo de alteraciones graves en el futuro; b) daño mecánico (función ventricular anormal) reflejada por una disminución notable en la carga de trabajo máxima y que va asociada con una disminución en la posibilidad de vida libre de accidentes cardíacos en un período de cinco años y c) daño eléctrico, que se manifiesta como actividad ventricular ectópica, no asociada con claridad a ninguna prognosis: la presencia de contracciones ventriculares prematuras suele encontrarse en poco más del 50% de los casos.

Este test puede aplicarse en los casos en los que no existen mayores complicaciones hasta los 3 ó 4 días posteriores a la hospitalización y ofrece una base objetiva para perfeccionar planes de actividad física en los primeros estadios de recuperación post-infarto; datos provenientes de este test, además, indican que a las dos semanas del infarto, la capacidad funcional de muchos pacientes se ha recuperado hasta el punto de que permite la realización de la mayoría de actividades de su vida cotidiana y, por lo tanto, el alta hospitalaria; los datos demuestran, además que, a los tres meses, la mayoría de pacientes han restaurado casi por completo su capacidad funcional (equivalente a la de personas normales sedentarias de la misma edad, De Busk, 1980).

Siendo estos resultados interesantes, de hecho no representan más que un comienzo que puede ser prometedor y que necesita ser completado con investigaciones sobre estresores tales como tabaco, tensión psicológica y exposición al frío, cada uno de los cuales es capaz, por sí mismo, de provocar isquemia de miocardio. Y relacionar los resultados alcanzados con el test de la cinta sin fin. Sin embargo, estas nuevas líneas de trabajo en las que se trata de poner a prueba la restauración de la capacidad funcional del paciente lo más pronto que se pueda después del infarto, posee una serie de implicaciones para la rehabilitación del postinfarto. En primer lugar, facilita el pronóstico puesto que, en la actualidad, dado que la tasa de mortalidad postinfarto es mayor

en los primeros meses siguientes al accidente que después, resulta importante realizar la valoración en época temprana, lo que permitirá, además, llevar a cabo un análisis en profundidad que posibilite una disminución de la tasa de mortalidad (al descubrir los disparadores de las crisis); en segundo lugar, el acceso a la actividad física representa una estrategia terapéutica poderosa contra la depresión y ansiedad que sigue, con mucha frecuencia, al infarto de miocardio y, en tercer lugar, una determinación temprana del potencial para la vuelta al mundo laboral, puede promover la capacidad de trabajo de la mayoría de los pacientes, permitiéndoles un retorno rápido a su mundo y disminuyendo desplazamientos laborales y/o retiros anticipados que pueden llevar consigo correlatos psicológicos nocivos sobre los pacientes.

3.2. Tratamientos comportamentales en la rehabilitación de ataques fulminantes o accidentes cardiovasculares

Las orientaciones comportamentales en el tratamiento y rehabilitación de pacientes que han sufrido ataques fulminantes ya han alcanzado un volumen de trabajo suficiente como para que se hayan plasmado en un manual sistemático (Licht, 1975), si bien siempre se han encontrado presentes unas dosis considerables de técnicas operantes en los tratamientos rehabilitadores. En el último decenio, la incorporación de retroalimentación mioeléctrica (EMG) ha representado un definitivo paso hacia adelante en la incorporación de estos acercamientos comportamentales al equipo de técnicas.

Se trata de pacientes que, después de la fase aguda sufren de pérdida motora (la hemiplejía del miembro superior se encuentra en 9 de cada 10 supervivientes) cuya intensidad varía de área a área dentro del mismo brazo (músculos distales o proximales, extensores o flexores); la mayoría de estos pacientes, además, presentan alteraciones del tono muscular pasando de un primer estadio flácido a otro espástico, coincidiendo con el comienzo de la rehabilitación. Esta espasticidad tiende a disminuir lentamente aunque persiste durante meses e incluso años; aproximadamente la mitad de pacientes presentan problemas de apraxias y afasias, disminución de eficacia intelectual (posiblemente a consecuencia de lesión cerebral); el estado emocional de estas personas suele ser el resultado de una mezcla de desesperación y cambios patológicos en la función cortical. Y, junto a todo ello, suelen ser abundantes las alteraciones visuales, problemas cardiovasculares que anteceden o provocan el ataque, falta de control de esfínteres, dificultades en la ingesta, pérdidas sensoriales notorias, dolores, contracturas en articulaciones, etc.

En el tratamiento de estos pacientes se han estado utilizando procedimientos operantes desde antiguo puesto que la mera aplicación rutinaria y mecánica de las técnicas de rehabilitación no

produce el éxito; para alcanzar el éxito se requiere un apoyo social fuerte al paciente por parte de todas las personas que interactúan con él, apoyo social que tiene como objetivo prioritario la estimulación de los mecanismos y procesos cognitivos y motores que estaban activados antes de la crisis y que pueden haber sobrevivido o no haber sido afectados por el daño cerebral.

En los últimos años se está extendiendo ampliamente la utilización de técnicas de retroalimentación. Apoyadas en el supuesto de que la coordinación de la conducta motriz se logra mediante un proceso de ensayo y error de las unidades musculares motoras que depende, básicamente, de la inhibición (Basmajian, 1977, 1979): la inhibición progresiva de las respuestas masivas ineficaces que son los reflejos motores básicos representa una capacidad innata del sistema nervioso central normal. Si aparecen lesiones corticales graves durante el período neonatal, esta capacidad disminuye notablemente (tal, lo que sucede en la parálisis cerebral) aunque es posible un reentrenamiento de vías y mecanismos neuronales secundarios que permita el logro, no solamente de las distintas posiciones sino, asimismo, de la movilidad. En el caso de ataques fulminantes, es posible (aunque en grado distinto, dependiendo del volumen de la lesión cerebral) enseñar al paciente un control consciente del funcionamiento neuronal de los centros motores. La investigación y la práctica se han agrupado alrededor de tres problemas: pie caído (con y sin espasticidad), subluxación del hombro y función disminuída de mano. Se han aplicado técnicas de retroalimentación incluso en casos en los que, despues de meses de rehabilitación con procedimientos tradicionales, se había llegado a un "techo insalvable" y en los que se ha tenido un éxito considerable.

La primera aplicación de retroalimentación a estos casos se hizo para el tratamiento del pie caído, con éxito relativo y defensa entusiasta aunque sin estudios controlados respecto a la validez diferencial de los procedimientos. Basmajian et al. (1975) llevaron a cabo un estudio comparativo en el que 20 hemiparéticos crónicos (entre 30 y 63 años) fueron asignados aleatoriamente: o bien a un grupo tratado con ejercicios de rehabilitación siguiendo los procedimientos rutinarios del servicio (N=10), o bien a un grupo (N=10) en el que se realizaron estos mismos ejercicios más entrenamiento en retroalimentación (se eligió el musculo tibial anterior debido a su función primaria como dorsiflexor del tobillo que se contrapone al pie caído). El incremento, tanto en fuerza o dorsiflexión como en el rango del movimiento fue así el doble para el grupo de retroalimentación frente al grupo de tratamiento rutinario. Más aún, los pacientes del grupo de retroalimentación mantuvieron un control consciente de la dorsiflexión en las fase de balanceo de la marcha. En el seguimiento, 3 de los 10 pacientes continuaron caminando sin necesidad de la abrazadera de pierna que utilizaban antes. En un estudio pos-

terior (Basmajian, 1980) se demostró que 16 de 35 pacientes fueron capaces de prescindir de dispositivos mecánicos después de una media de 16,6 sesiones de retroalimentación de media hora de duración cada una de ellas. Se sabe, además, que ni la edad, ni el sexo, ni la duración del problema juegan un papel importante en el pronóstico.

Éxitos notables se han alcanzado, asimismo, en la subluxación del hombro. La hipótesis básica en este caso está asentada sobre el supuesto de que la subluxación está provocada por un mecanismo de desbloqueo y, por ello, la acción rehabilitadora debería concentrarse promoviendo la movilidad de la escápula, acentuando la restauración de la orientación propia de la cavidad planoidea(8). La rehabilitación consiste en la reeducación muscular con retroalimentación EMG de los músculos de la región del hombro. Los resultados han sido generalmente buenos, con una disminución de la subluxación, acompañada de una mayor movilidad escapular y glenohumeral.

Las alteraciones en las funciones de la mano se han comenzado a tratar con técnicas de relajación para músculos espásticos y técnicas de reeducación para grupos musculares paralizados en ante brazo y mano. La espasticidad grave puede ser modificada notablemente mediante técnicas de relajación, que incluyen retroalimentación acústica y visual de la actividad muscular, en una docena de sesiones.

