

**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**Guía de acompañamiento para cuidadores de personas  
que han sufrido accidentes físicos discapacitantes**

Tesina para obtener el grado de Licenciado en Psicología.

Presenta

**Santiago Eduardo Ortiz Sabino**

Director

**Doctor José Luis Rodríguez Sánchez.**

## **Agradecimientos**

A mi madre:

Por enseñarme que cada día siempre trae nuevas oportunidades, por hacer de mi un ser feliz, pleno y por creer siempre en mi.

A mi padre:

Por enseñarme a ser independiente, por dejar tomar mis propios caminos y sueños.

A la vida:

Por nuevos comienzos, por nuevas oportunidades y nuevas realidades. Por el infinito de poder de reinventarse, creer y crear.

## Contenido

Agradecimientos.....	2
Contenido.....	3
I. Capítulo I: Introducción.....	5
1.1 Antecedentes.....	6
1.2 Justificación.....	10
1.3 Planteamiento del problema.....	12
1.4 Objetivos.....	14
II. Capítulo II: Marco Teórico.....	15
2.1 Definición de Discapacidad.....	16
2.1.1 Discapacidad física.....	18
2.2 Duelo.....	21
2.3 Intervención en crisis.....	26
2.3.1 Evaluación de herramientas personales y situación De la crisis a partir del Modelo CASIC.....	28
2.3.2 Estrés Postraumático.....	29
2.4 Logoterapia.....	31
2.5 Terapia Centrada en el Cliente.....	33
2.6 Acompañamiento Humanista.....	34
2.7 Resiliencia.....	38
III. Capítulo III: Guía breve de Acompañamiento para profesionales de la salud recién egresados y cuidadores de personas que han sufrido accidentes físicos discapacitantes.....	40
3.1 Características necesarias de los cuidadores de personas en situación de discapacidad física.....	42

	3.2 Acompañamiento a las personas que han sufrido accidentes físicos discapacitantes.....	45
	3.3 Cuando el cuidador principal es un familiar.....	46
	3.4 Resiliencia y resignificado.....	48
	3.5 Tareas y cierre.....	49
IV	Conclusión.....	50
V	Bibliografía.....	52
VI	Anexos.....	57
	Anexo I: Perfil de Personalidad CASIC.....	58
	Anexo II: Docena Sucia.....	59
	Anexo III: Terapia Centrada en el Cliente.....	60
	Anexo IV: Fases de las crisis de Prewitt.....	61
	Anexo V: Fases de duelo de Elisabeth Kübler-Ross.....	62
	Anexo VI: Guía breve de acompañamiento para profesionales de la salud recién egresados y cuidadores de las personas que han sufrido accidentes físicos discapacitantes.....	63

# **Capítulo I**

## **Introducción**

## 1.1 Antecedentes

Los accidentes pasan. Las personas que los sufren muchas de las veces quedan con secuelas definitivas que les impiden tener una vida como la tenían antes del mismo. El secretario de Salud, Salomón Chertorivski, en una entrevista para el periódico vanguardia (2012) manifiesta que más de 1 millón de lesionados resultan de accidentes de tránsito y que de éstos, más de 40,000 personas durante el 2012, están viviendo ahora, una discapacidad por ese accidente que tuvieron. Mientras tanto, los familiares también viven esa nueva forma de vida, ya sea porque de pronto se tienen que hacer cargo por momentos o por completo; o porque viven de lejos el dolor, la angustia, desesperación de la persona accidentada.

Estos accidentes son ocasionados en su mayoría porque los conductores aceleran y luego no pueden parar o por el abuso de alcohol o drogas o por exceso de cansancio; al final lo que menos es el ¿por qué pasa? Lo que realmente interesa es conocer cuáles serán las consecuencias que esta persona junto con su entrono tendrán, aún mas ¿cómo la persona que tuvo el accidente podrá continuar con su vida, sobre todo si este fue muy grave y lo dejo en un estado completamente diferente al previo; es decir antes de que sucediera?

