



CENTRO UNIVERSITARIO
INDOAMERICANO

Conocer para Trascender

CENTRO UNIVERSITARIO INDOAMERICANO

Incorporado a la UNAM, Clave 8909-25

“El Proceso de Duelo en la Discapacidad Adquirida”

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

ADRIANA GARCIA RASCON

ASESOR:

LIC. MARÍA EUGENIA NICOLÍN VERA

TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉX.

2010



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Primero que nada **Gracias a Dios**, por que sino fuera por él hoy no estaría aquí.

A MIS PILARES: Lupita y Rafael

Por haberme dado todo lo que estuvo en sus manos, por su Amor, esfuerzo, apoyo y dedicación...No tengo más que decir que: **LOS AMO Y GRACIAS POR DARME LA VIDA.**

A MI COMPAÑERO DE CAMINO: Israel

Por que sin su apoyo en todos sentidos no lo pudiera haber logrado...
Por tanto que me amas, en serio doy Gracias a Dios por haberte conocido...
GRACIAS MI VIDA... TE AMO!!

A MIS MAYORES Y MEJORES BENDICIONES: Paulina y Regina

Por que son quienes me demuestran día a día lo hermoso que es vivir y
Que por ellas puedo dar, cada día, más de mi.

A MIS HERMANOS: Vanessa y Rafael

Por todo lo que me han enseñado en la vida, por que me han aguantado y me han apoyado... **GRACIAS**

A MI DIRECTORA DE TESINA: Nicolín

Por que de ella, aunque no lo crea, en toda la carrera aprendí mucho, como su fuerza, entereza, buen humor, conocimientos, experiencia... muchas cosas,
Gracias por estar aquí y apoyarme en este paso en mi vida.

A DISCOR A.C.: Pepe, Vicky, Elba, Leonel, toda la gente que la conforma,
por que todos han sido parte importante por ser como son, Gracias por el cariño que me tienen, por la lección de vida que dan día a día, por tenerme la confianza de ser parte de este reto, sencillamente por cruzarse en mi camino...
GRACIAS

A MIS PROFESORES DE TODA LA CARRERA:

Por que gracias a ellos aprendí y seguiré aprendiendo con su ejemplo y apoyo

ÍNDICE

Resumen.....	4
Introducción.....	5
Capítulo I. Discapacidad Congénita	
1.1 Definición.....	6
Capítulo 2. Discapacidad Adquirida	
2.1 Antecedentes.....	11
2.2 Definición.....	15
2.3 Tipos de discapacidad	
2.3.1 Discapacidad Motora.....	20
2.3.2 Discapacidad Auditiva.....	23
2.3.3 Discapacidad Visual.....	24
2.3.4 Discapacidad Intelectual.....	25
2.3.5 Discapacidades debidas a accidente.....	26
Capitulo 3. Proceso de Duelo	
3.1 Definición.....	28
3.2 Características del Duelo.....	31
3.3 Tipos de Duelo.....	31
3.3.1 Duelo Normal.....	33
3.3.2 Duelo Patológico.....	38
3.4 Etapas del Duelo.....	41
Capítulo 4. Psicología de la Rehabilitación	
4.1 Definición.....	65
4.2 Intervención Psicológica.....	69
Conclusiones.....	80
Bibliografía.....	82

RESUMEN

El duelo es un proceso de intenso sufrimiento psíquico que experimenta el ser humano ante la pérdida. El impacto de un evento traumático, dejará o causará estragos en la persona que lo presenta.

Lo anterior hace que surjan preguntas tales como ¿existe un duelo en la discapacidad adquirida? ¿Si son similares los duelos tanto por muerte como por discapacidad? Y ¿qué fases son las que se transcurren en la discapacidad?

El duelo en el caso de la pérdida de un familiar y por discapacidad se estudiaron a lo largo del presente trabajo, encontrándose que en ambos procesos de duelos se manejan fases similares como: Negación, Ira, Shock, Incertidumbre, Negociación, Depresión y Aceptación, así como ciertos mecanismos de defensa; lo anterior se mencionará con autores como Castro, Espina y Ortego, Bucay, Kübler Ross, Rogers, entre otros.

Palabras Claves: *Duelo, discapacidad, discapacidad adquirida, etapas del duelo; mecanismos de defensa.*

INTRODUCCIÓN

Existe un fantasma que acecha, que puede producir cambios temporales o permanentes, que puede cambiar la forma en que la gente se relaciona con el medio y al cual muchos temen que los alcance, este fantasma es conocido como **discapacidad**.

Ante la discapacidad adquirida la sociedad ha sido ciega, sorda y muda, puesto que no se cuenta con una educación de cómo tratarla y de cómo poder prevenirla.

Siendo esto así, es de suma importancia que como profesionistas conozcamos que la discapacidad hace que la persona sufra cambios radicales en donde existirán un cumulo de experiencias que pondrán a prueba la estabilidad emocional de la persona, de su familia y de las personas que lo rodean.

Este trabajo tiene como objetivo conocer el proceso de duelo por el cual transcurre la persona con discapacidad, puesto que de ello dependerá como resulte el proceso de rehabilitación y aceptación- adaptación de la persona ante la nueva vida que enfrenta; si el proceso de duelo se maneja de la mejor manera posible la persona conseguirá la independencia y la integración como persona productiva para sí misma y para la sociedad.

Capítulo I

Discapacidad Congénita

Las diversas actitudes sociales hacia las personas con deficiencias y/o discapacidades observadas a lo largo de la historia, forman parte de la cultura de atención y trato hacia este grupo de población. Estas actitudes implicaron progresos y contradicciones que oscilaron entre una postura *activa* o *positiva*, que entendió la deficiencia como fruto de causas naturales, con posibilidades de tratamiento, prevención e integración, y otra *pasiva* o *negativa*, que relacionó las deficiencias con *causas ajenas al hombre*, considerándola como una situación incontrolada, inmodificable y estrechamente relacionada con el animismo, el pecado, el demonio y el castigo de los dioses (Aguado, 1993).

Los especialistas en medicina prehistórica y paleopatología, han corroborado la existencia de diversos tipos de enfermedades y alteraciones congénitas como asimetrías óseas, gigantismo, alteraciones dentarias, enanismo, artritis y raquitismo, entre otras. Las actitudes que determinaron la atención y tratamiento de éstas y otras deficiencias se encontraron entre la medicina pretécnica y el animismo.

La medicina pretécnica, se basó en la aplicación de remedios que habían demostrado su eficacia en casos similares o bien en la experimentación de nuevos tratamientos. Con el transcurrir de la historia estas prácticas evolucionaron a formas terapéuticas más complejas, como las trepanaciones y la utilización de astillas de árbol para inmovilizar fracturas.

Por su parte, el animismo consideraba que los males eran provocados por otro tipo de poderes ajenos a la intervención humana y que por lo tanto exigían una curación espiritual (Sheerenberger, 1984, en Aguado, 1993).

Una práctica común en algunas culturas, considerada como la más extrema de rechazo hacia las personas con deficiencias, fue el infanticidio que se mantuvo vigente durante varios siglos. Se sabe que en la antigua India los niños con malformaciones eran arrojados al río Ganges, mientras que en el Código de

Manú se regulaba el infanticidio de los niños afectados de ceguera y otras enfermedades graves (Aguado, op.cit).

La sociedad griega de los siglos V al II a.C. se caracterizó por el culto a la salud y a la belleza física. Según las narraciones de Plutarco, el progenitor no estaba autorizado para criar a su hijo recién nacido, sino que debía llevarlo a un lugar donde se reunían los más ancianos de la comunidad quiénes examinaban al menor; si lo encontraban en condiciones óptimas, daban la instrucción de criarlo; pero si se trataba de niños débiles o con apariencia inusual, eran llevados a un sitio denominado Apóthetas (lugar de abandono) en el monte Taigeto (Rocha, 2001).

De manera paralela a estas actitudes pasivas o negativas, se observaron importantes avances en las formas terapéuticas que dieron paso a la medicina técnica, donde la naturaleza o *physis* fundamentó las prácticas médicas para la atención de enfermedades y deficiencias.

De la época clásica griega resalta la figura de Hipócrates, que es considerado el padre de la medicina y el primero en atribuir causas biológicas a las enfermedades, disfunciones y deficiencias. Por su parte, los romanos mostraron actitudes diversas ante la discapacidad; por un lado, practicaron el infanticidio, la mutilación para mendicidad y la compra de hombres con alteraciones físicas o deformidades, para diversión.

En el extremo opuesto, establecieron importantes medidas para la asistencia de la población necesitada como el hospedaje para enfermos, el refugio para niños abandonados y la creación del primer hospital del que se tiene noticias, la *ciudad-hospital* fundada por el obispo San Basilio, en el año 370 (Aguado, op.cit).

Es en las culturas antiguas donde se inicia el reconocimiento de la necesidad de ofrecer un trato más humano hacia las personas con discapacidad. Confucio hablaba de la responsabilidad moral, amabilidad, ayuda a los débiles; Buda promulgó principios de compasión, caridad y generosidad mientras que el

cristianismo proclamó la igualdad de todos los hombres, el amor y la atención de los más necesitados (Aguado, op.cit.).

Paradójicamente, durante la Edad Media los preceptos cristianos fueron traducidos por la iglesia, dando lugar a la tradición demonológica. La iglesia católica en la Europa occidental medieval, fue la única institución benéfica donde se practicó medicina monástica (el monje reemplazó al médico), con lo que se ven fortalecidos los diagnósticos relacionados con la posesión diabólica, principalmente entre las personas con discapacidades mentales.

San Agustín, el hombre a quien se le atribuye haber llevado el cristianismo a Inglaterra al finalizar el siglo VI, proclamó que la insuficiencia era un castigo por la caída de Adán y otros pecados (Barton, 1995, en INEGI, 2004).

En el mismo sentido, el *Malleus Maleficarum* escrito en 1487 estableció que cuando el paciente no encuentra alivio en los medicamentos, antes bien, empeora con ellos, la enfermedad es producto del demonio (Sheerenberger, 1984, en Aguado, 1993) y que los niños con deficiencias eran producto de las prácticas de brujería de sus madres (Barton, 1995, en INEGI, 2004).

Así, las personas con insuficiencias eran la prueba viviente de la existencia de Satanás y de su poder sobre los hombres; por lo que en muchos casos fueron juzgados y castigados por la inquisición.

Contrario a estas prácticas, se desarrolló una importante corriente de humanitarismo cristiano bajo el cual se crearon diversos sanatorios, hospitales y asilos. La influencia que tuvieron las civilizaciones griega y romana en la Europa medieval también se refleja en la mezcla de las culturas española y prehispánica, y se observa también en las concepciones y actitudes que actualmente tiene nuestra sociedad hacia las personas con discapacidad.

En el caso de México, el pensamiento prehispánico se instaló en mitologías desarrolladas a partir de lo sagrado y lo profano “donde el mago y sacerdote se convierte en un conocedor, capaz de administrar hierbas curativas que

combina con la fuerza de la magia, sin la cual no hay virtud en las medicinas ni en las intervenciones" (Álvarez, 1960).

Las causas de las deficiencias y las enfermedades en las comunidades prehispánicas, principalmente en la azteca, se encontraban asociadas a cuatro circunstancias: razones naturales, castigo divino, maleficios de algún enemigo y por la influencia de los astros (Álvarez, op.cit).

En la cultura náhuatl la dualidad en la explicación y tratamiento de las enfermedades y deficiencias, se manifiesta en las interpretaciones animistas fuertemente asociadas a supersticiones, así como en el desarrollo de una amplia práctica terapéutica basada en la herbolaria, que fue causa de admiración entre los conquistadores (Rocha, 2001). Por ejemplo, si alguien pasaba por encima de un niño que estuviese sentado o acostado, le quitaba la posibilidad de crecer; para remediar esto era necesario pasar nuevamente sobre el niño, pero por la parte contraria.

Los terremotos también se asociaron a problemas de crecimiento. Por eso, cuando acontecía un fenómeno de esta naturaleza, los niños eran tomados de las sienes con ambas manos y levantados en alto para que no se los llevara el temblor.

La ingravidez era un momento de especial cuidado; esta condición hacía a la mujer y a su producto más susceptibles ante algunos agentes que provocaban malformaciones; por ejemplo, cuando ocurría algún eclipse, las mujeres se protegían con una navaja de obsidiana que colocaban sobre su vientre en contacto directo con la piel; este ritual las protegía de abortos y a los menores de nacer sin labios, sin nariz o bizcos.

Las parteras se encargaban de realizar un gran número de recomendaciones a las mujeres y frecuentemente exageraban la influencia o responsabilidad de las madres en las malformaciones que eventualmente presentaban sus hijos (Rocha, op. cit).

En el siglo XIX la persona con discapacidad pasa de ser un sujeto de asistencia a ser un sujeto de estudio. Algunas prácticas fueron retomadas durante el nazismo al enviar personas con discapacidad a la cámara de gas. Así como el utilizar a “dichas personas” en experimentos científicos.

En la actualidad la discapacidad congénita ha cobrado tal importancia que tanto médicos como gobierno han establecido programas de prevención en donde la madre necesita tener cuidados antes y durante el embarazo, por lo tanto la concepción de cómo se desarrolla la discapacidad congénita ha cambiado puesto que ya no se concibe como una adquisición mágica sino como causa de situaciones orgánicas, fisiológicas que pueden provenir de la madre o al momento de nacimiento.

Sin embargo en este trabajo nos centraremos en la Discapacidad Adquirida que a continuación y a lo largo del trabajo se explicará.

Capítulo 2

Discapacidad Adquirida

2.1 Antecedentes

Referencias históricas

Gracias al estudio de los restos encontrados, se sabe, que en las primeras etapas de la humanidad, existían afecciones como acondroplasia, gigantismo, enanismo, poliomielitis, traumatismos craneoencefálicos, lesiones medulares, etc., por citar algunas enfermedades que causan discapacidades.

Se consideraba, como lo hemos mencionado, que las enfermedades y sus secuelas eran provocadas, por dioses, espíritus, o fuerzas animadas. Como forma de lucha contra ellas, se utilizaban las prácticas activas empíricas, es decir, se utilizaba un remedio que había demostrado eficacia en casos similares.

Entre las prácticas empíricas se utilizaban las trepanaciones para dar salida a los espíritus o para reducir la presión intracraneal; amputaciones (sobre todo de dedos); utilización de astillas de árbol para conseguir la reducción o consolidación de fracturas, y utilización de una pata de morueco como prótesis de miembro inferior. Estas prácticas son consideradas como medicina pretécnica.

En los enterramientos neandertales se han encontrado restos óseos con enfermedad de Paget y vertebras con osteoartritis, el grado de afectación era leve y probablemente no llegaron a incapacitar al individuo, debido a que las duras condiciones de vida de la época hicieron que muriera antes de establecerse una invalidez completa.

Junto a estas posturas de rechazo, se han encontrado muestras de afecto y cuidado para con los discapacitados. Es el caso de unos restos encontrados en Irak, que parecen demostrar que una persona con discapacidades motrices

importantes, amputación de brazo derecho, ceguera del ojo izquierdo, y lesión en la parte derecha del cráneo encontró un puesto productivo en la sociedad.

De Egipto, se tiene que existen numerosos testimonios sobre enfermedad y sus secuelas. En su arte se encuentran numerosas figuras con deformidades: enanos androplásticos, por ejemplo, o un príncipe con secuelas de poliomielitis en el miembro inferior derecho, que utiliza una especie de muleta que constituye la primera aparición de una órtesis o ayuda técnica. También procede de Egipto la mano artificial más antigua conocida, que data del año 2000 a.C. Parece ser que en la sociedad egipcia el discapacitado era una persona respetada, y algunos desempeñaron un papel muy importante.

En Palestina, en el Pentateuco, se aprecia una particular sensibilidad hacia los pobres y disminuidos, y se recomienda ayuda al ciego y al sordo. Además se describen baños de sol, y vendajes ortopédicos. No obstante, los lisiados eran excluidos del sacerdocio y los servicios del templo. Con el judaísmo el individuo empieza a cobrar importancia.

La Edad Media es una etapa en la que el trato hacia el incapacitado era ambivalente. Por un lado, comenzaron a aparecer hospitales y asilos de carácter religioso; por otro apareció la Inquisición, que se encargaba de eliminar a los seres humanos “diferentes”, molestos para la sociedad.

Tras la caída del imperio romano empiezan a surgir orfanatos, hospitales y asilos para ciegos y ancianos. Sin embargo, la medicina quedó estancada durante esta época en los campos de la fisiología, anatomía, y técnicas quirúrgicas. A consecuencia de las guerras, conquistas, cruzadas y epidemias, aumentó en gran medida el número de discapacitados, fundamentalmente físicos, que formaron una casta de mendicantes cuya única manera de subsistir era la limosna.