En suma, aunque se trata de un campo que se encuentra prácticamente en sus comienzos, el uso masivo de técnicas de relajación general junto a retroalimentación EMG para grupos musculares paralizados y entrenamiento en relajación para músculos espásticos, representan recomendaciones eficaces para este tipo de casos si bien, todavía las técnicas no permiten, desgraciadamente, el abaratamiento de los aparatos para su utilización masiva, ni la investigación y la realización de estudios controlados ha llegado a un estado satisfactorio.

4. UNA CONSIDERACION CLINICO-INDIVIDUAL DE LA REHABILITACION

Dentro del área de psicología clínica de corte más tradicional, rehabilitación, de hecho se confunde con tratamiento. Puesto que de ello trata una ponencia especial, no van a tocarse aquí los temas específicos correspondientes a técnicas concretas y modos diagnósticos y/o valorativos y evaluativos de los distintos modelos terapéuticos y técnicas. Creemos, sin embargo, que un modo de incardinar "tratamiento" y "rehabilitación" se encuentra en el estudio de los criterios de eficacia terapéutica puesto que en éstos, de una u otra manera, se trata de rehabilitación individual y con una contextualización social. Se trata, además, de un problema candente puesto que el tipo de criterios determina gran

parte de la eficacia terapéutica y los procesos y modos concretos de actuación. En este punto hay que decir que falta mucho hasta llegar a un consenso entre los especialistas, que no parece haberse tomado en consideración un criterio de adecuación entre técnica-evaluación del cliente, ni existe investigación seria y sistemática sobre el tema. Existen algunas razones de peso que podrían explicar este estado de hechos, tales como las considerables dificultades existentes en la realización de estudios representativos en el campo (con controles sobre terapeutas, clientes y técnicas), el compromiso existente entre los criterios de eficacia terapéutica y la valoración diferencial de las terapias (lo que determina la cita, tan socorrida en estos casos, del conejo blanco de "Alicia en el país de las maravillas" de que todos hemos ganado y todos merecemos tener premio) y, el autor de este trabajo se teme, además, la existencia de aspectos no tan "académicos" y sí, más bien económicos, de poder e influencia dentro de un mundo profesional en el que es muy difícil proponer unos pocos criterios claros, precisos y, además, que no traicionen la complejidad del problema.

Veamos algunos puntos ilustrativos de los tipos de problemas a los que nos deseamos referir: en los estudios acerca de la validación diferencial de las terapias ha pasado por ser paradigmático el estudio de Paul (1966) que comparó acercamiento psicoanalítico frente a desensibilización sistemática. Este trabajo ha sido repetidamente citado como ejemplo de buen hacer científico en el campo. Sin embargo, lo que no se cita es que, entre otras cosas, las personas que participaron en el estudio eran estudiantes universitarios que decían tener miedo a hablar en público (y, no desde luego, clientes con problemas reales de fobias clínicas, fobias que les perturbara su vida diaria; tampoco se cita que el manual de formación de terapeutas en la alternativa psicodinámica tenía unas pocas páginas con contenidos vagos e imprecisos, mientras que el manual de formación sobre desensibilización sistemática era bastante preciso; tampoco se debería suponer que todas las técnicas actúan al mismo nivel, durante el mismo período temporal y respecto a las mismas áreas comportamentales de los clientes.

En fin, esta ausencia de homologaciones y consensos no es nueva y se presentó desde los mismos comienzos de aparición del planteamiento acerca de la eficacia de la psicoterapia (Eysenck, 1952), problema que se presenta en nuestros días como una cuestión abierta después de una revisión de los dos bandos en litigio (Pelechano, 1978).

4.1. Criterios de éxito terapéutico y técnicas de valoración

Un primer punto de análisis se refiere, precisamente, a los criterios utilizados para la evaluación del resultado de los tra-

tamientos. El establecimiento, elección y defensa de uno u otro tipo de criterio se encuentra determinado fundamentalmente por el modelo terapéutico de base sobre el que se apoyan las técnicas terapéuticas. Así, por ejemplo, no parece probable que un terapeuta freudiano utilice la observación comportamental directa y la concordancia entre observadores, como procedimientos adecuados para la valoración de sus acciones terapéuticas; como es impensable que un terapeuta skinneriano utilice las técnicas proyectivas para el mismo propósito.

Este problema sería menos grave si todos los métodos y criterios tuviesen la misma significación funcional (esto es, que significaran lo mismo los resultados alcanzados con uno u otro procedimiento de evaluación) o que, aun no significando lo mismo, existiesen unas tablas de conversión claras para los resultados alcanzados en las distintas técnicas (como existe una tabla de conversión entre las puntuaciones directas y las normalizadas en los tests psicológicos). El caso es que tales condiciones hipotéticas no existen; lo que existen son muchos resultados que apuntan a lo contrario: hacia la existencia de una independencia entre la mayoría de resultados alcanzados con técnicas de evaluación distintas, por lo que no puede predecirse lo que ocurre a partir de datos provinientes tan solo de uno u otro procedimiento. Este problema se agrava con otros aspectos que son, incluso, más básicos: existe una polémica central entre los que podríamos llamar "cuantitativistas" y los "cualitativistas". Para los primeros, todo es susceptible de ser estudiado mediante procedimientos de cuantificación; para los segundos, toda cuantificación representa una traición esencial a lo que debe ser un estudio realmente científico del ser humano (la ciencia adecuada para el estudio de las dimensiones psicológicas y sociales del ser humano sería la historia y no la física, por lo cual, el análisis cualitativo sería el único adecuado). Y lo que se está dilucidando en esta polémica es bastante más, que la adecuación de criterios terapéuticos.

Estas razones y problemas promueven la existencia de una disparidad de criterios y técnicas de valoración, que en una sistematización relativamente reciente (Kendall y Norton-Ford, 1982, Pelechano, 1978) pueden agruparse en los siguientes apartados: (i) cuestionarios e inventarios de personalidad; (ii) autoinformes por parte del cliente; (iii) pruebas proyectivas; (iv) estimaciones y juicios del terapeuta y (v) calificaciones realizadas por parte de otras personas. A todas ellas nosotros añadiríamos los tests objetivos de laboratorio.

Por lo que se refiere a los dos primeros tipos de criterios y procedimientos (*cuestionario y autoinformes*) ambos presentan los peligros debidos a los sesgos propios de las respuestas verbales (deseabilidad social, aquiescencia, tendencia a dar respuestas extremas) si bien creemos que estos sesgos, tradicionalmente con-

siderados como una amenaza a la validez interna de las pruebas, deberían reinterpretarse a la luz de categorías de salud mental. Su poder predictivo es un tema polémico y, tanto las dimensiones aisladas, como su significación, se encuentran muy comprometidas con la teoría que ha dado lugar a cada instrumento concreto. Por otra parte, deben adecuarse las puntuaciones y los criterios dimensionales a las poblaciones (y no al revés), lo que, desgraciadamente, no suele ser una práctica común en España. Finalmente, faltan estudios serios de validación acerca de los instrumentos al uso en nuestro país, lo que debería ser subsanado con la mayor celeridad posible.

Por lo que se refiere a las *pruebas proyectivas*, el estado es, todavía, peor. Después de más de 50 años de trabajos sobre las más clásicas, su validez sigue siendo un misterio; no cumplen los mínimos requisitos científicos para su utilización masiva; los supuestos sobre los que se asientan son hartamente discutibles y los pasos e inferencias desde las respuestas a la "dinámica personal" del cliente representan, en la mayoría de los casos, saltos en el vacío con escasa apoyatura empírica. Ocurre, además, que su aplicación no es económica, y la información resultante no es significativamente distinta de la que se obtendría con una entrevista clínica de duración similar. En alguna ocasión se ha dicho de ellas, que su aplicación exige un gran conocimiento de la dinámica de la personalidad y experiencia clínica. Ocurre, sin embargo, que si se tienen conocimientos serios en personalidad y, se posee experiencia clínica... no se requiere la aplicación de técnicas proyectivas y, por el contrario, si no se poseen estos conocimientos, de escasa o nula ayuda son las técnicas proyectivas.

El tipo de criterio más antiguo y el primero de los utilizados en terapia ha sido el *juicio del terapeuta*. Lo que ocurre con este tipo de criterio es que existen una serie de sesgos perceptuales incluso en el profesional que no deben ser ignorados (Pelechano, 1978). Se recomienda la emisión de juicios valorativos sobre aspectos funcionales concretos tal y como pueden encontrarse en el *Goal Attainment Scaling* (Kiresuk y Sherman, 1968; Kiresuk y Lund, 1975), procedimiento que es adecuado para el desarrollo de descripciones individualizadas y multivariadas del resultado terapéutico que ha mostrado ya una cierta utilidad (Mintz y Kiesler, 1982). Este procedimiento incluye: a) recogida de información sobre el cliente, información que puede ser ordenada y convertida en escalas de logro; b) especificación de las áreas más globales en las que el cambio sería factible y útil; c) formulación de predicciones específicas para cada área y d) puntuación de los resultados al final de la terapia. Los rangos de la escala van desde los aspectos más favorables hasta los más desfavorables.