La Organización Panamericana de la Salud en 2013; declara que “México ocupa el Séptimo Lugar a nivel mundial en muertes por accidentes de tránsito”. Además menciona que, mueren al año aproximadamente 24,000 personas por causas del alcohol. También señala que son los días jueves, viernes y sábados cuando las cifras se incrementan. (OPS, 2013)

Debido a las cifras alarmantes que se van dando, es necesario tener un proyecto donde se pueda atender de manera más eficiente la crisis vivida a partir de los resultados del accidente y donde lo que importa es el acompañamiento a las personas que han sufrido el accidente, pues tendrán que vivir con la experiencia del mismo y con todas sus consecuencias. Por lo anterior, esta tesina

busca ser un apoyo a los cuidadores que se topen con dichas situaciones y sepan al menos de forma inicial, que hacer para apoyar y acompañar en el proceso personal de los accidentados.

Este trabajo busca ser una guía para que las personas y las familias puedan aprender a convivir de nuevo, a partir de nuevas circunstancias, limitaciones y retos que antes del accidente no se presentaban. Lo que se espera por lo tanto, es la aceptación de la realidad tal como es y por supuesto la aceptación de la persona por quién es y no por lo que fue sino por lo que ahora comienza a ser, tomando en cuenta completamente a la persona que era antes, durante y después del accidente sufrido.

Todo a partir el acompañamiento humanista tomando en cuenta a la logoterapia y la terapia centrada en el cliente, así como el trabajo con la resiliencia que es lo que espera ayude a que tanto como el que sufrió el accidente como a su pareja y/o familia puedan reencontrarse desde su nueva realidad y así, salir adelante.

No existen demasiadas investigaciones sobre discapacidad física y acompañamiento, o se refieren a otros tipos de discapacidades o hablan sobre acompañamiento en general, sin embargo de manera integrada no hay mucha información. Por ejemplo, un informe realizado por la ONU específicamente por la Organización Mundial de la Salud y por el Banco Mundial (2011) menciona que más de mil millones de personas viven con algún tipo de discapacidad y que de esas, doscientos millones sufren de una discapacidad severa. Además reitera que entre otras cosas, la necesidad de abordaje de los obstáculos a los servicios de apoyo y asistencia, que es el tema que en realidad concierne a este trabajo. Dentro de los porcentajes más relevantes se menciona que la discapacidad motriz tiene un porcentaje del 39,5%, de ahí siguen las visuales con 22%; auditivas con 18% y mentales con un 15,1%.

Existen investigaciones y artículos sobre discapacidad e inclusión laboral, como problema social, también existe una investigación sobre discapacidad y

violencia de género, donde se menciona que no solamente la situación de la discapacidad es preocupante sino que a este, se le incorpora el tema de género en donde la mujer tiene más probabilidades de vivir esta violencia junto con la discriminación por tener alguna situación de discapacidad.

La mayoría de estas investigaciones no fueron hechas en México, la mayoría son españolas o de algún país de Latinoamérica. Una de estas investigaciones se llevó a cabo en Barcelona, por el Colectivo loé (2012) que es un equipo de investigación social independiente y que hizo un estudio sobre Discapacidades en Inclusión Social y donde muestran porcentajes interesantes; por ejemplo, que la mayoría de los cuidadores de personas con alguna discapacidad son las madres de familia.

Otra investigación interesante es la realizada por Soler, A, Teixeira TC y Jaime V (2008) donde presentan un trabajo sobre Discapacidad y Dependencia: Una perspectiva de género; hablan sobre la discapacidad en mujeres y la invisibilidad de éstas tanto por su discapacidad como por su género a pesar de que para esas fechas se estimaba que el 58% de las personas con discapacidad en España; son mujeres.

En México, el Instituto Nacional de Geografía, Estadística e Informática mejor conocido por sus siglas INEGI (2004) menciona que en el año 2000 existían 988 asociaciones de y para personas con alguna discapacidad y de éstas, 871 estaban registradas de manera oficial. Dentro de los datos que recoge el INEGI, se encuentra que el porcentaje de acuerdo al tipo de discapacidad es de 45.3% la discapacidad motriz, de ahí continúa la visual con 26.0%, la mental con 16.1%, la auditiva el 15.7% y por último la de lenguaje con un 4.9%.

Ahora bien, dentro de la discapacidad motriz, que es la que interesa en esta investigación menciona que se agruparon las discapacidades músculo-esqueléticas (dificultad para moverse, mantener posturas, limitaciones en habilidades manipulativas) y las neuromotrices (dificultan movilidad en algún



segmento corporal a consecuencia de un daño neurológico, incluyendo secuelas de traumatismos, poliomielitis, lesiones medulares y distrofia muscular).