Con la llegada del siglo XX, los deficientes mentales, pasan a ser un gran problema social. Se habla de anormales, entre los que se incluyen deficientes mentales, ciegos y sordos.

En el caso de los accidentes laborales, se dictan leyes y normativas distintas. En 1884, el canciller Bismarck -canciller de hierro-, del Imperio Alemán, aprobó la primera ley de protección a los accidentados de la industria, que fue la base para la aprobación de futuras leyes para la compensación del accidentado laboral. En España, en 1887, aparece el asilo de Inválidos para el Trabajo, que pasa en 1922, a denominarse Instituto de Reeducción de Inválidos. Su objetivo era readaptar y reeducar profesionalmente a los obreros inválidos, y se ha conservado con diferentes denominaciones hasta nuestros días.

La Primera Guerra Mundial puso de manifiesto la grave responsabilidad del Estado frente al gran número de inválidos de guerra. Los Estados Unidos utilizaron a la población de deficientes mentales, mediante un proceso de selección, tanto en el frente de guerra como en la industria bélica y en aquellos otros trabajos que habían sido dejados por los combatientes. La marina admitía a adultos con una edad mental de 10 años, y el ejército de tierra de 8 años, todo aquel deficiente mental de comprender una instrucción sencilla en inglés, estable y con buena condición física era admitido.

La Segunda Guerra Mundial trae consigo el nacimiento del movimiento rehabilitador y de la psicología de la rehabilitación, que beneficiará especialmente a los discapacitados físicos.

Los mutilados de guerra y ex-combatientes de guerra eran atendidos en los primeros servicios de rehabilitación, cuyos objetivos eran la recuperación fisicosomática y funcional, y su reincorporación al trabajo.

Poco a poco este movimiento rehabilitador, se va extendiendo a otros discapacitados de la población: accidentados en el trabajo, y discapacitados sensoriales. Las medidas legales de apoyo se multiplican, y en 1948, la ONU, publica la Declaración Universal de los Derechos Humanos, donde se proclama la igualdad de derechos entre todas las personas, tanto sanas como con discapacidad.

Como se puede observar cada etapa va marcando diferencias hacia la discapacidad que han ayudado a comprenderla, aunque aun no existe una educación ante ella, ni una formación para que la sociedad se comience a preocupar por la rehabilitación, la ayuda terapéutica y una mayor integración sociolaboral y familiar. (Miangolarra, 2003)

2.2 Definición de Discapacidad

*El ser humano es un hombre común en
busca de un destino extraordinario.*

*La persona con discapacidad, es un ser extraordinario
en busca de un destino común.*

ANONIMO

El incremento en la atención brindada a la discapacidad ha obligado a la búsqueda de un acuerdo claro sobre el tema. Para hacer referencia a la población con discapacidad ya sea congénita o adquirida se han usado términos como el de “impedidos”, “inválidos”, “minusválidos” o “incapacitados”. Estas y otras expresiones han estado estrechamente relacionadas con actitudes sociales y culturales; no obstante, parece existir el acuerdo de que estos términos no son los más afortunados para referirse a las personas con discapacidad; Demetrio Casado (1990) plantea que adjetivos como los antes señalados, son calificativos sustantivados que, aunque pudieran parecer neutrales, presentan por lo menos tres sesgos: son términos de significado negativo, que no corresponden con las facultades y capacidades subsistentes en las personas con discapacidad; denotan perpetuidad sin conceder espacio a la rehabilitación, además de ser identificaciones que sustituyen a la persona por su circunstancia.

Señalamientos como el de Casado, han dado lugar a la búsqueda de denominaciones menos peyorativas y estigmatizadoras, que además, contribuyan al perfeccionamiento conceptual, a partir de nuevas perspectivas y formas de abordar el tema.

Los términos asociados a la discapacidad (deficiencia, disfunción, minusvalía) son el resultado de amplios desarrollos conceptuales entre los que resaltan los modelos médico y social. Ambos modelos de análisis ofrecen visiones diferentes aunque complementarias de la discapacidad.

El modelo médico se desarrolla bajo un enfoque biologicista en el que la discapacidad es considerada como un problema de la persona causado directamente por una enfermedad, trauma o estado de salud, que requiere de cuidados médicos prestados por profesionales en forma de tratamiento individual. El tratamiento de la discapacidad está encaminado a una mejor adaptación de la persona y a un cambio de conducta (SSA, 2001).

Esta perspectiva de análisis ha sido censurada entre otras cosas por considerarse que asume una presunción de inferioridad biológica o fisiológica de las personas con discapacidad, enfocándose sólo en devolver la normalidad a las personas con deficiencias, además de afirmar que los valores e interpretaciones médicas han contribuido históricamente a la construcción social de la dependencia (en Barton, 1995).

El modelo social, por su parte, considera a la discapacidad como un complejo conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el ambiente social; bajo esta perspectiva, la discapacidad es considerada como una idea socialmente construida que surge del fracaso del entorno social para ajustarse a las necesidades y las aspiraciones de los ciudadanos con carencias, más que de la incapacidad de las personas con discapacidad para adaptarse a las exigencias establecidas por la sociedad (Barton, 1995).

Una de las vertientes del enfoque social considera a la discapacidad como una forma de opresión social que se manifiesta en los entornos arquitectónicos, la idealización de la inteligencia y de la competencia social, así como en la carencia de lecturas en braille y en la incapacidad del público en general para usar el lenguaje de signos (Oliver, 1990, en Barton, 1995).

Así, el enfoque social exige la responsabilidad colectiva para hacer las modificaciones ambientales necesarias que posibiliten y permitan alcanzar la participación plena de las personas con discapacidad en todas las áreas de la vida social.

En la actualidad son dos los marcos conceptuales que definen las discapacidades: el propuesto por Nagy (1969, 1976) en el Instituto de Medicina del Comité on a National Agenda for Prevention of Disabilities (United States) (1991), y el propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1980).

El reconocimiento de la validez tanto de la perspectiva médica como de la social, ha dado origen a la realización de diversos esfuerzos que tienen como objeto integrar ambas visiones bajo un enfoque biopsicosocial. El esfuerzo más ampliamente difundido hasta el año 2000 y que sirvió de marco para el levantamiento del XII Censo General de Población y Vivienda 2000, fue el desarrollado por la OMS a través de la *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías* (CIDDDM). Esta clasificación fue publicada en 1980 e intentó facilitar la adopción de criterios comunes de trabajo y progresivamente simplificar la proliferación de denominaciones, contribuyendo también a mejorar la comunicación entre profesionales de diferentes disciplinas (Verdugo, 1998). Entre sus aportaciones más importantes, se encuentra el planteamiento de una aproximación conceptual nueva que incorpora tres niveles diferentes: deficiencia, discapacidad y minusvalía.

Deficiencia: hace referencia a las anormalidades de la estructura corporal, de la apariencia y de la función de un órgano o sistema, cualquiera que sea su causa; las deficiencias representan trastornos en el nivel del órgano (dimensión orgánica o corporal). Dentro de la experiencia de la salud, la CIDDDM la ha definido como *toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica*. Las deficiencias presentan trastornos a nivel del órgano, se identifican por ejemplo, en términos de pérdida de miembros o de sentidos, disfunciones o limitación de funciones; algunos ejemplos de deficiencia son ceguera, sordera, mudez, amputación de un miembro y retraso mental.

Discapacidad: refleja las consecuencias de la deficiencia a partir del rendimiento funcional y de la actividad del individuo; las discapacidades representan, por tanto, trastornos en el nivel de la persona (dimensión individual). Dentro de la experiencia de la salud

una discapacidad es *toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad para realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano*. Las discapacidades reflejan trastornos a nivel de la persona tales como dificultades de visión, del habla, de la audición, y de deambulaci3n, entre muchos otros. La discapacidad se define tambi3n como la exteriorizaci3n funcional de las deficiencias o limitaciones f3sicas o mentales que al relacionarse con el contexto social producen minusval3as; estas 3ltimas expresan el desfase entre las capacidades y potencialidades de la persona con discapacidad y las demandas del medio.

Minusval3a: hace referencia a las desventajas que experimenta el individuo como consecuencia de las deficiencias y discapacidades; as3 pues, las minusval3as reflejan dificultades en la interacci3n y adaptaci3n del individuo al entorno (dimensi3n social). Dentro de la experiencia de la salud, *una minusval3a es una situaci3n desventajosa para un individuo determinado, como consecuencia de una deficiencia o discapacidad, que limita o impide el desempe1o de un rol que es normal en su caso (en funci3n de su edad, sexo, factores sociales y culturales)*. Las minusval3as establecen las desventajas que experimenta el individuo como consecuencia de las deficiencias y discapacidades; en este sentido, las minusval3as reflejan una interacci3n y adaptaci3n del individuo al entorno (INEGI, et al., 2001).

Seg3n Nagy (1991, en Espina y Ortego, 2003) propuso cuatro conceptos distintos pero interrelacionados: patolog3a activa, deficiencia, limitaci3n funcional y discapacidad.

La **patolog3a activa** puede seguir debido a una infecci3n, un traumatismo, un desequilibrio metab3lico, etc.

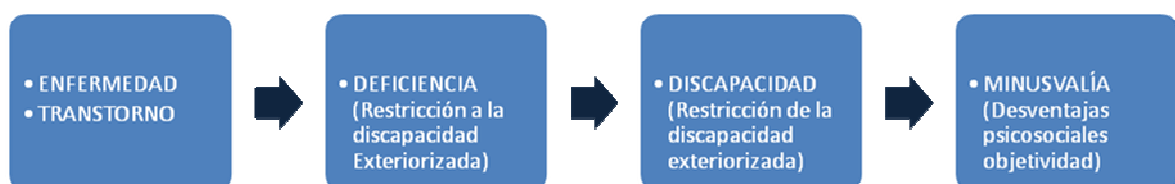
Por otro lado, la **deficiencia** indica una p3rdida o anormalidad de naturaleza anat3mica, psicol3gica, mental o emocional que conlleva **limitaciones funcionales**.

La **discapacidad**, según Nagy, hace referencia al funcionamiento social, más que al funcionamiento del organismo, ya que se refiere a una limitación para llevar a cabo los roles y actividades esperadas por el entorno físico y sociocultural del individuo.

Por otro lado, Verbruge y Jette (1994, en Espina y Ortego, op.cit.), proponen que en la actualidad la discapacidad refleja un “**vacío**” entre la persona y su entorno: “la discapacidad surge cuando hay un “vacío” entre la capacidad del sujeto y la demanda de la actividad, por lo que la discapacidad podría mitigarse bien aumentando la capacidad, bien disminuyendo la demanda”, aunque, según los autores, no se hace suficiente esfuerzo para conseguir su último objetivo. Para reducir la demanda habría que llevar a cabo modificaciones ambientales, facilitar apoyos externos y un afrontamiento psicosocial.

La definición de la OMS del término “bienestar” es general y engloba todo el universo de la vida humana, incluyendo los aspectos físicos, mentales y sociales que componen lo que se considera como tener una buena vida. Los “dominios de la salud” son un subgrupo dentro de la vida humana que indican áreas de la vida que incluimos en el concepto de “salud” (entendida como estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no simple ausencia de patología).

La Organización Mundial de la Salud (1980) realizó un serio esfuerzo por diferenciar tres conceptos claves (deficiencia, discapacidad, minusvalía) en la Clasificación Internacional de la Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, estableciendo una integración conceptual que se representa en el siguiente esquema:



Los cambios propuestos por la CIF (OMS, 2001) dejan las cosas de la siguiente manera (Departamento de Servicios Sociales, 2001):

- **Deficiencia:** Mantiene el mismo significado, es la anormalidad o pérdida de una estructura o de una función corporal. Representa la perspectiva del cuerpo respecto a la discapacidad.
- **Discapacidad:** Se reconvierte en un término genérico que incluye deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre el individuo (con una determinada condición de salud)
- **Restricción en la participación:** sustituye al término minusvalía, que no tuvo mucho éxito en su correcta utilización; en los últimos años, se ha implantado el término “exclusión” para referirse a este concepto. Son los problemas que puede experimentar un individuo para implicarse (a la hora de realizar una tarea determinada) en situaciones vitales. La presencia de la restricción en la participación vendrá determinada por la comparación de la participación de esa persona con la participación esperable de una persona sin discapacidad en esa cultura o sociedad. Representa la perspectiva de la sociedad respecto a la discapacidad.

Para Llerena Asmat (op.cit), el término de discapacidad es ser una persona que tiene una o más deficiencias, evidenciadas con la pérdida significativa de alguna o algunas de sus funciones físicas, mentales o sensoriales que implican la disminución o ausencia de capacidad para realizar una o más actividades.

2.3 Tipos de Discapacidad

2.3.1 Discapacidades Físicas (Discapacidad Motora)

Las agrupaciones clasificatorias pueden ser múltiples, en función del criterio elegido: carácter congénito VS adquirido, enfermedad VS aparato locomotor, y la etiología.

🕒 Enfermedades crónicas:

Pueden ser de origen hereditario, congénito o perinatal, adquiridas en la infancia o con posterioridad. Se pueden tratar de una enfermedad común y/o interna, o del aparato locomotor. Los autores coinciden menos a la hora de incluir aquí enfermedades crónicas como las relativas al corazón, cáncer, o incluso las de la tercera edad.

🕒 Discapacidades motrices

Predominan las secuelas de poliomielitis, las lesiones medulares (con gran cantidad de estudios sobre variables demográficas, barreras arquitectónicas, actitudes y repercusión) y las amputaciones son las dos más usuales en los hospitales. Estas tres discapacidades son sin afección cerebral, y presentan una mayor posibilidad de intervención (Aguado y Alcedo, 1990, en Espina y Ortego, 2003)

Los traumatismos craneoencefálicos (TCE) representan, junto con el SIDA, una de las causas de muerte entre las personas menores de 45 años, por orden de importancia, los accidentes de tráfico y los accidentes de trabajo son sus principales causas (Muñoz e Iruarrizaga, 1995 en Espina y Ortego, op.cit.). Se trata de lesiones producidas tanto por impacto en el cráneo como por movimientos de rotación y traslación del cerebro; la mayor parte de lesiones se producen en los polos temporales, áreas prefrontales, y lesiones axonales difusas. Se producen alteraciones de la atención, memoria, velocidad y flexibilidad del procesamiento cognitivo y déficits ejecutivos (Capruso y Levin, 1992, en Espina y Ortego, op.cit); los problemas emocionales y psicosociales generados son irritabilidad, agresividad, falta de control emocional, impulsividad, infantilismo, apatía e indiferencia.

La discapacidad motriz es una alteración del aparato motor causada por un funcionamiento deficiente del sistema nervioso central, del sistema muscular, del sistema óseo, o de una interrelación de los tres sistemas que dificulta o imposibilita la movilidad funcional de una o varias partes del cuerpo.

La clasificación según la localización topográfica del déficit tiene en cuenta el grado de afección del movimiento: la **parálisis** se refiere a un nivel comprometido, mientras que la **paresia** indica un grado ligero o una parálisis incompleta del segmento corporal afectado. Clasificación:

- Monoplejia/monoparesia: se ve afectado un solo miembro.
- Hemiplejia/hemiparesia: Afecta a un solo lado del cuerpo.
- Paraplejia/paraparesia: Afecta a las dos extremidades inferiores.
- Tetraplejia/tetraparesia: Implica a las cuatro extremidades
- Displejia. Afecta por igual a ambas partes del cuerpo.

La disfunción muscular puede dificultar o impedir de maneras diferentes que los movimientos del sujeto sean precisos, ágiles y coordinados; se pueden diferenciar tres categorías generales: espasticidad, atetosis y ataxia.

Discapacidad motora.

Trastornos Motores. Hacen referencia a las dificultades que se presentan para la organización del acto motor en el individuo, causado por un mal funcionamiento derivado de una enfermedad del sistema músculo esquelético (por ejemplo poliomielitis) o del sistema nervioso a un nivel de medula espinal (accidente).