El criterio de *informes sobre el cliente por parte de las per-*

sonas relevantes que interactúan con él en su vida cotidiana (bien sean registros incidentales, escalas de calificación u observaciones directas y estructuradas), se ha defendido desde presupuestos de objetividad en las estimaciones, así como un procedimiento de validación social de los resultados terapéuticos. De hecho, la entrada de las técnicas de observación apoyadas por el análisis funcional y su búsqueda de operacionismo radical suponían, entre otras cosas, que el observador externo estaba sometido a menos presiones y, por ello, reflejaba un sesgo mucho menor en sus apreciaciones que el cliente o el terapeuta. Se defendió una suerte de "introspección de organismo vacío" (observador), asentada sobre una teoría de la percepción externa como reflejo no distorsionado de la realidad (y, a la vez, una percepción interna absolutamente distorsionante). Desgraciadamente, tales presupuestos han mostrado reiteradamente su inviabilidad; el "observador", sea este interno o externo, surge de sus sesgos, del impacto de lo situacional frente a lo más invariante, de intereses y expectativas distorsionantes y, en definitiva, "objetividad" no significa reflejo de la realidad sino construcción-elaboración con trastable, lo que implicaría la aceptación de distintas objetividades acerca de un mismo fenómeno, con lo que lo único "objetivo-absoluto" sería su negación.

El último tipo de criterios que apuntamos más arriba se refiere a *tests objetivos y de laboratorio*. En la medida en que se vayan desarrollando teorías y modelos teóricos que posibiliten predicciones precisas respecto a relaciones entre variables (tanto psicológicas como fisiológicas y entre unas y otras), para condiciones funcionales anómalas y normales, la realización de tests de laboratorio y el análisis de sus puntuaciones normativas resulta de importancia capital. Uno de los indicadores de inmadurez de la psicopatología y clínica experimentales es, precisamente, el de la carencia de tests objetivos, fiables y con gran valor predictivo acerca de reacciones tanto normales como sus contrapartidas anormales. El desarrollo de estos tests pasa no solamente por un pormenorizado estudio de los parámetros y variables que rigen los procesos sino, además, por el desarrollo de una psicología diferencial más adecuada al estudio del individuo, con el subsiguiente desarrollo de los procedimientos de medida y elaboración estadística al respecto.

Esta rápida revisión de los criterios, procedimientos de valoración y problemas con ellos aparejados, no ha pretendido dar una impresión de nulidad, de que nada serio se puede hacer. Antes bien, lo visto en el presente epígrafe, creemos que lleva a las siguientes conclusiones: a) no existe ningún procedimiento (ni escuela de pensamiento psicológico) que pueda dar, por sí mismo, una respuesta satisfactoria a la cuestión sobre la eficacia y valor diferencial de las técnicas y modelos terapéuticos. Los resultados alcanzados con distintas técnicas de valoración parecen

ser, altamente específicos y no fácilmente generalizables (Pelechano, Báguena, Botella y Roldán, 1983); b) no existe ningún procedimiento que no tenga problemas en su aplicación; todos los procedimientos son imperfectos si bien unos (las técnicas proyectivas) lo son más que otros, debido a su carencia de apoyo científico y controles para su contrastación; c) el objetivo terapéutico a lograr determina, en parte, el tipo de criterio de valoración así como los procedimientos de medida más adecuados (no tiene sentido, por ejemplo, utilizar el criterio de informe de personas significativas como fuente primaria de datos si el objetivo terapéutico consiste en la eliminación de conflictos inconscientes con un modelo intrapsíquico); d) cada tipo de procedimiento se dirige a áreas de funcionamiento específicas, por lo que la evaluación de los objetivos y efectos principales y de los secundarios exigirían la gestación de instrumentación adecuada que se ordenara a lo largo de un eje de cercanía-lejanía teórica de efectos, lo que se ha hecho en alguna ocasión con resultados sugerentes (Pelechano, 1979) y e) en ausencia de un procedimiento perfecto, mejor la utilización de dos tipos de procedimientos y criterios que de uno; y de tres mejor que de dos.

4.2. Algunos tópicos y flecos relevantes

a) La importancia de *factores diferenciales dentro de la valoración de la eficacia terapéutica* ha sido denunciada hace ya más de 20 años por Kiesler (1966, 1973) bajo el nombre de "mitos de la psicoterapia" o supuestos difícilmente justificables en la praxis investigadora. El primero es de la 'uniformidad de los clientes' (se supone que los clientes son similares entre sí al comienzo de la terapia, debido a la etiqueta diagnóstica o tipo de problema que sirve como homogeneización); el segundo es el mito de la 'uniformidad del terapeuta' (todos los terapeutas de la misma orientación ofrecen el mismo tratamiento a todos los clientes con el mismo diagnóstico); el tercero es el mito de la 'monolinealidad de los resultados terapéuticos' (los resultados terapéuticos para cada cliente presentan una relación muy alta entre sí, por lo que podría hablarse de un solo resultado o resultados en una sola dirección). La adscripción a estos tres mitos ha dificultado el desarrollo y realización de estudios científicamente adecuados.

Ocurre, además, que pese a la importancia que teóricamente posee la personalidad para la comprensión de la psicopatología y de la recuperación terapéutica, la verdad es que empíricamente, tanto a nivel de clínica individual como de campañas de salud mental, la evidencia encontrada va de escasa a nula por lo que se refiere a *personalidad y eficacia terapéutica* (pacientes y terapeutas) en la bibliografía americana (Rappaport, 1977). La verdad, sin embargo, es que tanto a nivel de análisis racional como de relaciones empíricas, no solamente es posible sino que resulta

importante la toma en consideración de factores de personalidad y motivacionales a la hora de explicar la aceptación social de la integración de marginados (Pelechano et al., 1985b), la participación en campañas de salud mental (Pelechano et. al., 1985a, 1986) y el pronóstico de éxito terapéutico en padres que actúan como coterapeutas de sus hijos (Pelechano et. al., 1985b). Creemos que estos resultados demuestran primariamente que al integrar una metodología dura de diferencial en la clínica, los resultados son mucho mejores que los alcanzados hasta el momento y nos tememos que es la ignorancia, más que la falta de utilidad, la que explica el estado actual de hechos.

a) El estudio de la eficacia terapéutica y de los *efectos indeseables o iatrogénicos* de las terapias psicológicas no se ha hecho de modo sistemático por razones que parecen fácilmente comprensibles. Sin embargo se han observado fenómenos tales como los siguientes: empeoramiento de los síntomas del cliente (por los cuales se comenzó el tratamiento), aparición de nuevos problemas que no existían antes de comenzar el tratamiento, mala utilización o abuso terapéutico por parte del cliente y pérdida de confianza en el terapeuta o en el proceso terapéutico. Algunos de estos efectos son esperables aunque no existe, repetimos, un conocimiento sistemático de ellos (por ejemplo, el empeoramiento del estado usual en un cliente al comenzar con un tratamiento restrictivo de recompensas, la aparición de problemas dispares a lo largo del tratamiento en el caso de estados de ansiedad flotante) lo que no deja de ser un estadio primitivo en el conocimiento de la psicopatología y de los procesos terapéuticos, que debería ser subsanado.

Hadley y Strupp (1976) llevaron a cabo un estudio en el que se pidió la colaboración de los más famosos terapeutas de Estados Unidos para que expresaran por escrito su opinión acerca de los factores que eran responsables de la aparición de efectos negativos. Aunque las respuestas fueron muy variadas, resulta importante reseñar que existía un acuerdo mayor sobre algunos aspectos entre los que resaltamos los siguientes: (i) evaluación previa inadecuada o deficiente; (ii) juicio clínico pobre por parte del terapeuta; (iii) aplicación incorrecta de los principios terapéuticos; (iv) problemas en la relación cliente-terapeuta; (v) expectativas falsas y muy altas respecto a la eficacia de la terapia; (vi) terapia intensa y frecuente; (vii) fomento de una hiperdependencia en la terapia para el logro del éxito. Creemos que estos factores no son muy distintos de los que están actuando en España y, en todo caso, bien merecería la pena la realización de un estudio de validación cruzada sobre ellos.

c) Un tercer tipo de problema tiene que ver con los *abandonos tempranos de la terapia por parte de los clientes*. Se trata de un tipo de cuestión especialmente candente a la hora de llevar a ca-

bo estudios sobre validez diferencial de modelos, técnicas y/o procedimientos terapéuticos. Realmente, no siempre el abandono temprano debería ser interpretado como efecto negativo puesto que muchos de estos clientes pueden haberse beneficiado durante las primeras sesiones. Baekeland y Lundwall (1975) aislaron tres tipos de *predictores del abandono temprano que se encontraban presentes en, prácticamente todos los estudios publicados* al respecto: clientes socialmente aislados o no afiliados a sociedades o grupos; terapeutas etnocéntricos que no eran partidarios, además, del uso de medicación, introvertidos y que se conducen de modo poco profesional con los clientes (cancelación de citas, carencia de instrucciones claras respecto a planes y acciones diarias); existencia de disparidad notoria entre cliente y terapeuta sobre expectativa de éxito terapéutico. en un 75% o más de los estudios revisados se encontraron factores del cliente determinantes de abandono temprano tales como adicción a drogas, personalidad agresiva-pasiva, independencia acusada, motivación baja, 'dureza' psicológica, sociopatía y patología en el sistema familiar. Tan solo en la mitad de los estudios revisados tenían poder predictivo de abandono temprano las siguientes variables del cliente: edad, sexo, estabilidad social y nivel socioeconómico.

d) Otro punto de interés se refiere a la *terminación de la terapia*. En una situación ideal, la terminación exige un proceso deliberativo conjunto de cliente y terapeuta, que comienza algunas semanas antes de la terminación real del tratamiento. Debe reservarse, al menos una sesión, para tratar tres puntos relevantes: relación con el terapeuta después de terminar las sesiones, estrategias de mantenimiento y nuevos contactos en caso de nuevas crisis.