Trastornos Neuromotores. Se refiere a una lesión en cualquiera de las zonas del encéfalo (cerebro) antes de que este finalice su desarrollo, pudiendo provocarse una alteración denominada parálisis cerebral, la cual puede afectar la función neuromuscular y sensitiva, de manera progresiva e irreversible y trae como consecuencia anomalías de la postura y el movimiento, en algunos casos puede cursar con problemas visuales, auditivos y de lenguaje en

diferentes grados e intensidades. (Secretaría del Trabajo y Previsión Social, 2002)

El XII Censo General de Población y Vivienda 2000, consideró cinco tipos de discapacidad: motriz, visual, mental, auditiva y del lenguaje, agrupando el resto de los tipos en una categoría denominada otro tipo de discapacidad. De acuerdo con esta clasificación el tipo de discapacidad más frecuente fue la motriz (45.3%), la cual agrupó las discapacidades músculo-esqueléticas y las neuromotrices. Las primeras se refieren a la dificultad que enfrenta una persona para moverse, caminar, mantener algunas posturas, así como las limitaciones en habilidades manipulativas como agarrar o sostener objetos. Las neuromotrices son aquellas que dificultan la movilidad de algún segmento corporal a consecuencia de un daño neurológico, incluyendo las secuelas de traumatismos y de algunas enfermedades como la poliomielitis, las lesiones medulares y distrofia muscular (INEGI, et al., 2001).

2.3.2 Discapacidades Sensoriales

Discapacidad auditiva.

La Hipoacusia es la disminución de la capacidad auditiva existiendo diferentes niveles de pérdida de la audición entre ellas:

- Pérdida auditiva leve, ligera o superficial.
- Pérdida auditiva media o moderada.
- Pérdida auditiva severa.
- Pérdida auditiva profunda, Anacusia o Sordera.

Las discapacidades auditivas implican la alteración de una de las vías a través de las cuales se percibe la realidad exterior, esta perturbación varía en función de las características de la pérdida auditiva. Entre las discapacidades auditivas se encuentran la sordera o anacusia y la hipoacusia, que puede atenuarse mediante la utilización de un aparato o auxiliar auditivo. Las personas sordas no distinguen los sonidos, incluso algunos de alta intensidad, lo que les dificulta establecer un código de comunicación (INEGI, op.cit). Los resultados censales,

mostraron que 16 de cada 100 personas con discapacidad tenían este tipo de problema.

Sordera: las diferencias individuales son enormes; existe una gran variedad al grado y tipo de pérdida auditiva. Si hasta ahora la deficiencia auditiva hacía referencia a los problemas interpersonales en la comunicación que ocasionaba y a su etiología, actualmente la OMS la define como la falta de percepción de los sonidos con ayuda de aparatos amplificadores.

La deficiencia auditiva suele ir relacionada con la percepción y producción del habla, pero matizando la subjetividad de cada caso. La hipoacusia de conducción o transmisión (el 5% de las sorderas) se refiere a un daño en el oído externo y medio que impide la transmisión del sonido por vía aérea. La hipoacusia de percepción, sensorial o neurosensorial (75%), también llamada hipoacusia coclear, presenta un déficit en la función de transducción del sonido en las células ciliadas; si se da una alteración en la función de la percepción de la sensación sonora a nivel del SNC por afección de alguna región de la vía auditiva, se trataría de una hipoacusia retrococlear; la agnosia acústica consiste en la lesión en la vía auditiva. La hipoacusia mixta tiene afectados tanto el oído externo y medio como el interno. (Torres, Rodríguez, Sanatana y González, 1995 en Espina op.cit.)

Discapacidad Visual

Se considera como ciego a quien no consiga con ninguno de sus dos ojos 1/10 de visión con carácter permanente e incurable. La visión no se reduce a la anatomía y fisiología del globo ocular; comprende una compleja red de estructuras musculares, glandulares y neuronales, así como las conexiones entre ellas. El nivel de funcionamiento de los órganos de la visión tiene que ver principalmente con la agudeza visual y el campo visual. La agudeza visual es la capacidad para discriminar entre dos estímulos visuales distintos, o la habilidad para ver claramente detalles finos en objetos aislados o símbolos, a una distancia determinada (Barraga, 1985, en Espina, Ortego op.cit).

Una visión normal tiene una proporción entre las dos distancias de 1/1, y cuanto mayor es el denominador de la proporción, peor es la visión. El campo visual se refiere a los límites de capacitación de información luminosa por parte del ojo. Una visión normal tiene en su parte externa o temporal 90 grados, en la parte superior 50 grados y en la parte posterior 70 grados.

La visión es la principal fuente de conocimiento, el principal estímulo incitador de conductas y responsable en gran parte del desarrollo motor, cognitivo y temperamental. La falta de visión se compensa con la utilización de otros sentidos como la audición, tacto y olfato. (Espina, Ortago, op.cit)

Discapacidad Visual.

Las personas con este tipo de discapacidad presentan alteraciones en su percepción visual, clasificándose en personas ciegas (Ausencia de la percepción luminosa) y de baja visión (Función visual inferior a los límites de normalidad que condiciona dificultades para un normal desarrollo de las funciones vitales)

La discapacidad visual se refiere a la disminución que sufre una persona en su agudeza o capacidad visual. Este tipo de discapacidad, incluye a las personas ciegas y a quienes tienen debilidad visual, las cuales regularmente ven sólo sombras o bultos; las deficiencias o limitaciones visuales pueden ser progresivas hasta convertirse en ceguera. En el año 2000, el porcentaje de personas que presentaron alguna discapacidad de tipo visual fue de 26 por ciento en relación con el total de personas con discapacidad. (INEGI, op.cit)

2.3.3 Discapacidad intelectual.

Las personas con discapacidad intelectual presentan dificultades en su funcionamiento intelectual y para desarrollar destrezas adaptativas esperadas en su edad y en el entorno social en el que viven. (Secretaría del Trabajo y Previsión Social, 2002)

La discapacidad mental se caracteriza por un funcionamiento intelectual y de comportamiento inferior al del promedio, este tipo de discapacidad

generalmente coexiste junto a limitaciones de la comunicación, el autocuidado, la vida en el hogar, las habilidades sociales, la autodirección, las habilidades académicas y el trabajo, entre otras. Una persona con discapacidad mental puede tener un nivel de afectación leve, moderado, severo o profundo (INEGI, 2001). En el 2000, este tipo de discapacidad ocupó el tercer lugar respecto a los otros captados por el censo; 16.1% del total de personas con discapacidad registraron discapacidad mental.

Las discapacidades del lenguaje se deben regularmente a problemas físicos en las estructuras de los órganos del lenguaje (labios, paladar, nariz, etc.), y se caracterizan por sustituciones, omisiones, adiciones o distorsiones del sonido. Entre las discapacidades del lenguaje se encuentran la rinitis, la mudez, la laringectomía, el labio leporino y otros defectos o alteraciones de la articulación fonética o del habla (INEGI, op.cit). Este tipo de discapacidad concentró al menor número de personas respecto a los otros tipos, pues cinco de cada 100 personas con discapacidad, se caracterizaron por tener alguna discapacidad del lenguaje.

2.3.4 Discapacidades debidas a enfermedad o accidente

El concepto de enfermedad abarca tres aspectos: su experiencia, con el criterio del sentido común, y el manejo con ella; la alteración biológica, con el criterio de la Medicina; las relaciones con el contexto social, con el criterio de las condiciones sociopolíticas. La enfermedad tiene sus propios ciclos; el comienzo puede ser agudo o gradual. Puede tener un curso progresivo, donde la persona se tiene que adaptar a cambios continuos; puede tener un curso constante, donde la enfermedad se estabiliza, dejando tras si un déficit, o puede ser con recaídas, donde periodos estables con pocos síntomas alternan con periodos de crisis.

Se distinguen los siguientes tipos de incapacidad por enfermedad profesional por la Ley General de la Seguridad Social de 1974:

- Incapacidad Laboral Transitoria: es la situación del trabajador mientras reciba asistencia sanitaria y esté impedido para el trabajo.

- Invalidez Provisional: es la situación del trabajador que, una vez agotado el periodo máximo de duración señalado para una invalidez Laboral Transitoria (doce meses prorrogables por otros seis) requiere la continuación de asistencia sanitaria y sigue imposibilitado para reanuda su trabajo, siempre que se prevea que la invalidez no va a tener carácter definitivo.
- Invalidez Permanente: s la situación del trabajador derivada de la Invalidez Provisional que, por el transcurso del plazo máximo de duración previsto (seis años desde la fecha de baja), o por agotamiento o por curación clínica del tratamiento médico de sus lesiones, presente reducciones anatómicas o funcionales graves, previsiblemente definitivas y susceptibles de determinación objetiva.

El artículo 84 de la Ley General de Seguridad Social define el accidente de trabajo como toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena. (Espina, Ortego, op.cit)

Actualmente el 72% de las discapacidades son adquiridas, de tal forma es importante conocer los diferentes tipos de discapacidad que existen puesto que dependiendo de cómo es que se contrajo la discapacidad es la manera en cómo la persona vivirá su proceso de duelo, en el siguiente capítulo se detallará con mayor claridad qué significa duelo, los diferentes tipos de duelo que existen y cuáles son las fases del proceso.

Capítulo 3

Proceso de Duelo

*“Solo el conocimiento y la aceptación
de la diferencia del otro,
abre el camino a la comprensión,
cooperación y simpatía.*

WULF C.

3.1 Definición

Pena o duelo, es la respuesta emocional y personal de la persona afligida, desencadenada por la pérdida. Pena y duelo van de a mano. El duelo es definido como los cambios y reacciones físicas, emocionales, intelectuales y cognitivas que ocurren durante el proceso de recuperación.

La pena se muestra por sentimientos (tristeza, enfado, culpa, ansiedad, soledad, fatiga, impotencia, shock, alivio, sensibilidad), sensaciones físicas (vacío de estómago, falta de energía, sequedad de boca, náuseas, vértigo, palpitaciones, erupción cutánea, dolores de cabeza, espalda, taquicardia, trastornos del control de esfínteres), cogniciones (incredulidad, confusión, preocupación, alucinaciones) y conductas (trastornos del sueño, del apetito, distracción, aislamiento social, hiperactividad, llanto), entre otras muchas reacciones, ya que cada duelo es personal y de igual manera la forma de reaccionar y expresarlo. (Instituto Mexicano de Tanatología, 2006)

En el duelo influyen varios factores como la edad del doliente y del difunto, la madurez, antecedentes, circunstancias, tipo de pérdida, situación económica, apoyo de la comunidad, etc.

El ***duelo*** es el doloroso proceso normal de elaboración de una pérdida, tendiente a la armonización de la situación interna y externa frente a una nueva realidad.

En las etimologías del duelo se encontró que aparte de su vínculo con “dolor”, una relaciona el origen con *dwel* que quiere decir “batalla”, “pelea entre dos”; y

que sugiere que en el proceso interno de la elaboración de una pérdida, se establece una lucha, un duelo de hegemonías entre la parte de mí que, atada a la realidad acepta pérdida, y la que quiere retener, la que no está dispuesta a soltar lo que ya no está.

La otra derivación lingüística se vincula a *dolos* que quiere decir “engaño”, “estafa”, “falsedad”, y que lleva a pensar en el engaño de todos los que han ayudado a creer que se puede conservar para siempre lo que amado, y que todo lo deseado podría ser eterno. (Bucay, 2006)

Perder es dejar algo “que era” para entrar en otro lugar donde hay otra cosa “que es”. Y esto “que es” no es lo mismo “que era”.

Y este cambio, sea interno o externo, conlleva un proceso de elaboración de lo diferente, una adaptación a lo nuevo, aunque sea para mejor. Este proceso se conoce con el nombre de “elaboración del duelo”.

Elaborar el duelo significa ponerse en contacto con el vacío que ha dejado la pérdida de lo que no está, valorar su importancia y soportar el sufrimiento y la frustración que comporta su ausencia.

Convencionalmente se puede decir que un duelo se ha completado cuando se es capaz de recordar lo perdido sintiendo poco o ningún dolor. Cuando se ha aprendido a vivir sin él, sin eso que no está. Cuando se ha dejado de vivir en el pasado y se invierte de nuevo toda energía en la vida presente y en los vivos que están alrededor.

En la elaboración del duelo el estímulo percibido desde la situación de la retirada es la pérdida. Se ha perdido lo que se tenía o se creía que tenía. Se articulan en los sentidos un montón de cosas, no en las emociones todavía, sino en los *sentidos*. Y luego frente a ésta historia de impresiones negativas o desagradables, la persona se da cuenta cabal de lo que pasó.

Aparecen e invaden ahora sí un montón de emociones diferentes y a veces contradictorias. Transformar en acciones estas emociones permitirá tener la conciencia verdadera de la ausencia de lo que ya no está. Y es la toma de conciencia de lo ausente, el contacto con la temida ausencia lo que permitirá luego la aceptación de la nueva realidad, un definitivo darse cuenta antes de la vuelta a sí mismo. (Bucay, op.cit.)

Según Polletti y Dobbs (2004) el apego es el punto clave de todo proceso de duelo. En efecto si no existe ningún apego hacia una persona, animal, cosa, un objetivo o un ideal, realmente, el duelo no existe.

El ser humano necesita sentir afecto. John Bowlby, el gran psicólogo inglés que ha estudiado este tema durante toda su vida, insiste en esta característica humana. Según él, la necesidad de seguridad del niño es la que hace que éste invierta toda su energía y su amor en relaciones que pasarán hacia algunas personas específicas como los padres, hermanos o hermanas. Estos son los que enseñaran al niño a establecer vínculos emocionales. (Poletti, Dobbs, op.cit)

Los vínculos relacionales se construyen con el tiempo. Toda la evolución de una relación se conserva en la memoria en forma de símbolos que se convierten en una especie de imagen interior de la relación. Estos símbolos se hallan asociados a unos sentimientos, a unas emociones, y estas imágenes influirán en las interacciones y las percepciones que tiene la persona con respecto a su relación con el otro.

En el momento de la separación, todas estas imágenes y todos estos símbolos cobrarán una gran importancia. En el fenómeno del duelo, de la ruptura de un vínculo, no sólo se llora por el presente, por la realidad, sino por todo cuanto ha existido y por todo cuanto hubiese podido existir. (Polletti, Dobbs, op.cit.)

Ante el duelo la persona se encuentra con términos que podrían confundirse, por tanto, cabe aclararlos:

- **Aflicción:** sinónimo de pérdida. Corresponde al hecho objetivo de la privación o pérdida, algo que fue y que ahora no es.
- **Luto:** del latín *lugere*= llorar. El luto es la respuesta social ante la pérdida, corresponde a los rituales o signos externos de comportamiento social que marca la conducta que ha de seguirse.
- **Pena:** duelo, del latín *dolos*= dolor, es la respuesta emocional ante la pérdida.

La función del duelo es restituir o sanar, por tanto no elaborarlo puede conducir a la persona a duelos no sanos o patológicos. (Castro, 2006)

3.2 Características del duelo

- Individual, no puede ser vivido por dos personas, sino que cada doliente tiene su proceso y lo debe elaborar él mismo.
- Único, cada proceso es diferente.
- Temporal, el proceso de duelo requiere de tiempo
- Activo, no es un tiempo pasivo, de espera, sino que implica una acción de parte del doliente.
- Proceso, implica una serie de etapas y es algo no permanente. El duelo es un proceso que tiene término pero también regresiones.
- Deja una marca, ya no provoca dolor no requiere atención, pero de alguna manera se lleva por siempre. Es un error pensar que al término se olvide la pérdida o el sufrimiento vivido ya que la cicatriz que deja perdura por siempre. (Instituto Mexicano de Tanatología, op.cit.)

3.3 Tipos del Duelo

Los duelos pueden ser:

- 1.- Anticipados o anticipatorios: Es el que se inicia y después llega la pérdida. Continúa hasta cerrar el ciclo.
- 2.- El duelo que se inicia en el momento en que se presenta la pérdida.

En ambos casos los duelos pueden ser:

- a) Normales. Se llevan a cabo todas las etapas del proceso, sin atorarse en ninguna de ellas.
- b) Patológico o anormal. Se caracterizan por:
 - La intensidad, puede ser que la persona no manifieste dolor o, por el contrario, que el dolor le impida vivir.
 - La duración, que se exceda de dos años o más. (Castro, 2006)

3.3.1 Duelo Normal

*El pesar oculto, como un horno cerrado,
quema el corazón hasta reducirlo a cenizas.*

William Shakespeare

Según Poletti y Dobbs (2004), piensan que todo empieza con el afecto. El afecto está basado en la creación de vínculos que se intensifica durante el transcurso de los últimos años. Sin embargo, lo que casi siempre solemos olvidar es que, en esta vida, todo afecto se termina con una separación. Tanto si este afecto se ha iniciado hace un par de semanas como setenta años, por naturaleza, esta determinado a acabarse. Sea cual sea la causa todo afecto tiene un final. Entonces tiene lugar un proceso de duelo propiamente dicho, sobre el que vamos a hablar más adelante.

Cuando este proceso se vive en su totalidad, permite que la persona pueda encontrar la energía para crear nuevos afectos. Este ciclo se repite constantemente en la vida, es decir, cada vez que se produce una pérdida o una separación. A veces, si la pérdida es poco importante, este proceso puede ser muy corto, y tardar apenas unos cuantos minutos en llevarse a cabo, pero, otra cuando la pérdida es significativa, entonces el proceso es mucho más largo y puede tardar varios años en desarrollarse.

Según Castro (2004), para manejar adecuadamente el duelo se requiere:

- Aceptar y comprender los sentimientos
- Aceptar que lo que se ha perdido es importante y significativo para nosotros
- Aprender a vivir con el dolor por un tiempo
- Tolerancia a la frustración desencadenada por la falta de control en nuestras vidas
- Reconocer y aceptar que estamos sufriendo, puesto que es un proceso que requiere tiempo y cuidados.

Para describir las manifestaciones del duelo normal, Lindemann (1998, en Castro op.cit), elaboro listas clasificándolas en sensaciones, sentimientos, cogniciones y conductas.

SENSACIONES

Este apartado lo considera como primordial en el trabajo de duelo, ya que con frecuencia no le damos la importancia suficiente, pero no se debe olvidar que la sensación es la información cruda que el doliente puede ofrecer para llegar al sentimiento.

Las sensaciones básicas son placer y dolor. Las sensaciones más comunes con las que nos podemos encontrar son:

- vacío en el estómago, como un hueco, manifestado por la sensación de pérdida
- opresión en el pecho, a veces manifestado por las personas como dolor en el corazón
- opresión en la garganta, como un nudo en la garganta, sensación de que se cierra la garganta
- falta de energía
- incomodidad ante el ruido
- falta de aire, sensación de asfixia
- sensación de despersonalización, alucinaciones, la persona manifiesta estar viendo una película en donde él está participando sin estar consciente de ello
- tensión y debilidad muscular
- sequedad de boca
- fatiga
- palpitaciones
- oleadas de calor, como bochornos

Lo anteriormente mencionado son las sensaciones que presentan las personas que han perdido un familiar, una persona amada, etc.; sin embargo en la mayoría de las ocasiones las personas que presentan la pérdida por una discapacidad no se dan cuenta que lo perdieron, como por ejemplo una

persona a la que le amputaron la pierna, normalmente se encuentra inconsciente y hasta que despierta se da cuenta de que ha perdido la pierna y es cuando pueden existir diversas sensaciones, sin embargo en la discapacidad es poco frecuente que se den.

SENTIMIENTOS

Estos manifiestan el dolor psicoafectivo de los pacientes, y son los siguientes:

- Tristeza
- Soledad
- Fatiga: la cual puede manifestarse como apatía o indiferencia
- Impotencia
- Shock
- Alivio
- Insensibilidad

A pesar de que estos sentimientos sean normales en un proceso de duelo debe prestarse atención a la duración e intensidad de los mismos. Recordemos que si se hace referencia a un sentimiento de manera exagerada o disminuida puede deberse a:

- * Que la persona esté valiéndose de un sentimiento para cubrir otro
- * Que se tenga algún asunto pendiente o inconcluso
- * O por mal habito (Lindemann, en Castro, op.cit)

COGNICIONES

Los pensamientos que aparecen en el duelo son muy variados. Existen ciertos pensamientos naturales en le proceso de duelo sobre todo en las primeras fases, y después desaparecen, aunque puede suceder que se prolonguen produciendo ansiedad, angustia y probablemente depresión. Pueden ser:

- Incredulidad: “no puede ser, debe de haber una equivocación”
- Confusión: pueden manifestar olvidos, distracciones, etc
- Preocupación

CONDUCTAS

Existen conductas específicas que se presentan en el duelo normal, dichas conductas son naturales y tienden a desaparecer con el paso del tiempo.

Pueden ser:

- Trastornos del sueño
- Trastornos alimentarios
- Conducta distraída
- Aislamiento social
- Desinterés por el sexo
- Suspirar
- Hiperactividad frenética: distraerse de sus sentimientos, realizando actividades para evitar establecer contacto.
- Llorar

Estas pueden ser algunas de las características que se presentan en un duelo normal, aunque no debemos olvidar que los duelos son vividos de manera personalizada, y por tanto, existir algunas características que algunas personas experimenten y otras no.

En todo este proceso debemos de tomar en consideración ciertos factores que pueden dificultar o facilitar el proceso. Por ejemplo:

- La edad
- La Cultura
- Situación económica
- Sexo
- Etapa evolutiva
- Circunstancias
- Tipo de personalidad
- Red social de apoyo con la que se cuenta para recibir y afrontar el golpe emocional.
- Y el tipo de pérdida

Así como existe un proceso de duelo “normal”, la persona puede centrarse en una sola etapa del duelo o instalarse en un estado de shock, en donde puede convertirse en duelo patológico, el cual a continuación se detallará.

3.3.2 Duelo Patológico

*Cuando creemos que todo está perdido,
hay que recordar que todavía nos
queda el futuro.*

ANONIMO

Se define también como la intensificación del duelo a nivel en que la persona está desbordada, recurre a conductas desadaptativas, o permanece inacabablemente en este estado sin avanzar en el proceso del duelo hacia la resolución (Horowitz, 1980, en Instituto Mexicano de Tanatología, op.cit)

Para Poletti y Dobbs (op.cit.) comentan que la separación es tan traumática que la persona no encuentra las fuerzas o los recursos necesarios como para poder iniciar el proceso de duelo. En ese momento inicia un proceso de desapego y, con frecuencia, suele experimentar un sentimiento de abandono y de soledad que intentará paliar por medio de cuatro importantes tipos de estrategias negativas:

1.- *La violencia con respecto a sí mismo*: o con respecto a los demás. Durante el transcurso de estos últimos años, en múltiples ocasiones, los diferentes medios de comunicación han informado de toda la cadena de homicidios en serie cometidos por personas que no pudieron enfrentarse a situaciones de pérdida o duelo y demostraron una violencia incontrolada con respecto a su entorno.

2.- *El suicidio*: así como el asumir toda una serie de riesgos innecesarios representan otro aspecto de esta violencia que tiene lugar después de una pérdida.

3.- *Enfermedades psicosomáticas*: entre las consecuencias negativas de un proceso de duelo mal llevado, podemos mencionar las depresiones, y diversas enfermedades psicosomáticas e incluso, probablemente, el cáncer.

4.- *Dependencia*: dependencia hacia el alcohol, drogas o medicamentos, como por ejemplo los tranquilizantes. Dedicarse al trabajo en exceso, así como al deporte o a la televisión puede ser una manera de negarse a sentir el dolor que provocan el duelo y la separación, así como de intensificar el fenómeno de desapego emocional.

Definitivamente no podemos satisfacer nuestras necesidades si no identificamos nuestras emociones y sentimientos. Esto es algo que ocurre frecuentemente con las pérdidas o duelos que no logramos elaborar o los iniciamos pero nos “atoramos” en alguna de las fases del proceso.

Factores de riesgo para que un duelo patológico se desencadene en el paciente:

- Negar el duelo, esto es, que nunca se inicie
- Depresión Grave
- Abuso de drogas y alcohol
- Que se estanque en alguna de las fases del ciclo, duración anormal de los síntomas mencionados con anterioridad (sensaciones, sentimientos, cogniciones y conductas)
- Trastornos psicosociales de integración
- Ideas recurrentes sobre su propia muerte
- Frenar el avance hacia una siguiente etapa, lo cual seguramente ofrece una ganancia secundaria (chantaje, manipulación)

Con base en los factores antes mencionados pueden existir duelos difíciles o patológicos:

1. Duelo Crónico: tiene duración excesiva y nunca llega a una conclusión. Se puede decir que la persona se encuentra reciclando.
2. Duelo Ausente: la persona se queda atrapada en la primera etapa de negación y no continúa adelante

3. Duelo Congelado: cuando se tiene la esperanza de que lo que se perdió regrese, por ejemplo una persona que perdió la vista piense que en el futuro regresara por medio de operaciones o tratamiento
4. Duelos Retrasados: ocurren cuando la persona sí presentó una reacción emocional, pero no fue suficiente y después de un tiempo inicia su duelo
5. Duelos Exagerados: la persona recurre a una conducta desadaptativa a través de la exageración o intensificación del duelo.
6. Duelo Enmascarado o reprimido: ocurre cuando la persona no expresa sus sentimientos abiertamente, puede manifestarse de otra manera posiblemente a través de síntomas psicósomáticos.
(Castro, op.cit)

Bucay (2006), comenta que cuando voluntaria o involuntariamente se interrumpe el proceso de duelo normal, la herida nunca llega a cicatrizar; por lo tanto aparece el duelo patológico, y éste siempre se debe a alguna de estas cuatro cosas:

- el proceso de duelo nunca empieza
- se detiene morbosamente en alguna de las etapas
- progresa hasta alguna de ellas y rebota infinitamente hacia la anterior
- se atasca intentando evitar una etapa

Eso determina diferentes tipos de duelos enfermizos. Algunos de ellos son:

El *Duelo Ausente*, si el que debe de vivir el proceso se defiende tanto o sufre un shock tan grande que no puede salir de la primera etapa.

El *Duelo Conflictivo*, cuando el proceso está sirviendo para otra cosa, por ejemplo para no responsabilizarse de la vida que le queda por vivir.

El *Duelo Retrasado*, casi siempre ligado a un conflicto interno emocional. Por ejemplo, cuando los sentimientos que tiene son ambivalentes que no sabe si alegrarse o entristecerse.

El *Duelo Desmedido*, cuando la expresión emocional se desborda, a veces hasta excediendo los límites de la integridad propia o de terceros.

El *Duelo Crónico*, cuando el proceso se recicla infinitamente sin terminar nunca. Como un círculo vicioso del cual la persona no puede salir.

Es necesario dejar establecido que lo patológico no aparece POR el duelo sino CON el duelo y es siempre la expresión de una patología previa, es decir, hay algo que está complicado desde antes y que sale a la luz con el proceso de duelo. (Bucay, op.cit)

3.4 Etapas del Duelo

*Hoy se que a la cima no llegaré,
Pero al verla desde aquí,
Mi espíritu vuela a la libertad.*

Sergio Augusto Vistrain

Según Elizabeth Kübler-Ross y Kessler (2006), las cinco etapas del duelo son negación, ira, negociación, depresión y aceptación, estas forman parte del marco en el que se aprende a aceptar la pérdida. Son instrumentos para ayudar a enmarcar e identificar lo que se puede estar sintiendo. Pero no son paradas en ningún proceso de duelo lineal. No todo el mundo atraviesa todas ni lo hace en un orden prescrito.

➡ NEGACIÓN

La negación puede parecer incredulidad. Cuando se está en ésta etapa de negación, al principio la persona se puede quedar paralizada o refugiarse en la insensibilidad. Esta primera etapa del duelo ayuda a sobrevivir a la pérdida.

En ella el mundo se torna absurdo y opresivo. La vida no tiene sentido. El individuo se encuentra conmocionado y se niegan los hechos. Se vuelven insensibles. Y la mayoría de ellos se preguntan cómo poder seguir adelante, si se puede seguir adelante, y por qué se debe seguir adelante. Se intenta hallar una forma de ir pasando los días sin más. La negación y la conmoción ayudan a confrontar la situación y a sobrevivir.

La negación ayuda a dosificar el dolor de la pérdida. Hay alivio en ella. Es la forma que tiene la naturaleza de dejar entrar únicamente lo que se es capaz de soportar.

Estos sentimientos son importantes: son los mecanismos de protección de la psique. Dejar entrar de golpe todos los sentimientos asociados a la pérdida sería algo emocionalmente abrumador. No se puede creer lo que ha sucedido por que, de hecho, se es incapaz de hacerlo. Creerlo del todo en esta etapa sería excesivo.

La negación a menudo se concreta con un cuestionamiento de la realidad ¿Es cierto? ¿Ha pasado realmente? ¿Es verdad que ya no está? Es similar a no poderse quitarse a alguien de la cabeza. La cuestión no es olvidarla, sino aprender a vivir con la pérdida.

Las personas a menudo se descubren contando la historia de su pérdida una y otra vez, lo cual es una de las formas en que la mente afronta los traumas. Es una manera de negar el dolor mientras se intenta aceptar la realidad de la pérdida. Cuando la negación remite, va siendo poco a poco sustituida por la realidad de la pérdida.

La persona se comienza a preguntarse el cómo y el porqué. Se deja de contar la historia a los demás; ahora, la mirada se vuelve hacia adentro para intentar encontrar una explicación.

Conforme la persona acepta la realidad de la pérdida y comienza a hacerse preguntas, se inicia sin saberlo en el proceso de curación. Pero, conforme se avanza comienzan a aflorar todos los sentimientos que se estaban negando.

➡ IRA

La ira no tiene por que ser lógica ni válida. La persona puede estar enfadada por no haber visto que eso iba a suceder y, cuando se ve, por que no se pueda hacer nada para solucionarlo o evitarlo. Se puede estar enfadado con los

médicos por su incapacidad. Puede enojarse que le haya pasado algo malo a alguien que significa mucho.

Es importante recordar que la ira sólo aflora cuando se siente la seguridad de que probablemente sobrevivirá, pase lo que pase. Al principio, el hecho de haber sobrevivido a la pérdida resulta sorprendente. Luego afloran sentimientos y la ira suele situarse en la primera de la cola conforme van invadiendo la tristeza, el pánico, el dolor y la soledad, con más intensidad.

La ira es una etapa necesaria del proceso curativo. Se tiene que estar dispuesto a sentir la ira, aunque pueda parecer infinita. Cuanto más automáticamente se sienta, antes comenzará a disiparse y antes se curará. Hay muchas emociones bajo la ira, y se desbordarán a su debido tiempo, pero la ira es la emoción con la que se está más habituado a tratar. A menudo se elige para evitar los sentimientos más hondos hasta estar preparados para afrontarlos. Puede parecer absorbente, pero mientras no consuma durante un largo periodo de tiempo, forma parte del repertorio emocional. Es una emoción útil hasta que se deja atrás en sus primeros embates. Entonces se estará listo para ahondar más. Mientras se realice el duelo, la ira se encontrará presente varias veces en sus múltiples formas.

Lo cierto es que la ira no tiene límites. No sólo puede extender a los amigos, familia, médico y nosotros mismos, si no a veces al Dios que se profesa. La persona se puede preguntar: ¿Dónde está Dios?, ¿Dónde está su amor?, ¿Su compasión?, ¿Es ésta realmente su voluntad? A menudo se asume que si se es buena persona no se sufrirán los males del mundo.

La ira es fuerza y puede anclar, confiriendo temporalmente estructura al vacío de la pérdida. En general, estamos más acostumbrados a contener la ira que a expresarla. Sin embargo, es mejor no reprimirla, ya que la ira significa que se está progresando. Es importante sentirla, sin juzgarla, sin intentar hallarle un sentido. Por desgracia, no obstante, puede aislar de los amigos y familia precisamente en el momento en el que más se puede necesitarlos. (García, 2009)

También se puede sentir culpa, que es ira vuelta hacia uno mismo. Pero la persona no tiene la culpa. Si se pudieran cambiar las cosas, se haría, pero no se puede. La ira afirma que se puede sentir, que se ama, y que se ha perdido. (Kübler-Ross, Kessler, op.cit)

➡ NEGOCIACIÓN

Después de la pérdida, la negociación puede adoptar la forma de una tregua temporal. “¿Y si dedico mi vida a ayudar al prójimo? ¿Podré entonces despertar y descubrir que esto fue una horrible pesadilla?”

La persona se extravía en un laberinto donde no se hace más que repetirse “ojala...”, o “¿y si...?” el sujeto quiere que la vida vuelva a ser como era. Retroceder el tiempo, impedir que el accidente haya sucedido, reconocer la enfermedad con más rapidez.

La negociación a menudo va acompañada de culpa. Los “ojalás” se introducen a criticar y a cuestionar todo lo que se cree que se podría haber hecho de otra forma. Se haría cualquier cosa por no sentir el dolor de esa pérdida. Las personas se quedan ancladas en el pasado, intentando pactar la forma de liberarse del dolor.

La gente a menudo cree que las etapas del duelo duran semanas o meses. Se olvida que son reacciones a sentimientos que pueden durar minutos u horas mientras se fluctúa de uno a otro. No se entra ni se sale de cada etapa concreta de una forma lineal. Se puede atravesar una, luego otra y poder retornar a la primera.