La terminación de las sesiones, pese al éxito terapéutico, puede ir acompañada de sentimientos contrapuestos de miedo y rabia por parte del cliente, que deben ser explorados tanto para ayudar a que el cliente se enfrente con la responsabilidad de controlar su vida de modo independiente, como para asegurar a los clientes que el terapeuta podría volver a ocuparse de ellos. Se le debe pedir al cliente, además, que anticipe, en estas sesiones finales, alguno de los problemas con los que se va a encontrar en el futuro y plantear, asimismo, modos alternativos de solución para estos problemas; algunos terapeutas piden a sus clientes incluso que "revivan" algunos de los problemas ya superados con el fin de fomentar la autoconfianza y la idea de que son problemas solucionables y no catástrofes incontrolables.

e) Finalmente, deberíamos tener datos claros respecto al curso 'natural' de los problemas a tratar, datos epidemiológicos fiables y, en fin, modelos claros, contrastables y diferenciados para cada población de los procesos de generalización y consolidación de los logros terapéuticos, temática que se encuentra en un

estadio muy rudimentario de desarrollo científico y sin la cual la realización de tratamientos y rehabilitaciones con éxitos es más arte que ciencia.

6. CONSIDERACION PSICOSOCIAL DE LA REHABILITACION

Tal y como se presentó al comienzo, la tercera acepción que posee el término "rehabilitación" se refiere al mundo social y, más propiamente, psicosocial de la conducta humana, al mundo de las relaciones personales. Rehabilitar significa, desde este punto de vista, recuperar los signos y distintivos sociales que existían en un momento anterior, tales como papel, estatus, nivel socioeconómico, consideración por parte de los demás, aspectos sociolaborales, etc. En esta acepción del término 'rehabilitación' se ve, con mucha más claridad que en las dos anteriores, las inadecuaciones que caracterizan las interpretaciones y significaciones provenientes del modelo médico tradicional, tanto a nivel de comprensión de los fenómenos que abarca, como de los modos de actuación más eficaces. En esta acepción además, el tipo de problemas a los que se refiere son de solución aún más difícil y, la verdad es que no existen soluciones satisfactorias en nuestros días. En esta acepción, finalmente, se considera que la génesis de los problemas es, básicamente social; que esta capacidad generadora de problemas es casi un elemento esencial de la sociedad contemporánea (Nietzel et. al., 1977) y que por la estructura y dinámica social vigente no es posible eliminar los problemas creados. O dicho de otra manera: no existe solución satisfactoria, para muchos autores a los problemas de los marginados sociales debido a que es la sociedad contemporánea misma la que genera y mantiene estos problemas.

6.1. La psicología comunitaria como una alternativa sin compromiso de escuelas

Desde su nacimiento oficial en Boston, en 1965, la psicología comunitaria ha sido la especialidad psicológica que ha dedicado y está dedicando mayor volumen de esfuerzo y publicaciones a la comprensión y la intervención con poblaciones marginales. Se entiende aquí por 'comunidad' a todo grupo humano que tiene conciencia más o menos difusa de su propia entidad y existencia (Rappaport, 1977). Frente a la insistencia de la psicología clínica en el estudio del caso individual (responsabilizando, en cierto modo, a los contextos individuales, bien sea a la persona o bien sea al ambiente, de la existencia de los problemas) y frente al movimiento de salud mental en el que se defiende un único patrón de intervención y de integración social, la psicología comunitaria defiende la promoción y desarrollo de una pluralidad de sistemas sociales alternativos, de una promoción de distintos modos de 'ser normal' y, por lo mismo, de una diversidad cultural (relativismo cultural). Ha propuesto desde hace ya casi diez años,

soluciones más o menos radicales para los problemas de marginación social que van desde el cierre de las instituciones manicomiales y de la mayoría de cárceles hasta la creación de sistemas sociales paralelos dentro de Estados Unidos. En todos los análisis y propuestas se encuentran presentes algunas notas características: (i) orientación al problema a resolver, más que a una adscripción de escuela, puesto que, hoy por hoy, no existe escuela de pensamiento psicológico que ofrezca un modelo unívoco y coherente para el análisis y solución de todos los problemas humanos desde los individuales hasta los propios del funcionamiento institucional. En este sentido, los psicólogos comunitarios estarían caracterizados, a nivel profesional, no por su adscripción a uno u otro modelo, sino por su compromiso de actuación en una u otra parcela (delincuencia, dependencia de drogas, tercera edad o sistemas educativos, por poner ejemplos paradigmáticos); (ii) utilización predominante de modos de análisis e intervención contextuales, en los que son las interacciones entre contextos (físicos y sociales) y personas marginadas, las que explican la existencia de los problemas y, por tanto, sobre las que hay que actuar para encontrar su solución; (iii) distinción de niveles de análisis (individual, de grupo, organizacional o institucional) para cada tipo de problemas, con intervenciones diversificadas según el tipo de intervención y nivel al que haya que actuar; (iv) aceptación de la diversidad y la tolerancia dentro de esta diversidad y (v) búsqueda de propuestas distintas de funcionamiento personal y social a las actualmente existentes.

La psicología comunitaria, pues, representa mas bien una sensibilidad para pensar e intervenir, que una escuela de pensamiento psicológico. Se trata de una psicología en la que se parte de la asunción de sistema de valores en las profesiones de ayuda, de búsqueda de nuevos modelos psicosociales, estudia directamente las conductas relevantes allí donde estas conductas se presentan (y no en el laboratorio) y, eso sí, procura, objetivar sus modos de actuación con la mejor metodología científica que sea capaz en cada caso, sin sacrificar la ayuda a los requisitos de una metodología cientista y justificacionista en la que lo principal sea el 'control' de las variables y, lo secundario, la solución de los problemas.

6.2. Una ilustración pertinente

Limitaciones de espacio impiden mostrar el modo de pensar concreto de la psicología comunitaria en cuanto a la rehabilitación de marginados sociales. El lector interesado puede acudir a las monografías de Rappaport (1977) y de Nietzel et. al., (1977) que son buenas introducciones al tema. La primera como manual de iniciación, la segunda como revisión seria y especialmente crítica de los acercamientos comportamentales en temas tan relevantes para la rehabilitación social como delincuencia (juvenil y de adul-

tos), alcoholismo, dependencia de drogas, pacientes manicomiales, tercera edad y desempleo. Elegimos, para una presentación sincopada, un tema de gran interés social: dependencia de drogas.

Como en otros campos de la psicología, la importancia del tema no va acompañada por una bibliografía correspondientemente voluminosa y sistemática y el reciente trabajo de Comas (1985) en España, puede ser considerado poco más que como una suerte de análisis de conciencia y recuento de desventuras en este país. La bibliografía extranjera resulta aplicable de modo problemático aunque no tenemos mucho más. En todo lo que sigue, se supone un nivel de análisis en el que se entiende la dependencia de drogas como un patrón comportamental complejo, que forma parte integrante de una cultura; prescindimos de los problemas correspondientes a tratamiento directo bien sea a nivel individual o colectivo (Cfr. para una revisión al respecto, Pelechano et. al., 1982). Somos conscientes que se trata de un mundo muy complejo en el que las generalizaciones como las que siguen a continuación resultan especialmente peligrosas si se entresacan del presente contexto (y aun dentro de él).