En algunos casos, la negociación, puede permitir a la mente pasar de un estado de pérdida a otro. Puede ser una estación intermedia que procura a nuestra psique el tiempo para adaptarse. La negociación puede llenar las lagunas que generalmente dominan nuestras emociones fuertes, lo cual a menudo mantiene el sufrimiento a raya. Permite creer que se puede restaurar el orden en el caos que rodea. La negociación cambia con el tiempo.

Cuando se atraviesa la etapa de negociación, la mente modifica los acontecimientos pasados mientras explora todo lo que se podría haber hecho y no se hizo. Lamentablemente la mente siempre llega a la misma conclusión...: la trágica realidad es que existe la pérdida.

➡ DEPRESIÓN

Tras la negociación, la atención se dirige al presente. Aparece la sensación del vacío, y el duelo entra a la vida en un nivel más profundo. Pareciera como si esta etapa depresiva va a durar para siempre. Es importante considerar que esta depresión no es un síntoma de enfermedad mental, sino la respuesta adecuada ante la pérdida.

En esta etapa la vida no parece tener sentido. La persona se siente pesada y la acción de ponerse de pie requiere de mucho esfuerzo del cual se carece. A menudo, la depresión tras una pérdida se considera algo no natural; un estado que hay que solventar, algo que se debe desechar, lo primero que se debe preguntar es si realmente la situación que se está viviendo es una situación depresiva, y la depresión es una respuesta normal y adecuada. Lo raro sería no sentirse deprimido tras la pérdida

A pesar de ser normal, el profundo y oscuro sentimiento de la depresión que acompaña al duelo, suele ser visto por la sociedad como algo que conviene evitar. Por supuesto, una depresión clínica, que no se trate puede conducir a un empeoramiento del estado mental, pero en el duelo, la depresión es un recurso de la naturaleza para adaptarse al sentimiento que no se puede superar.

Como el duelo es un proceso de curación, la depresión es uno de los muchos pasos necesarios que hay que superar para conseguirla. El tratamiento de la depresión es un acto de equilibrio. Se debe aceptar la tristeza como un paso apropiado y natural de la pérdida, pero no se debe permitir que una depresión descontrolada y permanente merme la calidad de vida.

Por difícil que sea de aceptar, la depresión posee elementos que pueden ser útiles en el duelo. (Kübler-Ross, Kessler, op.cit)

➡ ACEPTACIÓN

La aceptación se suele confundir con el hecho de sentirse bien o estar de acuerdo con lo que ha pasado, y no es eso. La mayoría de la gente no se siente bien y no está de acuerdo con lo que ha pasado, sea cual sea la pérdida. En esta etapa se acepta la realidad de la pérdida y se acepta que dicha realidad es la realidad permanente. Nunca gustará esta realidad ni se estará de acuerdo con ella pero, al final, se acepta. Se aprende a vivir con ello. Es la nueva norma con la que se debe aprender a vivir. Ahora es cuando la readaptación y curación final pueden afianzarse con firmeza, a pesar de que, a menudo, se ve la curación como algo inalcanzable.

La aceptación consiste en estar consciente de todo lo que se ha perdido y en aprender a vivir con dicha pérdida. A medida que se vuelva a disfrutar de la vida y a volver a vivir, se debe tener en cuenta que no se puede reemplazar lo que está perdido, pero se pueden establecer nuevos contactos, nuevas relaciones, nuevas interdependencias; crecer, moverse, cambiar, evolucionar. Se empieza a vivir de nuevo, sin embargo no se puede hacerlo hasta haberle dedicado el tiempo al duelo. (Kübler-Ross, Kessler, op.cit)

Según William Worden, él enfatiza la función activa del doliente, este modelo es muy útil en el tratamiento terapéutico y tanatológico del doliente y en vez de hablar de fases habla de tareas:

➤ **Aceptar la realidad de la pérdida.** Consiste en una aceptación tanto intelectual o cognitiva, como emocional. Su contrario es la negación.

➤ **Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida.** Se define como “vivir el dolor”. Permitir que todas las emociones experimentadas sean reconocidas y expresadas, su contrario es la represión.

➤ **Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente:** Consiste en aprender a vivir sin la persona. Adquirir nuevos hábitos y desarrollar

habilidades que le permiten al doliente vivir independientemente de la persona fallecida. Su contrario es la dependencia.

➤ **Recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo:** Significa encontrar el lugar apropiado para el ser ausente, en la historia personal y en la propia vida psicológica. Requiere reconocer lo que se obtuvo de esa persona y el crecimiento personal que se generó. El resultado de cumplir con esta tarea es el dejar espacio a otras personas e intereses. Es decir que el doliente sigue su vida plenamente, a pesar de la carencia por lo ausente. Lo contrario de esta tarea es la incapacidad de amar. (Instituto Mexicano de Tanatología, op.cit)

Kepner (1999), comprende las siguientes etapas o momentos de la experiencia:

- **Sensación**, es la “información fría” de la experiencia, el fondo básico sobre el cual se proyecta el mensaje de que el proceso se está iniciando; tiene que ver con el registro de lo que siento dentro de mí. Este primer paso es primordial, ya que es el medio a través del cual podemos distorsionar o limitar lo que estamos percibiendo. En esta fase del proceso ya notamos la ausencia.
- **Formación de la figura**, es la reunión de la información acerca de la experiencia, hasta ahora dada por la sensación. Aquí damos nombre al sentimiento y necesidad. En esta etapa la persona puede experimentar una intensa ansiedad, rabia e irritabilidad al enfrentarse a la vida con la pérdida. Aquí la pregunta más socorrida es “¿por qué a mí?”
- **Movilización de la energía para la acción**, la cual hace posible que el contacto se realice. Ya que se aceptó lo irreparable de la pérdida, y que no hay nada que se pueda cambiar, se empieza la tarea de vivir sin la pérdida.
- **Acción para el contacto**, es el acto, la conducta encaminada a buscar el satisfactor de la necesidad. En esta fase la persona continúa con su vida cotidiana, con sufrimiento pero es capaz de vivir, empieza a alejarse.
- **Contacto**

- **Retirada**, es la conclusión del proceso y la disolución de la figura. Una vez que se ha producido la asimilación. Cuando esto ocurre podemos decir que llegó al final de duelo, se paso a la fase de aceptación.

Comparémoslo también con las seis “R” propuestas por la psicóloga de duelos, Terréese Rando (Worden, 2000):

- **Reconocer** la pérdida, consiste en admitir y entender la pérdida.
- **Reaccionar**, expresar las emociones y sentimientos
- **Recordar** la relación, es cuando emerge la pregunta “¿por qué a mí?”, nuestra tarea aquí es recordar y reexperimentar la relación; admitir y revivir los sentimientos, los recuerdos y los momentos, tanto buenos como malos de manera realista.
- **Replantear** la nueva vida, replantear los papeles, esto es, estar dispuesto a replantear la identidad previa, el estilo, los valores y las prioridades de la forma anterior de vida, aceptar que el mundo pasado ha cambiado irremediabilmente.
- **Reacomodarse** en un mundo nuevo
- **Reinvertir** y buscar nuevos proyectos, reinvertir la energía psicológica: orientar el amor, el interés y la dedicación que ligaba al doliente con la pérdida hacia la búsqueda de nuevos proyectos, ilusiones, afectos, y motivos para vivir.

Cada una de las fases anteriormente mencionadas conducen de manera dinámica y natural a la siguiente, lo anormal es detenerse en alguna de ellas ya que las personas son un proceso continuo y dinámico.

Así mismo, se tiene que considerar que ante el proceso de duelo constantemente se dan vueltas, todo se repite, como si fuera un círculo.

Para Bucay (2006), lo piensa, por ejemplo, imaginando a un joven que juega fútbol descalzo con sus amigos en un campo. Al tratar de alcanzar un pase para meter gol pisa algo filoso, una piedra, un pedazo de vidrio, y se lastima. El joven sigue corriendo, alcanza la pelota y a pesar del dolor que siente al afirmar

el pie para patear, le pega a la pelota con todas sus fuerzas venciendo al arquero y ganando el partido. Un compañero le advierte de la mancha roja que deja en el pasto en cada pisada. El joven se sienta en un banco y al mirarse la planta del pie se da cuenta de la herida sangrante que tiene cerca del talón. ¿Cómo sería la evolución normal y saludable para esta herida?, ¿Cuáles son las etapas por las que va a pasar esta herida?

Tal como se vio, en un primer momento todo ocurre como si no pasara nada. En ese primer instante, muchas veces ni siquiera hay sangre; el cuerpo hace vasoconstricción, achica el calibre de los vasos sanguíneos, inhibe los estímulos nerviosos, y establece un periodo de impasse, un mecanismo de defensa, más fugaz cuanto mayor sea la herida. Inmediatamente aparece el dolor agudo, intenso y breve, a veces desmedido, que es la primera respuesta concreta del cuerpo que avisa que realmente algo ha pasado.

Y después la sangre que brota de la herida en proporción al daño de los tejidos. La sangre sigue saliendo hasta que el cuerpo naturalmente detiene la hemorragia. En la herida se produce un tapón de fibrina, plaquetas y glóbulos: el coágulo, que sirve entre otras cosas para que la herida no siga sangrando.

Cuando el coagulo está hecho, empieza la etapa más larga del proceso. El coagulo se retrae, se seca, se arruga, se vuelve duro y se mete para adentro. El coagulo se transforma en lo que vulgarmente se conoce como “la costra”.

Pasado un tiempo, los tejidos nuevos que se están reconstruyendo de lo profundo a lo superficial empujan a la costra y la desplazan hacia afuera hasta que se desprende y cae.

La herida de alguna manera ya no duele, ya no sangra, está curada; pero queda la marca del proceso vivido: la cicatriz.

Etapas de la sanación de una herida:

- 1.- Vasoconstricción
- 2.- Dolor agudo
- 3.- Sangrado

- 4.- Coagulación
- 5.- Retracción del coagulo
- 6.- Reconstrucción tisular
- 7.- Cicatriz

Un duelo, como se ha mencionado anteriormente, es la respuesta a un estímulo, un hecho que nos hiere y que llamamos la pérdida. Cada pérdida funciona, en efecto, como una interrupción en la continuidad de lo cotidiano, como una cortadura es una interrupción en la integridad de la piel.

Cuando existe alguna pérdida, lo primero que se dice “no puede ser”. Se piensa que debe de ser un error, y que en realidad “todo estaba bien”. Esta primera etapa Bucay la llama como la **etapa de la incredulidad** ya que existe un momento en donde la noticia produce shock. Hay un impasse, un momento de negación y cuestionamiento en el que no hay ni dolor; la sorpresa y el impacto llevan a un proceso de confusión en el que no se entiende lo que los demás están diciendo. Cuanto más asombrosa sea la situación, más profunda será la confusión, más importante será el tiempo de incredulidad y más durará.

Esto tiene un sentido, el mismo que tiene en la herida la situación de impasse, éste es “economizar” la respuesta cicatrizadora si la cosa no tiene importancia y es algo que va a pasar rápidamente; la psique también se protege hasta evaluar, por si fue un error, por si acaso sea uno el que ha entendido mal. La persona se protege desconfiando de la realidad. La persona va a tener un momento en donde va a estar paralizada en su emoción, en su vivencia, en su percepción, y lo que va a tener es un momento de negación, de desconfianza, y el deseo de salir corriendo hacia un lugar donde eso no esté pasando.

Esta etapa puede durar un momento, unos minutos, unas horas o días como sucede en el duelo normal o puede volverse una negación brutal. Después de los intentos de tratar de ignorar la situación, ésta invade, de repente un golpe emocional tan grande desemboca en una brusca explosión.

Esta explosión dolorosa es la segunda etapa del duelo normal. Es la **etapa de la regresión**, en esta etapa no existe posibilidad de que la persona que está en duelo escuche, por que se encuentra desbordado por sus emociones. Así como en la herida física de pronto el dolor avisa y nos se da cuenta que la herida está sangrando, así mismo las emociones desbordadas empiezan a salir, y se empieza a sangrar.

Y la sangre que sale no es de la tristeza. Es el primer sangrado, la tercera etapa, la que empieza tras tener conciencia de lo que pasó: se le llama **etapa de furia**, furia es mucha ira. A veces manifiesta y otras veces disimulada, pero siempre hay un momento en el que la persona se enoja. El enojo viene contra cualquiera a quien se pueda culpar de la situación que se está viviendo.

La verdad es que se sabe que si la persona se enoja no es porque los demás sean culpables. Lo que pasa es que la furia tiene su función, como la tiene el sangrado.

La furia tiene como función anclar en la realidad, traer a la persona de la situación catastrófica de la regresión y preocuparse para lo que sigue; tiene como función terminar con el desborde de la etapa anterior pero también intentar proteger, por un tiempo más, del dolor de la tristeza que se espera.

Sin embargo algo tendrá que actuar como tapón, como si fuera un coágulo. Este derivado construido de la misma sustancia de la furia que la reemplaza y la frena se llama culpa.

En el proceso natural de la elaboración de un duelo aparece tarde o temprano una **etapa de culpa**. Donde la persona se siente culpable por haberse portado mal con los demás, por enojarse con los otros, por no haber podido impedir lo sucedido; ¿para qué se hace esto? Ya que las fantasías omnipotentes intentan salvar a la persona de la sensación de impotencia que seguirá después.

La culpa es una versión autodirigida del resentimiento, es la retroflexión de la ira. La culpa no dura porque es ficticia, y cuando se queda estanca a la persona en la parte mentirosa omnipotente y exigente del duelo.

Aquí se llega a la quinta etapa, la **etapa de la desolación**, es la de la verdadera tristeza, aquí es donde se encuentra la impotencia, el darse cuenta de que no se puede hacer nada y que esto es irreversible. Aquí aparece el temido fantasma, la soledad. El individuo se da cuenta que las cosas no van a volver a ser como eran antes y no sabe con certeza pronosticar de qué manera van a ser.

Esta etapa es de la tristeza que duele en el cuerpo, de la falta de energía, de la tristeza dolorosa y aplastante. No es una depresión, sino es una etapa en donde la persona está inactiva, que es lo que se puede parecer a la depresión, sin embargo, la tristeza y el dolor alejan a la persona para poder llorar lo que no está.

Ahora se puede comparar los esquemas para confirmar la correspondencia:

HERIDA	DUELO
Vasoconstricción	Incredulidad
Dolor agudo	Regresión
Sangrado	Furia
Coágulo	Culpa
Retracción del coágulo	Desolación
Reconstrucción tisular	Fecundidad
Cicatriz	Aceptación

En el final de la etapa de la desolación se empieza a sentir la necesidad de dar, quizá tenga que ver con el deseo de escapar de la impotencia que termina incomodando. Este principio de salida se llama identificación y acerca al establecimiento de la **etapa de la fecundidad**, ¿Qué es esto? Es empezar a

hacer algunas cosas dedicadas a la pérdida, o por lo menos con conciencia de que han sido inspiradas por el vínculo que existía con ella. Se va a transformar la energía ligada al dolor en una acción.

Este es el principio de lo nuevo, la reconstrucción de lo vital, éste es el comienzo: lograr que el camino lleve a algo que, de alguna manera, se vuelve útil para la propia vida o para la de los otros.

Si esto se hace se llegará a la última etapa del camino, el equivalente a la cicatrización, que es la **etapa de la aceptación**, aceptación quiere decir discriminar, separar, diferenciar; quiere decir resituarse en la vida que sigue. Aceptar también es interiorizar. La discriminación y la interiorización permiten aceptar la posibilidad de seguir adelante, a pesar de que como ocurre en todas las heridas, también quedará una cicatriz.

Cuando el proceso es bueno las cicatrices no duelen, y con el tiempo se mimetizan con el resto de la piel y casi no se notan, pero están ahí.

ETAPAS DEL DUELO NORMAL:

I.- Incredulidad:

Parálisis

Negación

Confusión

II.- Regresión:

Llanto explosivo

Berrinche

Desesperación

III.- Furia: Con todo

IV.- Culpa: Por lo que no se hizo

V.- *Desolación:*

Impotencia

Desasosiego

Idealización

Ideas de ruina

VI.- *Fecundidad:*

Acción dedicada

Acción inspirada

VII.- *Aceptación:*

Discriminación

Interiorización

Lo anteriormente mencionado son las fases, etapas, tareas, etc., por las que la persona pasa cuando existe la pérdida de un familiar, de esposo, del hijo, ésta pérdida es por muerte normalmente; sin embargo se puede observar que los autores anteriormente citados presentan situaciones en común, en casi todo el proceso de duelo la persona niega su situación, existe un shock, existen sensaciones que la persona va a experimentar, como un gran enojo, irritabilidad por que la persona muerta lo abandono, no obstante la persona después de desbordar sus emociones sentirá a necesidad de moverse, de cambiar, de intentar realizar su vida aún con la pérdida y aceptar y adaptarse a la nueva vida que se tiene que enfrentar.