Comenzaremos con la presentación de un panorama general de las principales "verdades" entresacadas de los años sesenta en Estados Unidos (Hesse, 1974) y que creemos, podrían aplicarse en buena cuenta a España: (i) La verdad es que no existe un 'adicto general' sino una gran diversidad de personas que utilizan drogas lícitas e ilícitas (usuarios incidentales, habituales, dependientes y adictos), que se diferencian entre sí por edad, base étnica, características sociales y características psicológicas; (ii) La verdad es que mientras que en los medios de comunicación se acentúa la existencia de adictos callejeros y la existencia de una diversidad de culturas de drogas entre los jóvenes, no se debe olvidar que el número de adictos aumenta progresivamente entre altos cargos ejecutivos, directivos y mandos intermedios, vendedores y, en general, en trabajadores de cuello blanco y amas de casa; (iii) La verdad es que, al igual que ocurre en las epidemias y crisis sociales, la adicción se presenta en personas que 'no responden' a un 'tratamiento preventivo' (socialización estándar) o de intervención en crisis, lo que hace suponer la necesidad de tipos de ayuda a largo plazo para aquellas personas que no responden a los 'tratamientos conocidos'; (iv) La verdad es que hace unos diez años en Estados Unidos (y creemos, hace menos en España) el universo de las adicciones estaba representado por el heroínómano de personalidad pasiva y dependiente, con una hiperrepresentación de residentes de ghettos; en la actualidad, el usuario tiende a ser más joven, más inclinado a asumir riesgos y tiende a ser poliadicto; (v) La verdad es que el primitivo 'adicto escapista' de la realidad tiende a ser sustituido, progresivamente, por la persona que hace un uso indebido de droga para adaptarse y ser más eficaz; también por otras personas que intentan

evadirse de la realidad aunque en menor cuantía y, asimismo, por un tercer grupo que consumen indebidamente drogas como actividad lúdica y recreativa; (vi) La verdad es que las naciones en vías de desarrollo tienden a presentar problemas de adicción a narcóticos, toda vez que las naciones industrializadas experimentan una o más formas de adicción, primariamente no narcóticos. O, dicho con otras palabras, existe una dinámica, de adicciones y no una desaparición de las mismas aparejadas con la industrialización; (vii) La verdad es que, no obstante lo que acaba de ser dicho, ocurre que no existe una adicción pandémica mundial a los narcóticos, aunque pueden darse 'epidemias nacionales'; (viii) La verdad es que las motivaciones para el uso, preferencia, extensión de uso y abuso, efectos de las distintas drogas, respuestas a tratamientos y voluntad para seguir con un programa de tratamiento, varían de usuario a usuario, de comunidad en comunidad y de nación a nación. Este patrón puede alterarse por el humor, con texto, ambiente, estado fisiológico y psicológico del usuario, dosis, calidad de la droga y accesibilidad de adquisición; (ix) La verdad es que la mayoría de drogas consumidas por la mayoría de usuarios, son sustancias psicotrópicas legales y, hasta hace poco tiempo, sin un control especial sobre ellas; (x) La verdad es que hemos fracasado como gobiernos, como sociedades, como profesionales y como individuos en diseñar y poner en práctica estrategias preventivas eficaces; (xi) La verdad es que no existen líderes eficaces a nivel político, moral o espiritual, que sean capaces de contrarrestar la atracción que ejercen sobre los ciudadanos las drogas ilegales y, a la vez, oferten metas y estilos de vida antitéticos con la adicción; (xii) La verdad es que falta una política coherente respecto al uso y abuso de drogas. Esta política debería ser social y proyectar estrategias de intervención en un contexto básicamente social y no gubernamental; (xiii) La verdad es que se tiende a fomentar una estrategia preventiva más que estrategias de tratamiento, desgraciadamente, con escasos controles y con un escaso éxito y (xiv) La última verdad es que falta un consenso pleno entre las fuerzas sociales, profesionales y gubernamentales. Cada una de ellas ha hecho, sin contar con las demás, lo que le ha parecido mejor y la respuesta que han dado, cada una de modo aislado ante el problema de la adicción, ha sido más refleja que racional, más intuitiva que pensada y asentada más en una base emocional que en los resultados científicos. Este fenómeno de 'insolidaridad' no parece ser un fenómeno específico en el tema de la adicción sino que parece, más bien, un síntoma claro de formación y cambio de valores sociales.

Ante este estado de hechos, difícilmente pueda hablarse de programas de rehabilitación que hayan tenido éxito. Ni siquiera cabe hablar de programas de aplicación inmediata que puedan ensayarse con cierta garantía de éxito: consenso, creación de nuevos sistemas de valores (o recuperación de algunos antiguos), estudio del peso diferencial que tienen los determinantes de consumo y absti-

nencia y diversificación de ofertas de tratamiento y preventivas, se ofrecen como posibles vías de acercamiento a una solución que, todavía en nuestros días se ve lejana. En la bibliografía (Pelechano et. al., 1982) abundan los estudios de caso y son muy escasos todavía los estudios de seguimiento y estudios sistemáticos acerca de validación diferencial de los modelos propuestos.

Vaillant (1981) revisó los trabajos de seguimiento en adicción a narcóticos en Estados Unidos y el porcentaje de recuperación a los cinco años oscila entre 22 y 44. Cuando el período se alarga a 10 años, de los tres trabajos publicados el porcentaje oscila entre el 37 y 52. Aisló, además, una serie de variables que no tenían relación alguna con el éxito terapéutico: admisión voluntaria a la desintoxicación, adicción primaria a la heroína, hogar familiar roto antes de los 16 años, estudios de escolarización obligatoria, constatación de conducta antisocial antes de la adicción, historia familiar conocida de adicción, historia familiar conocida de delincuencia e historia familiar conocida de alcoholismo. La importancia de estas variables estriba en que la mayoría de ellas resultan con valor pronóstico considerable a la hora de entender la aparición de conductas de adicción y que, sin embargo, pese a su 'poder precipitante' no desempeñan un papel relevante a la hora de determinar la 'salida' de la adicción. Existen, sin embargo, unas variables que poseen un valor diferencial claro a la hora de pronóstico favorable: nivel cultural alto (preferible universitario), servicio militar cumplido, haber tenido más de cuatro años de empleo antes del comienzo del tratamiento y no haber tomado opiáceos antes de los 21 años. Las cuatro variables, además, que presentaban un mayor poder predictivo de 'éxito' fueron las siguientes: existencia de supervisión cercana no familiar, participación en terapia sustitutiva, existencia de una nueva relación personal significativa y abandono de domicilio del área en la que el uso de la droga parecía endémico.

Quedan por apuntar algunas ideas, reflexiones y resultados correspondientes a aspectos epidemiológicos y determinantes de la iniciación (sobre los que poder montar ideas para un programa preventivo). Estos estudios han utilizado como metodología de estudio la encuesta (con sus ventajas de economía pero, asimismo, con sus múltiples inconvenientes). Louria (1977) y la Dirección General de la Juventud (1981) en Estados Unidos y en España, respectivamente, han publicado resultados al respecto. En los dos casos parece que las variables comprometidas con la presión de grupo (curiosidad, expectativa, compromiso con grupos activistas) son las determinantes de la iniciación en el consumo de drogas de modo más intenso que todo el resto (en este resto hay que incluir problemas en la atmósfera familiar, uso paterno regular de depresores del sistema nervioso central, consumo paterno de tabaco o alcohol excesivo, etc.), el segundo tipo de determinante parece ser la búsqueda de placer y el tercero, en estrecha conexión con

el anterior, la curiosidad o búsqueda de nuevas sensaciones. Resulta interesante hacer notar que con estos factores de riesgo inventariados se lograría identificar, en el mejor de los casos, a la mitad aproximadamente de los nuevos consumidores. Sin embargo, estos predictores carecen de valor para diferenciar a distintos grupos de consumidores entre sí, resultados que sugerirían dos cosas: por un lado, que las estrategias de prevención y las estrategias de tratamiento a utilizar parecen ser distintas y, por otro lado, que muchas personas que presentan una evolución normal y sin problemas graves en sus relaciones personales son consumidores de droga, aunque no adictos.

Los resultados que hemos presentado apuntan hacia unas normas generales de actuación en el caso de la rehabilitación de adictos a drogas: en primer lugar, no se trata de un único tipo de ser humano perteneciente a un muy específico y determinado modo de ser personal ni de nivel socioeconómico, lo que exige la oferta de acciones altamente diversificadas. En segundo lugar, la imagen tan presente en los medios de comunicación del adicto-delincuente violento no parece encontrarse en los resultados publicados como el caso más frecuente. En tercer lugar, el problema de la adicción parece encontrarse inmerso en el de la crisis de valores y estilo de vida propios de la sociedad occidental. En cuarto lugar, todo ello exigiría la realización de esfuerzos imaginativos que permitieran la gestación de estilos de vida alternativos y no perniciosos para la salud individual y colectiva de la comunidad. En quinto lugar, a la hora de lograr la reinserción social, no parece que la familia desempeñe un papel definitivo, lo que sugeriría la necesidad por generar servicios de apoyo y asistenciales, así como de supervisión al margen de la atmósfera familiar. En sexto lugar, el cambio material del ambiente (vivienda) parece que resulta una variable a tener en cuenta, así como la participación en más de un tipo de acercamiento terapéutico (aquí, además, parece que la combinación entre droga sustitutiva y acercamientos comportamentales parecen una vía prometedora). Todo ello, obviamente, no implica que tengamos solución para el problema de la adicción, sino una llamada de atención hacia criterios y modos de actuación posibles dentro de los programas concretos. Parece claro que solamente la desintoxicación y un escaso número de sesiones de terapias intensivas no resuelve el problema de la toxicomanía.

6.3. Un apunte acerca de posibles valores a fomentar en programas psicosociales de rehabilitación

Una de las características importantes en los distintos movimientos teóricos y programas psicológicos desde los años setenta ha sido la toma de conciencia que la actividad científica aplicada lleva consigo, necesariamente, un sistema de valores (Moos e Insel, 1974; Pelechano, 1979, 1980; Rappaport, 1977; Willems,

1977), hasta el punto que existen posturas que son definidas por sus creadores como una mixtura de ética y práctica profesional, que va más allá de la explicitación de los valores que guían los programas de intervención y se encamina hacia el fomento de unos sistemas axiológicos personales y sociales. Somos conscientes de que se trata de un campo resbaladizo para el que los psicólogos no han sido preparados especialmente. Sin embargo, creemos que bien merece la pena, sin afán de polemizar, apuntar los tipos de valores comunes que exponen los profesionales que tratan este tema, con el fin de que sirvan como punto de reflexión para trabajos posteriores.

Sin hacer una grave traición a la verdad puede decirse que existen cuatro líneas generales de promoción de valores: la competencia individual, el sentido psicológico de comunidad, el desarrollo de comunidades competentes y la diversidad cultural (Jeger y Slotnick, 1982).

a) *La competencia individual.* De larga tradición en la psicología, la idea de promoción personal se encuentra presente en acercamientos contemporáneos bien distintos entre sí: la noción de competencia y adaptación de White (1959, 1974), la especificación del objetivo básico en la ayuda personal de Krasner (1976), el modelo de competencia de Albee (1980) y el denominado 'concepto positivo de salud mental' de Lehman (1971). Todos estos autores tienen en común una consideración positiva y no negativa del bienestar personal. El bienestar personal no es tan solo la ausencia de enfermedad, malestar o sufrimiento sino que lleva consigo una promoción de elementos positivos: el objetivo a lograr consiste en potenciar las habilidades de dominio de situaciones, la capacidad para resolver de modo satisfactorio los problemas que se vayan presentando, generar personas con recursos psicológicos que les permitan no estar al albur de las contingencias ambientales. Los distintos modelos aparecen como especialidades que tienen su *leit motiv* en la consecución de estos objetivos.

El logro de esta competencia, sin embargo, resulta radicalmente insuficiente cuando se absolutiza. Esta eficacia individual debe articularse con una consideración colectiva, debe insertarse dentro de una red significativa más general que el ámbito de actuación individual: los objetivos y valores de la comunidad, puesto que, los individuos, por los modos de actuación y pensamiento que les son propios, constriñen o fomentan unos modos de actuación comunitarios (por ejemplo, existen modos diferentes de alcanzar resultados similares, del mismo modo que se pueden adquirir habilidades y conocimiento a través de escolarización tradicional, escuelas alternativas, estudio aislado o entrenamiento en tareas).

b) *El sentido psicológico de comunidad.* Originalmente definido

por Sarason (1974) como un posible modo de articulación entre el individuo y la sociedad. Escribe este autor: "La percepción de la similitud con los otros, una interdependencia reconocida con los demás, una voluntad de mantener esta interdependencia dando o haciendo por los otros lo que uno espera de ellos, el sentimiento de que uno es parte de una estructura más amplia estable y dependiente, éstos son algunos de los ingredientes del sentido psicológico de comunidad" (op. cit., p. 157). Este mismo autor añade otras notas a tener en cuenta: intimidad, utilidad, diversidad y pertenencia dentro de un entramado de relaciones diarias y cotidianas y sentido de reciprocidad.

Este sentido psicológico de la comunidad no es un estado fijado ni un rasgo personal invariante; antes bien, se trata de una experiencia dinámica en la que existen tensiones y amenazas entre las que hay que contar las siguientes: b.1.) en muchas ocasiones los acuerdos sobre los valores de los programas no se traducen en acciones concretas debido a la falta de mecanismos encargados de eliminar los desacuerdos; b.2.) muchos contextos diseñados para ofrecer servicios de ayuda resultan devorados por una especie de 'ética de producción' (reclutar, incesantemente, más 'clientes' como índice de éxito y satisfacción sociopolítica, hasta el punto que los índices de productividad se aplican como argumento justificativo de la existencia de servicios asistenciales); b.3.) el 'profesionalismo' o tendencia presente en la mayoría de los centros jóvenes a definir los problemas humanos en términos exclusivamente profesionales, lo que acarrea un desajuste entre un nuevo servicio y los servicios ya existentes; b.4.) falta de coordinación entre los servicios existentes o entre éstos y el resto de la comunidad de la que fomran parte y b.5.) hipervaloración de los objetivos individuales o de la comunidad a expensas, unos de otros, sin reconocer su complementariedad.

El internamiento, aislamiento y la localización, sin más, de las personas, en clases especiales, llevan consigo un deterioro, cuando no una destrucción, del sentido psicológico de la comunidad, tanto para los internos como para sus cuidadores (Sarason, 1974). A la vez, este valor llama la atención sobre una serie de factores no exclusivamente psicológicos, que necesitan ser tomados en consideración, tales como el cambio en el diseño de las ciudades (por ejemplo, la conversión de las calles en autopistas rápidas, ha contribuido a romper la idea de vecindario, de relaciones personales cara a cara y el sentido psicológico de comunidad).

c) *El desarrollo de la comunidad competente.* El logro de un sentido psicológico de la comunidad, es compatible con la 'comunidad competente'. La impotencia de las personas a rehabilitar en conseguir sus objetivos, no se debe tan solo a la pobreza de recursos a nivel individual, sino también se debe a una estructu-

ra empobrecida de oportunidades (trabajo, roles, bienes sociales). El desarrollo de comunidades competentes, para Iscoe (1974) exige que las comunidades promuevan la participación de los ciudadanos en la toma de decisiones. Tan solo mediante la participación es posible influir sobre los servicios que ofrece esta comunidad y, en general, sobre la dinámica y la estructura social. Esta idea de participación, junto con la de incremento en la oferta de oportunidades sugiere que el concepto de 'repertorio comportamental' individual del conductismo debería complementarse con el del 'repertorio ambiental' propio de su análisis comunitario.

d) Mantenimiento de la diversidad cultural. A un nivel de análisis individual, la diversidad cultural debería mantenerse por cuanto que ello lleva consigo una mayor oferta de posibilidades de enriquecimiento personal y, a nivel comunitario, la oferta de una variedad de culturas representa la oferta de un rango de ambientes con distinta facilidad para integrar a individuos y, por lo mismo, se ofrece una mayor cantidad de oportunidades.

Bien entendido, por lo demás, que el mantenimiento de una diversidad cultural, supone aceptar el hecho de que existen diferencias individuales y culturales, y que estas diferencias son, no solamente tolerables, sino deseables.

Un modo de actuación que lleva a la promoción de la diversidad cultural es el fortalecimiento de lo que Berger y Neuhaus (1977) denominan 'estructuras mediacionales' o instituciones situadas entre la vida privada y las instituciones públicas (vecindario, familia, religión, asociaciones voluntarias, clubs). Para estos autores, los programas de acción social no deben disminuir, sino potenciar estas estructuras mediacionales. Así, por ejemplo, en el caso de la familia, el estado no debe asumir las funciones de aquélla, sino aprovecharlas, reorientando su dinámica (por ejemplo, reconocimiento de los derechos de los hijos) o, en el caso de la educación, ofrecer créditos a cargo del estado para que los padres elijan el tipo de centro que consideren más adecuado para sus necesidades en lugar de ofrecer un modelo monolítico de acción educativa-estatal.

7. UNA NOTA TERMINAL

El panorama de ideas y sugerencias que anteceden no agotan el campo de lo que debe cubrir 'rehabilitación' ni de las acciones que puede realizar el psicólogo en este campo. Representa, más bien, una selección (todo lo sesgada que se quiera) de problemas, temas y modos de actuación representativos y/o ilustrativos del campo. 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 de

las distintas acepciones que posee la expresión dentro de la psicología. Realmente, el psicólogo que trabaje en el mundo de la rehabilitación debería conocer, lo más profundamente que le fuera posible, el área de conocimiento más "cercana" al campo de aplicación y, con una sensibilidad comunitaria, lograr implementar la eficacia de los programas y valorarlos, con el fin de poder saber lo que esta haciendo y cómo lo está haciendo. Asimismo forma parte de un equipo multidisciplinar al que debe aportar tanto su experiencia metodológica como el conocimiento de procesos psicológicos y modelos funcionales lo más eficaces posible. Pero, tal y como se dijo al principio, 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 permita 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 mayor a lo que se ha pensado (y se sigue pensando) en este país por parte de los poderes públicos. Pero hace falta que, además de un modo de hablar, la psicología española se convierta como lo está haciendo en los últimos diez años, en un modo de hacer y sus obras hablen mejor que sus palabras. En ello creo que estamos comprometidos todos los que nos encontramos asistiendo a estas jornadas.