A mi punto de vista tanto Kübler Ross, como Worden, Kepner y Bucay manejan un duelo muy parecido entre ellos ya que las etapas son muy similares solo que con diferente nombre, sin embargo para mí el que mejor lo explica es Bucay, ya que lo realiza de una manera un tanto más explícita, ejemplificándolo mediante una situación por la que todos pasamos que es la de una cortadura y con ello podemos ver con mayor facilidad las fases por las que una persona puede pasar cuando se encuentra en duelo.

Sin embargo, en base al tema de discapacidad es difícil que se encuentre el proceso de duelo como tal, ya que lo que anteriormente se plasmó y como ya se mencionó, se refiere a un proceso de duelo por pérdida de muerte. De tal manera se relatarán algunos autores que estudian el proceso de duelo en una persona con discapacidad.

En enero de 1986, el Grupo de Apoyo [Post-Polio del Centro Norte de Florida], efectuó un panel enfocado en la “Adaptación a una Segunda Discapacidad”. Miembros del grupo plantearon el tema bajo el concepto de una “Segunda Discapacidad” indicando que muchos de ellos, aunque podían estar usando muletas o bastón, no se veían a sí mismos como discapacitados. El Dr. Saltzstein presentó el concepto de ver las limitaciones físicas como un deterioro con el potencial de producir una discapacidad. El consenso fue que actualmente algunos sobrevivientes de polio están teniendo que enfrentar este asunto. El siguiente artículo fue escrito por la Doctora Elke Kurpiers, miembro del staff de Psicología, en el Centro de Rehabilitación Curativa:

“La adaptación a la discapacidad ha sido descrita como una serie de etapas o tareas importantes. Estas etapas son normales y esperables, sin embargo, no se presentan nítidas, ni en un orden específico. Las personas difieren en cómo avanzan a través de estas etapas. Algunos avanzan más rápido que otros, algunos pueden saltar una etapa o recorrerlas en un orden diferente. Las dificultades en la adaptación existen cuando el individuo tiene problemas para resolver una de estas etapas o se queda estancado en una de ellas, deteniendo así el avance hacia la fase final de la aceptación. La adaptación es un proceso a lo largo de la vida. Los aspectos emocionales de la discapacidad pueden ser un factor importante en la determinación de los resultados y beneficios de todos los esfuerzos de rehabilitación.”

Mientras que varias etapas han sido descritas en la literatura, las siguientes son las más comúnmente descritas:

- INCERTIDUMBRE

Cuando los síntomas aparecen por primera vez pero el individuo no ha sido diagnosticado, puede sentirse preocupado y confundido. Puede preguntarse: “¿qué está mal conmigo, y qué me va a pasar?”. Dado que muchas discapacidades tienen una naturaleza cambiante e impredecible, la incertidumbre puede no quedar nunca completamente resuelta. Los planes a futuro pueden necesitar ser continuamente revisados.

- SHOCK

El *shock* se refiere a un estado de aturdimiento, que puede ser, tanto psíquico, como emocional. El *shock* es una reacción al trauma, tal como el escuchar un diagnóstico. Puede durar desde unos breves momentos, hasta algunos días, o aún más. El individuo es incapaz de comprender la magnitud o severidad de la discapacidad o sus efectos.

- NEGACION

La negación es inicialmente una reacción normal o un necesario mecanismo de defensa. Protege al individuo de abrumarse psicológicamente; asegura que no hay depresión. La negación es nociva sólo cuando interfiere con el tratamiento o los esfuerzos de rehabilitación. Con el tiempo, la negación debe “suavizarse”, esto es, el individuo reconoce emocionalmente que ha ocurrido una pérdida.

- DEPRESIÓN / PENA / DUELO

La negación lleva gradualmente a un más completo reconocimiento de la pérdida; en este punto emergen la pena y la depresión. Junto con ella puede ocurrir una baja en la autoestima. Estos sentimientos se consideran una reacción normal a una pérdida real, tal como una enfermedad o la pérdida de una parte o una función del cuerpo. Los sentimientos de depresión pueden incrementarse porque las respuestas de otras personas, antes gratificantes, pueden disminuir. La depresión puede expresarse como hostilidad externada y culpa frecuentemente dirigida contra los miembros de la familia. Se ha dicho

que la pena es la más dolorosa de todas las emociones humanas; al mismo tiempo, se ha descrito como la más "curativa". El individuo puede afligirse de su imagen corporal, por la función, por las satisfacciones previas que pueden ahora ser negadas, y por la pérdida de expectativas futuras basadas en la función.

- ACEPTACIÓN

La aceptación no implica ser feliz con respecto a la discapacidad. Más bien se refiere al abandono de falsas esperanzas y a la exitosa adaptación a los nuevos roles basados en las limitaciones realistas y los nuevos potenciales. El individuo continúa con su vida cotidiana. La discapacidad se contrae en importancia y otros aspectos de la vida crecen en significación. El individuo se siente cómodo con el sí mismo cambiado.

Así mismo la psicóloga Ana Lía Trujillo, en su artículo sobre "La Psicología de la discapacidad" menciona que la persona que atraviesa la pérdida utiliza mecanismos de defensa, los cuales se originan ante la necesidad del sujeto de hacerle frente a dos o más demandas opuestas que se superponen y coexisten en su interioridad.

Son el resultado de un conflicto interno entre el deseo inconsciente del sujeto y las restricciones que la realidad le impone. La palabra defensa remite a un proceso inconsciente físico y psíquico a la vez, destinado a evitar el desprendimiento de angustia, disminuyendo al máximo posible los riesgos para la integridad del sujeto y para su autovaloración. Generalmente operan a través de la represión, dando lugar a desfiguraciones que producen síntomas. El síntoma sería un intento de restablecer un equilibrio de fuerzas, es decir, un compromiso entre lo deseado y lo censurado, o una manera de atenuar la frustración que produce la imposibilidad de obtener lo que uno quiere (ya sea por déficit personal, factores externos inesperados o realidad que no se termina de procesar).

Los conflictos y obstáculos en el desarrollo, los acontecimientos traumáticos y las condiciones familiares desfavorables ocasionan el debilitamiento del yo (aumento de la vulnerabilidad) y el surgimiento de posturas defensivas y represiones características, reactivando al mismo tiempo las formaciones de síntomas.

La **represión** es uno de los mecanismos defensivos más importantes y es lo que da lugar a las formaciones del inconsciente: síntomas, sueños, actos fallidos. Pero en el aparato psíquico operan, a su vez, otros procesos de defensa que también están relacionados con el material reprimido y ponen de manifiesto la resistencia del sujeto a enfrentar aquello que lo angustia.

Existen otros dos mecanismos:

Negación – autoengaño.

Mecanismo mediante el cual se produce una desviación de la atención que recae sobre un hecho doloroso o desagradable, con el fin de evitar sentimientos de angustia y sensaciones displacenteras” (Goleman, 1997)

Forma "anestésica" de reaccionar frente a las sensaciones de malestar y el dolor emocional. Proceso psicológico sutil que se entrelaza con el funcionamiento del sistema nervioso central y la maquinaria neural. Daniel Goleman se pregunta: “¿cómo es posible que los seres humanos tengamos la capacidad de reaccionar al dolor, con una sensación de total insensibilidad?” El cerebro puede elegir de qué manera va a percibir el dolor, y la analgesia o sedación frente al dolor, constituye una propiedad tan inherente a este sistema como lo es la percepción misma de la sensación displacentera.

Conduce a la evitación del estrés, la angustia, la ansiedad y las situaciones dolorosas de la vida en las que el sujeto tiene que enfrentarse a la realidad que le toca vivir. Cuando la capacidad de autoengaño se moviliza para protegernos de la angustia, comienzan los problemas: nos convertimos en víctimas de puntos ciegos e ignoramos áreas enteras de información que sería muy

conveniente conocer, aún cuando este conocimiento nos ocasionara algún tipo de dolor.

Puede ser considerado como una herramienta útil para la auto-preservación psíquica y la supervivencia, ya que en ocasiones, resulta benigno y hasta necesario. Sin embargo, esto no siempre es así. La atención distorsionada puede llegar a falsear la experiencia e inhibir la acción, convirtiéndose en un factor altamente peligroso.

Las personas que evitan o niegan crónicamente sus sentimientos no atienden ya de un modo automático a los referentes de su experiencia, no simbolizan las emociones en la conciencia, no son capaces de crear nuevos significados - sentidos, ni de promover acciones relevantes para su bienestar". (Goleman, op.cit)

Siendo esto así, las personas presentan respuestas desadaptativas crónicas ocasionadas por la intrusión repentina y masiva de la ansiedad y evidenciadas a través de la aparición de pensamientos involuntarios y sentimientos descontrolados, difíciles de elaborar o simbolizar.

Mardi Horowitz elaboró una lista de las diversas formas, explícitas o enmascaradas, que adopta la intrusión excesiva de la ansiedad y los sentimientos de malestar en el aparato psíquico:

- ⇒ Preocupación y rumiación: conciencia continua, recurrente e incontrolable del hecho estresante, que sobrepasa los límites del análisis normal de un problema y la reflexión sobre el mismo.
- ⇒ Pensamientos invasores y repentinos: surgen en forma injustificada; no tienen nada que ver con la tarea que la persona está realizando en ese momento.
- ⇒ Sentimientos e ideas persistentes: son desmesurados, y una vez desencadenados, son imposibles de detener.
- ⇒ Hipervigilancia: alerta excesiva que genera un estado de tensión permanente.

- ⇒ Insomnio: imposibilidad de conciliar el sueño debido a la aparición de ideas e imágenes invasoras y totalmente perturbadoras.
- ⇒ Pesadillas: sueño perturbado y un despertar con sensación de angustia o ansiedad. El contenido de la pesadilla no siempre tiene una relación directa con los hechos de la vida real.
- ⇒ Sensaciones abrumadoras que irrumpen en la conciencia: son extraordinariamente intensas y no se adecuan a la situación que se vive en el momento.
- ⇒ Reacciones de sobresalto o arrebatos: son respuestas a estímulos que generalmente no justifican una reacción de ese tipo.

Tal como lo demuestra el listado, la **ansiedad** puede irrumpir de muchas formas, deteriorando considerablemente el estado anímico-emocional de la persona, y su desempeño general.

Espina y Ortego (2003), hablan acerca de la Adaptación a la Discapacidad, mediante Bowlby (1983), donde conceptualiza el duelo como todos los procesos psicológicos, conscientes e inconscientes que una pérdida pone en marcha y lo divide en cuatro fases:

- 1) *Fase de embotamiento de la sensibilidad.* Dura de unas horas hasta una semana y puede verse interrumpida por episodios de aflicción o cólera. El sujeto se siente aturdido y le cuesta aceptar la realidad.
- 2) *Fase de Anhelos y búsqueda del objeto perdido.* Aparece anhelo intenso, llanto, inquietud, insomnio y cólera dirigidas a quienes considera responsables de la pérdida, y como protesta. Este deseo de recuperación puede llevar a no aceptar la pérdida, predominando entonces la rabia hacia lo que intentan consolarle.
- 3) *Fase de desorganización y desesperanza.* Durante esta fase es frecuente la aparición de momentos de desesperanza y depresión.
- 4) *Fase de reorganización.* La aceptación de la discapacidad conlleva una redefinición de sí mismo (discapacitado) y de su

situación, el desempeñar papeles nuevos y el adquirir nuevas habilidades.

En el duelo normal es frecuente una sensación de soledad que nadie puede mitigar; Weiss (1975, en Espina y Ortego, op.cit) diferencia la soledad fruto del aislamiento social, que se puede aliviar con la compañía, del aislamiento emocional que sólo puede ser aliviado con una relación de mutuo compromiso que brinde seguridad. El trabajo del duelo requiere un gran esfuerzo y aumenta la vulnerabilidad a la enfermedad y la tasa de muertes prematuras.

El tipo de discapacidad y el contexto amplio en el que se produce va a determinar, en gran medida, que el proceso del duelo sea adecuado o no. Entre los factores que influyen en este proceso se incluyen: a) edad, sexo, personalidad y situación vital de la persona que sufrió la discapacidad; b) causas y circunstancias de la misma; y c) aspectos psicosociales: apoyo y estrés social, si tienen niños pequeños, situación económica, posibilidades de reorganizar su vida, sistema de creencias en torno a la discapacidad, actitud de parientes y amigos, etc.

A diferencia de las discapacidades congénitas, en los casos de discapacidades adquiridas generalmente las personas reaccionan intensamente con respuestas emocionales de shock, ansiedad, y una intensa sensación de pérdida y duelo. Una vez que la discapacidad disuelve la confianza en el funcionamiento correcto del cuerpo, todo aquello que se ligaba a ese funcionamiento queda cuestionado, y se ve afectada la autoestima; hay un duelo por los objetos perdidos, por las funciones perdidas, por los hábitos a los que se tiene que renunciar; por el funcionamiento predecible del cuerpo.

Gaillard (1983, en Espina y Ortego, op.cit.) señala tres fases de toma de conciencia de su yo corporal; una adecuada información contribuirá a suavizar las etapas críticas del proceso:

- Fase de Optimismo. En un inicio predominan sentimientos de euforia y desinhibición; aparecen negligencias, minimizando o negando la situación. Parece como si la persona permaneciese ajena a lo que

sucede; sobre todo si la deficiencia ha sido resultado de un hecho traumático; entendiendo por trauma un acontecimiento de la vida del sujeto caracterizado por su intensidad, por la incapacidad de éste de responder ante él y por los trastornos y los efectos patógenos duraderos que provoca en la organización psíquica del paciente.

- Fase de Pesimismo. En esta segunda fase, predominan pensamientos depresivos, catastrofistas, deseos de morir; reacciones histéricas o síndromes de despersonalización; síntomas más graves. Es una etapa interpretada como progreso y por ello no se debe consolar al deficiente físico obligándole al optimismo. Es un camino necesario que le llevará a aceptar la incertidumbre y a asumir la hipoteca eventual sobre su porvenir.
- Fase de realismo. Cómo imaginarse y reorganizarse la vida con la deficiencia.

Ante lo anteriormente mencionado puedo concluir que los duelos por discapacidad y por pérdida de un familiar por muerte, pueden parecer diferentes entre sí, ya que por ejemplo en el caso de la discapacidad la persona puede experimentar incertidumbre ante la noticia y un estado de shock que no se maneja en el duelo por muerte, así como alguna fase de rechazo ante la pérdida de imagen corporal; sin embargo existen fases que en los dos duelos se manejan muy similares sino es que iguales, como es el caso del proceso de negación, depresión, pesimismo y adaptación; puesto que a fin de cuentas la persona está experimentando una pérdida.

En el Curso de Psicología de la Discapacidad otorgado en las instalaciones de TELETON, la Lic. Ma Isabel Aguilar Fernández, define el duelo por discapacidad como un proceso de intenso sufrimiento psíquico que experimenta el ser humano ante la pérdida de un órgano, sentido o función. Pasando la persona por cinco fases de ajuste psicológico:

1.- Shock: se presenta inmediatamente después de un evento traumático y se caracteriza por la dificultad que experimenta el individuo para integrar el cúmulo de estímulos que le resultan excesivos. No puede comprender la gravedad ni

consecuencia del suceso. Es un estado físico y emocional que dura de unos cuantos minutos hasta varios días.

2.- Rechazo: es un mecanismo necesario en la fase inicial y se refiere a la no aceptación del evento. Puede no estar dispuesto a integrar repentinamente un cambio en su vida. En el caso de la discapacidad es el de no aceptar el cambio corporal y el concepto que tiene de sí mismo. Este proceso puede durar días o semanas. Las etapas de aceptación y rechazo no son tajantes sino que oscilan una y otra en forma gradual y dependen en gran medida de las características de cada persona. Durante esta fase no presenta depresión ya que por el rechazo mismo no se ha adquirido un conocimiento “conciente” de la pérdida. La depresión se presenta hasta que hay un reconocimiento pleno de su nueva realidad. Si bien es cierto que la etapa de rechazo es normal en cualquier proceso de pérdida su presencia prolongada no, lo que hace necesario una intervención especializada.