NOTAS

- (1) El estado de hechos en inglés es algo mejor, encontrándose significaciones más cercanas a nuestro campo en los diccionarios. En el Oxford Dictionary, 'rehabilitation' deriva del verbo 'rehabilitate' y la primera significación se refiere a restauración de edificios, la segunda tiene que ver con la rehabilitación-restauración social (rango, status o reputación) y la tercera se encuentra muy cercana a la psicología: "bring back (sb. who is physically disabled or delinquent) to a normal life by special treatment". En el Collins Dictionary se distinguen dos acepciones de 'rehabilitación': (a) acto o proceso de rehabilitar (lo que no explica mucho, la verdad) y (b) una significación médica: "the treatment of physical disabilities by massage, electrotherapy and exercises", que refleja una acepción física de la rehabilitación. Por lo que se refiere a rehabilitate, da tres significaciones, la primera de las cuales consideramos de gran interés: "to help (a person who is physically or mentally disabled or has just been released from prison) to readapt to society or a new job, as by vocational guidance, retraining, or therapy": la segunda acepción se refiere a restauración de estatus o rango y la tercera a restauración de reputación. No deja de resultar curioso la mayor atención a las significaciones 'sociales' de este término en los diccionarios ingleses de prestigio pese a que estos términos pueden tener sus raíces u orígenes lati-

nos y no sajones, frente a lo que ocurre en nuestro idiomas.

- (2) A nivel de metas a lograr y **desiderata** Cfr. por ejemplo, los objetivos explicativos en la División 22 de la **American Psychological Association** (Rehabilitation Psychology) en 1975: "To help create suitable environments in a single institution in a state, or in the nation as a whole, the Division needs to promote: (a) the study of the social psychological network of these units in regard to disability and deprivation, and of the interpersonal relationships and other social conditions such as laws and regulations which determine how the units work; (b) ways to improve the social-emotional relationship between handicapped and non handicapped people in order to make the relationships more competent and more enriching; and (c) the enlargement of free movement in the physical and social environments of the disabled and deprived, and the creation of greater opportunities for the satisfaction of needs"(1021).
- (3) Ilustremos esta afirmación con un ejemplo: la expresión utilizada hasta en slogans del estilo: "todo lo que me gusta, o es malo, o engorda o produce cáncer", aparte su trasfondo de **acracia pacifista**, recoge una gran verdad: la sociedad contemporánea ha sido capaz de generar placeres y deleites para el ser humano que resultan perjudiciales para ese ser humano (pese a las dimensiones hedonistas que lo caracterizan) pero no ha sido capaz, todavía, de generar alternativas de actuación saludables y placenteras. El dicho, refleja una protesta ante este estado de hechos y representa un fuerte desafío para los científicos y programadores sociales: generar estilos de vida adecuados, ecológicos y, por ende, placenteros. Estilos de vida, contextos y una estructura social que no solamente permita sino que fomente esos componentes hedónicos que caracterizan al ser humano.
- (4) Bien entendido, por lo demás, que el volumen de dedicación de los psicólogos que trabajan en rehabilitación no se distribuye por igual en todos los campos. No existen datos españoles. Los únicos datos a los que ha tenido acceso el autor se refieren a miembros de la División 22 de la APA en 1970 (Fraser, 1984): alrededor de la mitad se ocupaban en rehabilitación física, aunque casi el 50 por 100 de ellos desempeñaban funciones básicamente administrativas. Por lo que se refiere a los tipos de especialización complementaria, predomina consejo psicológico, clínica y personalidad.
- (5) Dentro de la neuropsicología deberían distinguirse, al menos, tres grandes tipos de orientaciones teóricas que llevan consigo una sensibilidad distinta a la hora de proveer recursos terapéuticos o rehabilitadores en gran medida: la neuropsicología comportamental, el paradigma teórico de Luria y el modelo de reentrenamiento cognitivo, cuya relevancia concreta para la rehabilitación han sido recientemente revisadas por Horton y Miller (1984).
- (6) Hace ya quince años, Criswell (1971) se quejaba del estado de conocimientos e investigación en el campo, conclusión que se repitió en 1976 con la revisión de Wehman. El autor de este trabajo se teme que este estado (vuelto a señalar más recientemente por Meyerton y Kerr (1979) y Fraser (1984) sea endémico para mucho tiempo.

- (7) Entendemos por medicina comportamental las distintas escuelas de pensamiento que aplican el análisis de conducta para la comprensión y/o tratamiento de alteraciones que, tradicionalmente, se entendían como exclusivamente orgánicas y que debían tener un tratamiento farmacológico o quirúrgico. Somos conscientes que existen otros tipos de opciones teóricas dentro de la medicina comportamental. Repárese, con todo, que la expresión "análisis de conducta" no necesita ser entendida desde supuestos conductistas aunque sí comportamentales y/o científicos.
- (8) Cuando la cavidad glenoidea mira hacia arriba, hacia adelante o lateralmente, como en los hombros normales, desaparece la subluxación por el acomplamiento normal del ligamento coracohumeral y la cápsula adyacente superior del ligamento glenohumeral.

BIBLIOGRAFIA

- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. EXECUTIVE COMMITTEE OF DIVISION 22: Psychology in Action: Statement of beliefs and objectives of APA Division 22 (Rehabilitation Psychology), *American Psychologist*, 1975, 30, pp. 1020-1021.
- ALBEE, C.W.: A competency model to replace the defect model. En M.S. GIBBS, J.R. LACHENMEYER y J. SIGAL (Eds.): *Community psychology: theoretical and empirical perspectives*. Gardner Press, New York, 1980.
- BAEKELAND, F. y LUNDWALL: Dropping out of treatment: A critical review *Psychological Bulletin*, 1975, 82, pp. 738-783.
- BASMAJIAN, J.V.: Motor learning and control: A working hypothesis, *Arch. Physic. Med. Rehabil.*, 1977, 58, pp. 38-41.
- BASMAJIAN, J.V.: *Muscles alive: Their functions revealed by electromiography*, 4th. edit., Williams and Wilkins, Baltimore, 1979.
- BASMAJIAN, J.V.: Stroke and rehabilitation. En J.M. FERGUSON y C.B. TAYLOR (eds.) *The comprehensive handbook of behavioral medicine*. Vol. 1. Systems intervention, MTP Press limited, Spectrum, Lancaster, 1980.
- BASMAJIAN; J.V., KUKULKA, C.G., NARAYAN; M.G. y TAKABE, B.: Biofeedback treatment of foot drop after stroke compared with standard rehabilitation technique, *Arch. Phys. Medic. Rehabil.*, 1975, 56, pp. 231-236.
- BERGER, P.L. y NEUHAUS, R.J.: *To empower people: The role of mediating structures in public policy*, American Enterprise Institute for Public Policy Research, Washington, D.C., 1977.

- BOLTON, B. (Ed.): *Handbook of measurement and evaluation in rehabilitation*, University Park Press, Baltimore, 1976.
- CASARES, J.: *Diccionario ideológico de la lengua española*, Gustavo Gili, S.A., 2ª edc., Barcelona, 1959.
- COMAS, D.: *El uso de drogas en la juventud*, Instituto de la Juventud, Ministerio de Cultura, Madrid, 1985.
- CRISWELL, J.H.: The state of art: An overview. En W.S. NEFF (Ed.) *Rehabilitation Psychology*, Washington D.C., American Psychological Association, 1971.
- DEBUSK, R.F.: *Cardiac rehabilitation: current status and future trends*. En J.M. FERGUSON y C.B. TAYLOR (Eds.): *The comprehensive handbook of behavioral medicine*, Vol. 1. MTP Press Limited, Lancaster, 1980.
- DIRECCION GENERAL DE LA JUVENTUD: *Juventud y droga en España*. Dirección General de la Juventud, 1981.
- EYSENCK, H.J.: The effects of psychotherapy, *J. Cons. Psychology*, 1952, XVI (5), pp. 319-324.
- FRASER, R.T.: An introduction to rehabilitation psychology. En C.J. GOLDEN (Ed.) *Current topics in rehabilitation psychology*, Grune & Stratton, Orlando, Florida, 1984.
- ISCOE, I.: Community psychology and the competent community, *Amer. Psychologist*, 1974, 29, pp. 607-613.
- HAMILTON, K.W.: *Counseling the handicapped in the rehabilitation process*, Ronald Press, New York, 1950.
- HADLEY, S.W. y STRUPP, H.H.: Contemporary views of negative effects in psychotherapy: An integrated account, *Archiv. Gen. Psychiatry*, 1976, 33, pp. 1291-1301
- HANKS, P., LONG, T.H. y URDANG, L.: *Collins Dictionary of the English Language*, Collins, London and Glasgow, Updated and revised edition, 1983.
- HESSE, R.F.: Drug abuse: changing perspectives in long-term social and political strategies. En P.G. BOURNE (Ed.): *Addiction*, Academic, New York, 1974.
- HORNBY, A.S., COWIE, A.P. y GIMSON, A.C.: *Oxford Advanced Learner's Dictionary of current english*, Oxford University Press, Oxford, 17th. imp., 1983.
- HORTON, A.M. y MILLER, W.G.: Brain Damage and Rehabilitation. En C.J. GOLDEN (Ed.): *Current topics in Rehabilitation Psychology*, Grune & Stattion, Orlando Florida, 1984.
- KRASNER, L.: Behavior modification: ethical issues and future trends. En H. LEITENBERG, (Ed.). *Handbook of behavioral modification and behavior therapy*,

Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New Jersey, 1976 (hay trad. española, Editorial Morata, Madrid, 1982).

- KENDALL, P.C. y WORTON-FORD, J.D.: **Clinical psychology. Scientific and professional dimensions**, John Wiley and Sons, New York, 1982.
- KIESLER, D.J.: Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm, *Psychol. Bulletin*, 1966, 65, pp. 110-136.
- KIESLER, D.J.: **The process of psychotherapy**, Aldine, Chicago, 1973.
- KIRESUK, T.J. y LUND, S.: Process and outcome measurement using Goal Attainment Scaling. En J. ZUSMAN y C.W. WURSTER (Eds.): **Program Evaluation: Alcohol, drug abuse and mental health services**, Lexington Books, Lexington, 1975.
- JEGER, A.M. y SLOTNICK, R.S.: Guiding values of behavioral-ecological interventions: The merging of ethics and practice. En A.M. JEGER y R.S. SLOTNICK (Eds.): **Community mental health and behavioral ecology. A handbook of theory, research and practice**, Plenum Press, New York, 1982.
- LEHMAN, S.: Community and psychology and community psychology, *Amer. Psychologist* 1971, 26, pp. 554-560.
- LICHT, S. (Ed.): **Stroke and its rehabilitation**, Williams and Wilkins, Baltimore, 1975.
- LOFQUIST, L.H.: Rehabilitaci3n profesional. En D.E. SILLS (Ed.) **Enciclopedia internacional de las ciencias sociales**, vol. 9., Aguilar, Madrid, 1976.
- LOURIA, D.: The epidemiology of drug abuse and drug abuse rehabilitation. En E. GLATT (Ed.): **Drug dependence**, MTP Press Limited, Lancaster, 1977.
- LUFARO, G.A.: Annual dissertation reviews: An annotated bibliography, **Rehabilitation Counselling Psychology**, 1982, 25, pp. 169-186.
- LURIA, A.R.: **Cerebro y lenguaje. La afasia traumática: s3ndromes, exploraciones y tratamiento**, Fontanella, Barcelona, 1974.
- MACDONALD, E.M. (Comp.): **Terap3utica ocupacional en rehabilitaci3n** Salvat S.A., 2ª edici3n, Barcelona, 1979.
- MCGOWAN, J.F. y PORTER, T.L.: **An introduction to the vocational rehabilitation process**. Department of Health, Education and Welfare, Washington D.C., rev. edition, 1967.
- MARKIEWICZ, W., HOUSTON, N. y DEBUSK, R.F.: Exercise testing soon after myocardial infarction, *Circulation*, 1977, 56, pp. 26-31.
- MEYERSON, L. y KERR, N.: Research strategies for meaningful rehabilitation research, **Rehabilitation Psychology**, 1979, 26, pp. 228-238.

- MINTZ, J., y KIESLER, D.J.: Individualized measures of psychotherapy outcome. En P.C. KENDALL y J.N. BUTCHER (Eds.) *Handbook of research methods in clinical psychology*, Wiley, New York, 1982.
- MOLINER, M.: *Diccionario de uso del español*, 2 vols., Gredos, Madrid, 1970.
- MOOS, R.H. e INSEL, P.M. (Eds.): *Issues in social ecology*, National Press Books, Palo Alto, 1974.
- MOSS, A.J., DECAMILLA, ., DAVIS, H. y BAYER, L.: The early posthospital phase of myocardial infarction. Prognostic stratification, *Circulation*, 1976, 54, pp. 58-64.
- NATIONAL COUNCIL ON REHABILITATION: *Symposium on the processes of rehabilitation*, The Council, New York, 1944.
- NIETZEL, M.T., WINETT, R.A. MACDONALD, M.L. y DAVIDSON, W.S.: *Behavioral Approaches to Community Psychology*, Pergamon, New York and London, 1977.
- PAUL, G.L.: *Insigth vs. desensitization in psychotherapy: An experiment in anxiety reduction*, Stanford University Press, Standford, 1966.
- PELECHANO, V.: *Apuntes de modificación de conducta*, Promolibro, Valencia, 1978.
- PELECHANO, V.: *Psicología educativa comunitaria*, Alfapplus, Valencia, 1979.
- PELECHANO, V.: *Terapia familiar comunitaria*, Alfapplus, Valencia, 1980.
- PELECHANO, V.: *Psicología de la Intervención, Análisis y Modificación de Conducta*, 1980, 6, pp. 321-346.
- PELECHANO, V., BAGUENA, M.J. y BOTELLA, C.: *Integración social de marginados*, Informe para el Ministerio del Interior, 2 vols., Mimeo, Valencia, 1982.
- PELECHANO, V., BAGUENA, M.J., BOTELLA, C. y ROLDAN, C.: *Programas de intervención en la infancia: miedos*, Alfapplus, Valencia, 1983.
- PELECHANO, V. y BOTELLA, C.: *Personalidad, motivación y rendimiento en un modelo de parámetros*, *Anál. y Modif. de Conducta*, 1985, 11, pp. 173-224.
- PELECHANO, V., DEL BARRIO, J.A., CALVO, G., DIEGO, R., GONZALEZ, M., LOPEZ-DORIGA, M.J., MEDRANO, P. y ORNILLA, I.: *Personality and participation degree in family-behavioral community programs for special education*, Paper presented at 15th. Annual Meeting of the European Association for Behaviour Therapy, Munich, 29 august-1 september, 1985a.
- PELECHANO, V., DEL BARRIO, J.A., CALVO, G., DIEGO, R., GONZALEZ, M., LOPEZ-DORIGA, M.J., MEDRANO, P. y ORNILLA, I.: *Programa comunitario de educación especial en Cantabria*, Informe correspondiente al tercer año de trabajos, Mimeo ICE de la Universidad de Santander, 1985b.

- PELECHANO, V., DEL BARRIO, J.A., CALVO, G., DIEGO, R., GONZALEZ, M., LOPEZ-DORIGA, M.J., MEDRANO, P. y ORNILLA, I.: Personalidad y motivación como determinantes de participación. El caso de la deficiencia mental, *Anál. y Modif. de Conducta*, 1986, en prensa, (vol. 12, núms. 31 y 32).
- RAPPAPORT, J.: *Community psychology*, Holt, Rinehart and Winston, New York, 1977.
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: *Diccionario de la lengua española*, 2 vols., Espasa Calpe S.A., Madrid, 1984.
- SARASON, S.B.: *The psychological sense of community. Prospects for a community psychology*, Jossey-Bass, San Francisco, 1974.
- VAILLANT, G.E.: A twelve-year follow-up of New York narcotic addicts: iv. Some characteristics and determinants of abstinence. En H. SHAFFER y M.E. DOUGLAS (Eds.). *Classic contributions in the addictions*, Bruner/Mazel, New York, 1981.
- WEBER, K.T., JANICKY, J.S., RUSSELL, R.O. y RACKLEY, C.E.: Identification of high risk subsets of acute myocardial infarction derived from the myocardial infarction research units cooperative study data bank, *Amer. J. of Cardiology*, 1978, 41, pp. 197-203.
- WEHMAN, P.: Experimental rigor in rehabilitation research: Fact or fantasy, *Journal of rehabilitation*, 1976, 43, pp. 39.
- WHITE, R.W.: Motivation reconsidered: The concept of competence, *Psychol. Review*, 1959, 66, pp. 297-333.
- WHITE, R.W.: Strategies of adaptation: An attempt of systematic description. En G.V. COELHO, D.A. HAMBURG y J.E. ADAMS (Eds.). *Coping and adaptation*, Basic Books, New York, 1974.
- WILLEMS, E.P.: Behavioral ecology. En D. STOKOLS (Ed.): *Perspectives on environment and behavior. Theory, research and action*, Plenum Press, New York, 1977.