3.- Reacción depresiva: tras pasar la etapa de rechazo, se inicia la etapa de “aceptación” o reconocimiento de la nueva condición de vida, conciente de la pérdida o enfermedad permanente se presenta la depresión o duelo. Es una respuesta normal y esperable ante una fuerte pérdida de una parte del cuerpo o función. La ausencia de depresión indica que no hay un reconocimiento pleno de la pérdida. El desamparo es un sentimiento presente en este proceso que repercute en la autoestima, así como la ansiedad, tristeza, ira o coraje. Puede basarse en mecanismos neuróticos de culpabilidad o proyectarlos hacia el exterior y culpar a los demás de su situación, es importante manejar y canalizar a energía hacia otras tareas productivas.

4.- Reacción contra la independencia: en esta etapa la persona tiene dificultad para aceptar la independencia conseguida en el tratamiento ya que dejará de tener los cuidados que se le prodigaron durante el mismo. Los rasgos de personalidad influirán en los mecanismos defensivos puestos en juego en la búsqueda de la independencia o en mantener persistentemente la dependencia.

5.- Aceptación: *“las emociones que siente una persona ante la pérdida de un miembro o una función motora son análogas a las que se experimenta ante la muerte de un ser querido”* (Krueger, 1988). El duelo se presenta por la pérdida del objeto o de función que esta cubría, por la imagen corporal ahora diferente,

por las acciones que se realizaban, etc. Identificar un nuevo estilo de vida es lo que dará paso a la aceptación, reconocer estrategias y mecanismos de defensa funcionales para la reducción de la tensión serán la clave para lograr pasar esta etapa.

Los mecanismos de defensa se presentan de manera distinta en cada persona que tenga o no discapacidad, no obstante en estas personas es frecuente encontrar los siguientes:

- **Represión:** la persona rechaza inconscientemente o mantiene alejados los pensamientos y sentimientos que le ocasionan ansiedad, vergüenza, culpabilidad, humillación, es decir, son reprimidos.
- **Proyección:** consiste en depositar en otras personas los afectos o aspectos de uno mismo que no puede tolerar. El yo es incapaz de asumir la responsabilidad de estos sentimientos o de tolerar los afectos dolorosos.
- **Negación:** no se puede mandar la idea o afecto al inconsciente por lo que se mantiene a expensas del yo que se relaciona con la percepción consciente de la realidad.
- **Racionalización:** es la explicación o justificación racional, no necesariamente válida para ocultarse a sí mismo o a los demás las acciones inaceptables de su pensamiento, sentimiento o conducta.
- **Sublimación:** es el proceso por el cual la energía se desvía de metas no aceptadas socialmente hacia metas constructivas y de mayor valor social.
- **Regresión:** es el proceso de regresar a etapas de desarrollo previas en el cual la persona experimenta la satisfacción de sus necesidades internas con el propósito de evitar la tensión y conflicto provocados en el nivel actual de desarrollo.
- **Aislamiento:** no se refiere a aislamiento social, sino la "escisión" o separación de una idea que se recuerda del afecto que lo acompañaba.
- **Anulación:** es el intento de cancelar o invalidar por acciones contrarias un acto previamente cometido en la realidad o fantasía.

- **Formación reactiva:** es la transformación de un impulso inaceptable en su opuesto.

El proceso de duelo en la discapacidad es muy parecido al de la muerte por un familiar, sin embargo la diferencia radica en que la persona se tiene que adaptar y/o aceptar a la falta de funciones con la cuales contaba. Y eso marca la diferencia puesto que en la pérdida de un ser querido la persona no llevará un proceso de rehabilitación como tal ante la pérdida, en caso que el duelo no sea "normal" y se convierta patológico es cuando el Profesional entrará a ayudar sin embargo, en la discapacidad la persona forzosamente realizará un Proceso de Rehabilitación multidisciplinario en donde se manejarán diversas estrategias para un mejor resultado de aceptación-adaptación.

Capítulo 4

Psicología de la Rehabilitación

*“...Acéptame como soy en razón de justicia y no de piedad,
Transfórmame en un ser útil porque no quiero vivir de limosnas,
Ayúdame para no ser una carga para mis padres,
Logrando mi integración a la sociedad,
¡Mírame! Soy como TU...”*

ANONIMO

4.1. Concepto

La idea central que se deriva de las significaciones lingüísticas, coloquiales y sociales del concepto de la rehabilitación es la recuperación de algo que se ha perdido para volver a un estado anterior. El término de Rehabilitación según la Real Academia Española (1988) significa acción y efecto de rehabilitar o rehabilitarse. El significado según su raíz de procedencia latina “habilitare”, de “habilis”, de “habere” (verbo haber), es el de habilitar algo nuevo, volver algo a alguien a quien se había expulsado al servicio que antes prestaba o al empleo que tenía (también depurar, reivindicar). El término “rehabilitarse”, forma reflexiva de rehabilitar, significaría recuperar la buena fama o el derecho a la estimación de la gente (Moliner, 1988, en Espina, Ortego, op.cit)

La dimensión filosófica del problema de la rehabilitación se centraría en tres facetas principales (Gaillard, 1983, en Espina, Ortego op.cit):

- La toma de conciencia de sí mismo
- La importancia de la vivencia interna, el valor de la familia y de las relaciones entre trabajadores
- Las relaciones con la sociedad y con sus reglas

La Organización de Rehabilitación Internacional (1980) en la “Carta para los años ochenta” considera la rehabilitación o habilitación como un proceso en el que el uso combinado y coordinado de medidas médicas, sociales, educativas, vocacionales, ayudan a las personas con discapacidad a alcanzar los más altos niveles funcionales posibles y a integrarse dentro de la sociedad.

La ley de Integración Social de Minusválidos (LISMI) de 1982 en su artículo 18, entiende por rehabilitación al proceso dirigido a que los minusválidos adquieran su máximo nivel de desarrollo y su integración en la vida social a través de un empleo adecuado.

El Consejo de Europa (1984), considera la rehabilitación a escala general, colectiva e individual, concebida como un proceso continuo y global de prestaciones encaminadas a la integración social y profesional; desde el plano individual, está destinada a evitar o recuperar la aptitud de la persona a ejercer una actividad normal.

La OMS define la rehabilitación como un proceso de duración limitada y con un objetivo definido, encaminado a permitir que una persona con deficiencia alcance un nivel físico, mental y/o social funcional óptimo, proporcionándole así los medios de modificar su propia vida; puede comprender medidas encaminadas a compensar la pérdida de una función o limitación funcional y otras medidas encaminadas a facilitar ajustes o reajustes sociales (Casado y Martínez, 1987, en Espina, Ortego, op.cit)

Según Casado (1987, op.cit.), entre los especialistas la rehabilitación es un proceso por el que la persona con limitaciones físicas, psicológicas, físicas y/o sociales consigue, mediante ciertas técnicas y servicios, su máximo nivel de desarrollo personal. Casado propone el siguiente esquema para comprender la diferencia entre rehabilitación, prevención, equiparación de oportunidades y asistencia de mantenimiento:



Las personas sobre las que actuaban los médicos anteriormente, en las épocas de guerra, eran muy diferentes entre sí; carecían de determinadas capacidades pero conservaban otras que necesitaban ser promovidas y que garantizarían la reincorporación a la sociedad. Además, eran personas que sufrían y era necesario implicarles en el proceso de rehabilitación. El médico sigue siendo el rector de los medios de rehabilitación, pero se da importancia al tratamiento emocional, social y vocacional del paciente (Rusk, 1958, en Espina, Ortego, op.cit)

La participación de otros profesionales provenientes de otras disciplinas diferentes a la médica tanto en programas y proyectos como en los mismos centros de rehabilitación, ha sido lenta y gradual, sobre todo en España. En EE.UU. fue más rápida gracias a la identificación de la Psicología Aplicada a la Rehabilitación.

Concretamente la Psicología de la Rehabilitación hará referencia a un área de especialidad cuyo campo de actuación serán los aspectos psicológicos intervinientes en el proceso de rehabilitación. Habrá que diferenciar el concepto de Psicología de Rehabilitación de otros conceptos como: *Psicología de la discapacidad* (que hace referencia a los aspectos, características, problemáticas, etc., psicológicos que surgen como consecuencia de la discapacidad. Por otro lado, *la psicología de la minusvalía* (que se refiere a las consecuencias psicológicas de las desventajas sociales que conlleva ciertas discapacidades. Finalmente, mientras *la psicología del discapacitado* se centra en la problemática y características psicológicas de los afectados por alguna discapacidad; *la psicología del minusválido* hace referencia a los efectos de las desventajas sociales que sufren los minusválidos. (Aguado y Alcedo, 1995, en Espina y Ortego, op.cit)

4.2 Intervención Psicológica

*“No hay nada más difícil de emprender,
ni más peligroso para dirigir,
ni más incierto en cuanto al éxito,
que asumir el liderazgo en la introducción de un nuevo orden de cosas”*

MAQUIAVELO

Ortego y Espina se centran en dos tipos de intervenciones: intervención en crisis y terapia de duelo, necesarias muchas veces en el abordaje de la discapacidad, especialmente si es sobrevenida.

INTERVENCIÓN EN CRISIS

Cuando la discapacidad es de naturaleza sobrevenida, como por ejemplo un accidente o una enfermedad aguda, el sujeto y su familia deben de afrontar el impacto y ello ocasiona muchas veces una crisis, por lo que es necesario realizar una intervención. Existen varios tipos de intervención en crisis en diferentes contextos: Pitman III (1990, en Espina y Ortego, op.cit.) desarrolló un modelo para crisis familiares en el que siguen 7 pasos:

- 1.- *Respuesta de emergencia*: para reducir la tensión y centrarse en los cambios necesarios.
- 2.- *Involucrar a la familia*: especialmente a todos los que deberían cambiar
- 3.- *Definir la crisis*: por qué se da en este momento, qué cambio puede estarse evitando, y qué tipo de crisis es, por ejemplo: debida al impacto de la discapacidad o a la carga familiar que supone el paciente.
- 4.- *Prescripción General*: en la que se intenta mitigar la sensación de urgencia para posibilitar el proceso de cambio
- 5.- *Prescripción Específica*: esbozando los cambios que se suelen producir en la mayoría de los casos semejantes y prescribiendo tareas.
- 6.- *Vencer resistencias al cambio*: estudiar qué se evita y a quién y en qué sentido perjudicaría el cambio
- 7.- *Terminación*: evitar convertirse en un cuidador que cronifique la situación.

Slaikeu (2000) ha desarrollado un modelo muy elaborado y sumamente práctico para planificar e intervenir en situaciones de crisis teniendo en cuenta el contexto ecológico.

La crisis la define como un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas.

ETAPAS DE LA CRISIS

Ocurre el *suceso precipitante*, y produce un *desorden* (reacciones iniciales en el impacto del suceso); hay *negación* (amortiguamiento del impacto); seguido de la *intrusión* (ideas de dolor por los sentimientos acerca del suceso); se realiza la *translaboración* (se expresan e identifican sentimientos de la experiencia de la crisis); *terminación* (etapa final, conduce a una integración de la crisis dentro de la vida del individuo).

La formulación de la teoría de la crisis se basa en variables intrapsíquicas, y atención al entorno social dentro del que suceden las crisis. Esta teoría propone que observemos el contexto en el que vive la persona y en particular las interacciones entre la persona, subsistemas diversos y el medio.

Los sistemas están continuamente relacionados en transacciones de uno con otro. La conducta de un individuo afecta a su familia y amigos. Es imposible que un cambio importante suceda en un área sin tener un impacto notable en otros sistemas.

Clasifica la intervención en crisis en dos tipos:

Intervención de Primer orden, es la **Primera Ayuda Psicológica**, se debe realizar al inicio de la crisis y no va a durar demasiado tiempo, de minutos a horas. La intervención la darán un conjunto de personas que no tienen formación como psicoterapeuta (padres, policía, clero, trabajadores sociales,

etc.) Se efectúa en el medio comunitario y el objetivo es un restablecimiento inmediato del equilibrio para poder afrontar el problema, dando apoyo, reduciendo la mortalidad, conectando con recursos del ecosistema que puedan brindar ayuda, etc.

Consta de varios pasos:

1º Hacer contacto psicológico

- Establecer una alianza terapéutica: que la persona se sienta invitada a hablar; a mostrar afectos, la persona que no cuenta con una formación psicológica debe de hacer declaraciones de empatía y reflejar hechos y sentimientos.
- Ofrecer contención emocional
- Proporcionar “control de calma” a una situación intensa: que el individuo transmita una sensación de “sé por dónde van las cosas, calma, esto se puede resolver”. Que sepa transmitir a la persona que está en crisis que él puede controlar la situación.

Los objetivos de este primer contacto es que la persona se sienta escuchada, comprendida, aceptada y apoyada, reducir la ansiedad y reactivar capacidades de solución de problemas.

Se recomienda que los siguientes pasos sean realizados por profesionistas expertos, como médicos, trabajadores sociales, enfermeras, etc., puesto que se consideran temas de la persona que se encuentra en crisis como lo afectivo, lo conductual, etc.

2º Eliminar el problema

- a) Pasado inmediato: explorar el acontecimiento vital estresante que desencadenó la crisis y el funcionamiento CASIC (la conducta, lo somático, lo afectivo, las relaciones interpersonales, y lo cognitivo), viendo de que manera ha afectado a la persona y al sistema.
- b) Presente: CASIC, recursos internos, externos y riesgo de mortalidad

- c) Futuro inmediato, especialmente las decisiones inminentes a tomar

3º Examinar las soluciones posibles

En esta fase se favorece que la persona dé ideas de cómo afrontar los problemas, para ir evaluando con el profesional los diferentes elementos y explorar las soluciones intentadas, alternativas. El entrenamiento en solución de problemas es particularmente útil.

4º Acción concreta

En este punto se deben evaluar dos variables importantes: la mortalidad y la capacidad de la persona de actuar en su propio beneficio o no. Así ayudar a la persona a ejecutar alguna acción concreta para manejar la crisis.

5º Seguimiento

Se exploran los objetivos de la primera ayuda psicológica: apoyo recibido, mortalidad reducida y enlace con recursos del ecosistema. Sirve para controlar si la intervención ha sido suficiente o no, y si es necesario recomendar una psicoterapia para trabajar aspectos conflictivos que hayan quedado sin resolver después de la intervención en crisis.

Intervención de Segundo Orden, se realiza una **terapia multimodal** en la que se integran intervenciones de diferentes modelos de psicoterapia (sistémica, psicoanalítica, conductual, cognitiva, gestalt, psicodrama, etc.) dentro de un contexto de intervención breve, usando los recursos que hagan falta para solucionar problemas específicos en las diferentes áreas de la personalidad CASIC.

C A S I C

Conductual: Patrones para el trabajo, juego, ejercicio, dieta, conducta sexual, hábitos y sueño, uso de drogas y tabaco. Ejemplos: ¿Qué actividades han sido

las más afectadas por el incidente de la crisis? ¿Qué conductas se han acrecentado por la crisis?

Afectivo: Sentimientos sobre cualquiera de las conductas, ansiedad, cólera, felicidad, depresión. Ejemplos: ¿Cómo se siente el individuo con las secuelas del incidente de crisis? ¿Se expresan los sentimientos o se mantienen ocultos?

Somático: Funcionamiento físico general, salud. Ejemplos: ¿Existen malestares físicos asociados con el incidente? ¿Hay una reactivación de problemas anteriores desde el incidente?

Interpersonal: Naturaleza de las relaciones con la familia, amigos, vecinos y compañeros de trabajo, potenciales y dificultades interpersonales. Ejemplos: ¿Qué tan buena es la ayuda por parte de la familia y amigos? ¿Qué actitud interpersonal se adopta durante la crisis?

Cognoscitivo: Día normal y sueño de noche, imágenes mentales sobre el pasado o futuro, autoimagen, objetivos en la vida, creencias religiosas, filosofía de la vida y actitudes generales hacia la misma. Ejemplos: ¿Qué expectativas o metas han sido perturbadas después del incidente? ¿Significado del incidente? (Slaikeu, op.cit)

TERAPIA DE DUELO

Como señala Slaikeu (2000), no todas las pérdidas desencadenan una crisis. Si las condiciones son favorables, el duelo puede realizarse normalmente sin que la familia necesite ayuda especializada. La intervención del experto va a ser necesaria fundamentalmente en dos situaciones: 1) las pérdidas que, por sus características y la del contexto en que se producen, provocan una crisis que impide elaborar el duelo adecuadamente. 2) Los duelos crónicos, incompletos y/o patológicos (de los cuales se hablo en capítulos anteriores).

Worden (1991, en Espina y Ortego, op.cit), diferencia dos tipos de intervenciones: asesoramiento psicológico y terapia de duelo. En el asesoramiento psicológico los objetivos son: ayudar a hacer real la pérdida, a identificar y expresar sentimientos, ayuda a vivir sin la salud perdida, dar tiempo a elaborar el duelo, normalizar aceptando las diferencias, brindar apoyo y evaluar recursos, patología y estilos de afrontamiento. Las técnicas utilizadas son: el uso de un lenguaje evocador, de símbolos (cartas, fotos, objetos), escribir sobre la experiencia, dibujar, uso de role-playing, psicodrama, "silla vacía", reestructuración cognitiva, tareas, libro de recuerdos, imaginación guiada rituales.

La terapia de duelo se aplica en los duelos complicados: *crónico*, *retrasado* (activado por otra pérdida), *exagerado* (con ansiedad, depresión, abuso de sustancias), y *enmascarado* por otros síntomas físicos o conductas disruptivas. Es una terapia multimodal y se debe evaluar previamente qué tareas del duelo no se han realizado.

Para esta terapia se pueden seguir una serie de pasos: en primer lugar, hacer una redefinición del problema y/o relacionarlo con la pérdida no elaborada; en segundo lugar mostrar cómo se ha organizado la familia después de la pérdida y las posibles disfunciones y, finalmente, hay que reactivar las emociones a ella vinculadas, para lo cual es necesario "traer el recuerdo" a través de fotografías, objetos significativos, hablar de cómo están antes de la aparición de la discapacidad, de las circunstancias de la aparición de la misma, etc. Una vez planteada la elaboración del duelo como problema a resolver, el uso de tareas es de gran utilidad. Aunque la mayoría de los autores se extienden en las pérdidas por muerte, los mismos planteamientos terapéuticos sirven para trabajar que supone la discapacidad.

TAREAS EN EL DUELO FAMILIAR

- Reconocer la discapacidad
- Favorecer la expresión emocional
- Aceptar la discapacidad

- Redistribuir roles intrafamiliares
- Redistribuir roles extrafamiliares

El uso de técnicas psicodramáticas ayuda a explorar el fantasma de la pérdida o permite afrontar el duelo. La terapia de duelo se aplica individual o familiar. (Espina, Ortego, op.cit)

Anteriormente se mencionó que el proceso de duelo en discapacidad se puede tratar de igual manera que el duelo por pérdida de un familiar, siendo esto así Castro (2006) se apoya de Rogers (1999), en donde él propone las actitudes que debe de tener el acompañante en un proceso de duelo:

1.- **Su orientación filosófica:** dice Rogers que el primer punto de importancia es la actitud que tiene el consejero hacia la dignidad del individuo. Lo que nos debemos de cuestionar es: ¿Cómo consideramos al otro? ¿Qué concepto tenemos de la persona? ¿Respetamos su capacidad y su derecho a la autodirección? ¿O creemos que nosotros podemos guiar mejor su vida? ¿En qué medida tenemos la necesidad y el deseo de manipular al otro? ¿Es nuestra meta que el individuo seleccione y elija sus propios valores? ¿Ó nuestras acciones están guiadas por la convicción de que sería más feliz si decidiéramos por él sus valores, normas y metas?

2.- **La congruencia, la autenticidad:** este requisito exige en el acompañante la sinceridad, la transparencia, es decir, su congruencia y autenticidad. Esto significa:

- Que el acompañante este conciente de los sentimientos que va teniendo con su paciente a lo largo de la sesión, y los reconozca como suyos en vez de confundirlos con los del paciente. El acompañante ayuda al doliente a crecer, y crecer junto con él.
- Que tenga la disposición de comunicar esos sentimientos cuando sea útil al paciente, con el propósito de que la relación sea auténtica, real y profunda, a esto se le llama autenticidad.

3.- **La consideración positiva incondicional o aceptación positiva incondicional.** Es la actitud opuesta al juicio y evaluación, implica aceptar al otro con sus sentimientos tanto agradables como desagradables. Se trata de no emitir juicios y evaluaciones. Rogers dice: “aceptar significa no hacer evaluaciones”.

4.- **Comprensión empática.** Comprender al paciente desde su marco de referencia, desde su mundo. Es un intento de ver al doliente tal como él se ve a sí mismo.

Para Rogers lo que resulta terapéutico es crear o establecer la relación, por tanto, para poder establecer una relación de ayuda, el consejero o acompañante debe desarrollar además de las actitudes antes mencionadas las siguientes características:

1.- Calidez: Consiste en crear en la persona la seguridad de ser aceptado, apreciado y valioso.

2.- Responsabilidad: Comprometerse con el otro.

3.- No imponer y forzar al otro: se refiere a que el acompañante esté convencido de que el acompañado es el único que sabe qué es lo mejor para él mismo.

4.- Respeto: comprende valorar al otro tal como es, más no por una cualidad que posea, sino por el simple hecho de ser persona.

5.- Permitir al otro expresar sus sentimientos tanto agradables como desagradables: Hacer sentir al otro que puede expresar todo tipo de sentimientos sin ser juzgado.

6.- Confidencialidad

7.- Ser sincero, auténtico y coherente: esto implica estar atento de a los sentimientos que se experimenten en cada momento, ser uno mismo, mostrarse tal cual, esto inspira confianza al otro.

8.- Establecer límites: Toda relación tiene límites, debe estructurarse bajo un contexto mutuo, elaborado por ambas partes para crear un compromiso.

Para Victor Frankl (en Castro, op.cit.), entre las cualidades que deben desarrollarse para poder ayudar a los dolientes están:

- 1.- Propiciar un encuentro entre la unicidad del acompañante y la del acompañado.
- 2.- Decidir la palabra justa en el momento justo a la persona adecuada, y del modo correcto.
- 3.- No pretender adoctrinar a la persona que está en frente de nosotros.

Para establecer la relación de ayuda, se necesitan llevar a cabo actitudes (concepto filosófico, aceptación, congruencia y empatía) y las características antes mencionadas.

La empatía para Castro juega un papel muy importante, por ejemplo Thomas Gordon, discípulo de Rogers, padre de la empatía enumeró 12 barreras que interponen la comunicación cuando una persona trata de hablarnos de un problema o sentimiento, las cuales son:

1. Ordenar, mandar, exigir (“No llores”)
2. Amenazar, asustar (“Si no dejas de llorar, te vas a enfermar”)
3. Moralizar, sermonear (“Tú tienes que ser fuerte, eres la cabeza de la familia”)
4. Aconsejar, proponer soluciones (“¿Por qué no te tomas un calmante?”)
5. Dar una lección, hacer afirmaciones tajantes (“Lo mejor es que ya está descansando”)
6. Juzgar, censurar, criticar (“Deja de llorar, estar perdiendo la compostura”)
7. Felicitar, hacerle creer lo que no es (“Te felicito, eres muy valiente”)
8. Ridiculizar (“Pareces la llorona”)
9. Interpretar, analizar (“Lo que te pasa es que te llevabas tan mal con el que te sientes culpable”)
10. Tranquilizar, identificarse (“No te preocupes el tiempo lo cura todo”)
11. Preguntar, interrogar (“¿Por qué lloras tanto?”)
12. Eludir, bromear, tratar a la ligera (“Pronto se te pasará”)

En este aspecto hay que abrir la Atención Psicológica, ésta se desarrolla a través de:

- Escuchar la conducta no verbal del otro.
- Escuchar la conducta verbal del otro.
- Escucharse a sí mismo.
- Hacer notar al otro que estamos escuchándolo. (Castro, op.cit)

La terapia de duelo incluye el lidiar con la resistencia al proceso de duelo, identificar asuntos pendientes, y acomodar pérdidas secundarias. Por último, se debe ayudar a aceptar la condición irreversible de la pérdida, y a visualizar lo que será su camino después de recorrer el proceso de duelo.

El vínculo terapéutico sólo es posible a partir de la construcción de una relación de confianza, contención, comprensión y diálogo, en la que nosotros como profesionales tendremos la función de ayudar a la persona a descubrir por sí mismo el camino del bien-estar.

Y como Objetivos tendremos en cuenta que la persona logre:

- Cambiar su auto-percepción y auto-concepto.
- Mejorar su autoestima.
- Adquirir mayor capacidad de tomar sus propias decisiones.
- Tener más confianza en sí mismo.
- Afrontar con más seguridad sus experiencias, viviéndolas con intensidad y sin miedo.
- Aceptar mejor sus actitudes hacia los otros, interactuando en forma más satisfactoria con ellos.
- Tolerar mejor la frustración generada por las dificultades o los obstáculos de difícil resolución.
- Disminuir las respuestas defensivas y/o reactivas.
- Mejorar su capacidad de enfrentar situaciones nuevas con actitudes originales y creativas.
- Lograr una mayor adaptación al medio y a la realidad que le toca vivir.

En el tema de la discapacidad pienso que aparte de las actitudes que debe de tener el Profesional en lo anteriormente citado, el papel del Psicólogo es muy importante en este proceso ya que al momento en que la persona empieza con un proceso de rehabilitación es necesario la contención del mismo, puesto que en los inicios del proceso la persona tiene la certeza de que se va a mejorar y que la discapacidad llegará a desaparecer, no obstante al darse cuenta que eso no sucede la persona puede llegar a deprimirse a tal grado que piensa en el suicidio, en este sentido entran en juego todos los aspectos de la persona como la cuestión económica, laboral, sexual, personal, etc.

En el proceso de rehabilitación la persona necesita un apoyo multidisciplinario en donde tanto médicos (de distintas especialidades), psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras, entre otros ayuden a la persona a adquirir esa "aceptación" o adaptación que requiere ante su discapacidad. Toda esa intervención ayudará a que la persona logre una Integración Social en todos aspectos.

Si la persona no se encuentra rehabilitada del todo, la persona puede recaer en una de las etapas del proceso de duelo y negarse ante la vida, en la discapacidad, la intervención dependerá de muchos aspectos; sin embargo la intervención psicológica en el proceso ya sea normal o patológica es de suma importancia.

Conclusiones

Todas las personas son una organización, una unidad compleja, en donde cada uno es diferente entre sí. Todos interactúan en el mismo medio del cual cada quien percibe y adquiere sus aprendizajes, experiencias y vivencias a fin de crear un sentido de vida propio.

Por esta diferencia que nos hace únicos, cada individuo es capaz de percibir un evento de mil maneras diferentes y por consiguiente así será la respuesta ante este.

Lo anterior nos remite al tema de discapacidad, puesto que cuando sucede una situación así cada miembro de la familia lo percibe de diferente manera y por obviedad la persona que la presenta, por lo tanto he ahí la importancia de conocer las fases del proceso de duelo puesto que puede ser un poco más “sencillo” identificar la etapa por la que la que está transcurriendo.

A lo largo del presente trabajo se ha observado que ambos procesos tanto por pérdida de un ser querido como el de discapacidad (pérdida de funcionalidad, pérdida de miembro, etc.) son similares puesto que las etapas por las que se transcurre son las mismas, sin embargo lo único que cabe diferenciar es el hecho de que la persona con discapacidad contará con un proceso de Rehabilitación en donde entrarán en juego varios especialistas dentro de los cuales se encuentra el Psicólogo.

Para poder abordar el proceso de duelo de la mejor manera se debe de cambiar la manera de pensar, puesto que la importancia no radica en las funciones alteradas sino en rescatar las áreas sanas, privilegiando potencialidades y capacidades.

En la actualidad existen Programas de Rehabilitación en donde la parte Psicológica ha cobrado importancia durante este proceso, ya que a pesar de que la persona con discapacidad se rehabilita físicamente y llega a potencializar sus capacidades residuales, si la parte emocional sigue

estancada en alguna fase del proceso de duelo, se dice que la persona no se encuentra lista para reintegrarse social ni laboralmente.

Siendo esto así, el Profesional en estos caso debe de ser más sensible puesto que se debe de tener en cuenta que a pesar de tener las herramientas teóricas se está trabajando con personas especiales que presentan capacidades especiales.

Bibliografía

- Aguado Díaz, A. L. (1993). *Historia de las Deficiencias*. Colección Tesis y Praxis. Escuela Libre Editorial, Fundación ONCE. Madrid, España.
- Alvarez Amézquita, J.; Bustamante, M.E.; López P.A. y Fernández del Castillo F. (1960). *Historia de la salubridad y de la asistencia en México*. Tomo II. SSA. México.
- Bucay, J. (2006). *El camino de las lágrimas*. Argentina: Oceano
- Casado, D (1990). *Panorámica de la Discapacidad*. Colección Intress. Madrid, España.
- Castro, Ma. C., (2006). *La Inteligencia Emocional y el Proceso de Duelo*. México: Trillas.
- Ehrlich, M., De Uslar, E. (2002). *Discapacidad, Enfrentar juntos el Reto*. México: Trillas.
- Espina, A., Ortego, Ma.A. (2003). *Discapacidades físicas y sensoriales. Aspectos psicológicos, familiares y sociales*. Madrid: Editorial CCS.
- Goleman, D. (1997). *La Psicología del Autoengaño*. Editorial Atlántida.
- Greenberg, L. y Paivio, S. (2000) *Trabajar con las emociones en Psicoterapia*. Editorial Paidós. Año 2000.
- Instituto Mexicano de Tanatología, (2006). *¿Cómo Enfrentar la Muerte?* Tanatología. México: Trillas.
- Kepner, J.I. (1999). *Proceso Corporal*. México. Manual Moderno.
- Kübler-Ross, E. (2004). *Sobre la Muerte y los Moribundos*. Barcelona: DeBolsillo.

- ♣ Kübler-Ross, E., Kessler, D. (2006). *Sobre el Duelo y el Dolor*. Barcelona (España): Luciérnaga.
- ♣ Lozano, B., Lozano, A.G. (2003). *Discapacidad y Autoestima*. México: Trillas
- ♣ Miangolarra, J.C (2003). *Rehabilitación Clínica Integral. Funcionamiento y Discapacidad*. México: Masson.
- ♣ Poletti, R., Dobbs, B. (2004). *Cómo Crecer a Través del Duelo*. Barcelona (España): Obelisco.
- ♣ Rocha, A. (2001). *Nadie es ombligo en la tierra. Discapacidad en el México antiguo, Cultura náhuatl*. TELETON, Editorial Miguel Angel Porrúa. México.
- ♣ Secretaría de Salud (1982). *Encuesta Nacional de Inválidos. Informe Preliminar*. SSA. México.
- (2001). *Programa de Acción para la Prevención y Rehabilitación de Discapacidades, PreveRDis*. [CD-Rom] Documentos electrónicos en el tema de discapacidad. SSA. México.
- Slaikeu, K. (2000). *Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación*. México, Manual Moderno
- ♣ Verdugo A., (1998). *Personas con Discapacidad*. Editorial Siglo XXI. Madrid, España.
- (2002). *Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras*. Siglo XXI de España Editores. Madrid, España.
- ♣ Worden, J.W. (2000). *El Tratamiento del duelo: Asesoramiento Psicológico y Terapia*. Barcelona: Paidós.

Referencias de Revistas

- Avaria Saavedra, A. (2001). *"Discapacidad: Exclusión/Inclusión"*. *Revista Mad. No. 5*.
- Cano, D. (2008, Agosto). *No solo estás solo. Ven conmigo*. *Fernanda*, 55, 112-114.

Referencias Electrónicas

- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2000, Febrero). *Encuesta Nacional sobre las Personas con Discapacidad en México*. Recuperado el 30 de Octubre de 2008 de <http://www.inegi.gob.mx>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2004). *Las personas con discapacidad en México: una visión censal*. Recuperado el 30 de Octubre de 2008 de http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2000/discapacidad/discapacidad2004.pdf
- Llerena A., J. (2006). (La Discapacidad Creencias y Estereotipos). Recuperado el día 30 de Octubre de 2008 de <http://www.congreso.gob.pe/comisiones/2002/discapacidad/sociedad-inclusiva/SENSIBILIZACION-II.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (1995). *Prevención de los defectos de la audición*. 48ª Asamblea Mundial de la Salud, 12 de mayo de 1995. OMS. En: <http://www.cajpe.org.pe/RIJ/BASES/pcd/pre.pdf> 16/01/2004
- "Stages of Psychological adjustment to disability", por Grupo Post-polio del Sur de Wisconsin/Centro de Rehabilitación Curativa, (1986), Recuperado el día 4 de Enero de 2009 de <http://www.postpoliomexico.org/AdaptacionPsicologica.html>

➤ Trujillo, A.L. (Psicología de la discapacidad) Recuperado el 4 de enero de 2009 de http://www.psicologia-online.com/articulos/2005/rehabilitacion_discapacidad.shtml