Una de las situaciones interesantes que se menciona en el informe del INEGI (2004) es que estadísticamente las causas más importantes de discapacidad son por enfermedad en un 31.6%, por edad avanzada un 22.7%, desde el nacimiento un 19.4% y por accidente, teniendo el menor porcentaje con 17.7%.

Pareciera que no es importante sin embargo, en este mismo informe se puede observar que dentro de los grupos de edad, el grupo que mayor porcentaje tiene de accidentes es en adultos con un 46.2%; es por lo anterior que esta investigación busca apoyar a las personas que acaban de sufrir un accidente y que a partir de este, vive con una discapacidad temporal o permanente.

En realidad, como se menciona en este apartado, las investigaciones en cuanto a discapacidad física se refiere mas a la inclusión laboral o como afecta en la vida cotidiana o como se incrementa la posible violencia de género o de bullying. Ahora es por eso que en esta investigación se utiliza el modelo de intervención en crisis como parte del apoyo para que las personas en situación de discapacidad física permanente o momentánea puedan continuar con su vida, a pesar de todo lo que hayan vivido.

## **1.2 Justificación.**

En México, el grupo de edad más vulnerable para sufrir una discapacidad física- motora son los adultos, debido a la accesibilidad para tener coche, a sus trabajos y a que tienen una vida social que implica en muchos casos, el consumo de alcohol y drogas en algunos momentos, es por esto, que el segundo grupo edad más vulnerable son los adultos jóvenes pues son los más involucrados en lo social y no siempre saben hacer uso de su libertad o suelen ser más “aventados” e irresponsables en cuanto a peleas, o accidentes.

El INEGI (2013) presenta las siguientes estadísticas: colisión con vehículo automotor (heridos 57,406- muertos 1,469); colisión con peatón o atropellamiento (heridos 16,084- muertos 1,137); volcadura (heridos 5,629- muertos 759); caída del pasajero (heridos 3,256- muertos 65); colisión con motocicleta (heridos 19,187- muertos 555); colisión con ciclista (heridos 4,922- muertos 221). Por lo anterior se puede ver en esta muestra, que la cantidad de accidentados es mucha, ahora bien, no nos dicen la gravedad de estos accidentes o si tuvieron consecuencias permanentes.

La presente tesina busca ser una recopilación documental bibliográfica exhaustiva sobre las personas que han quedado físicamente discapacitadas a partir de un accidente, sin importar la circunstancia en la que se haya producido tal situación y a partir de esta manifestación, hacer una guía de apoyo para el acompañamiento terapéutico en el proceso de duelo y re- aprendizaje, donde la resiliencia es parte del apoyo.

Esta guía de acompañamiento o de apoyo, tendrá como objetivo que las personas que están apoyándolo en su recuperación o vivencia, sepan a grandes rasgos cómo ayudarlo. Para lo anterior se hace evidente el trabajo de duelo desde

la intervención en crisis de segundo orden y que tiene que ver con una crisis circunstancial que puede darse en cualquier parte del desarrollo (Slaikeu, 1996) y hacer el acompañamiento por medio del concepto de resiliencia y sentido de vida, pero para poder darle significado, lo primero que se tiene que hacer es el trabajar lo que ya no será, es decir, trabajar el duelo de dejar ir a la persona que era antes del accidente.

Se justifica su existencia debido al número elevado de personas en situación de discapacidad física a partir de accidentes automovilísticos sobretodo; Sin embargo, no solamente se refiere a estos accidentes automovilísticos, se toman en cuenta cualquier tipo de accidente que haya sido lo suficientemente importante como para causar una discapacidad física en una persona.

Por lo anterior se hace necesario, el saber cómo apoyar de manera más efectiva tanto a los que sufrieron el accidente y de manera no tan directa a los familiares que tienen aprender a vivir con su realidad, dado que como ya se ha mencionado las personas en situación de discapacidad motora ocupan el porcentaje más alto de las diferentes situaciones discapacitantes.

Cabe aclarar que esta guía está pensada sobre todo a profesionales de la salud (psicólogos, médicos, enfermeras, trabajadores sociales, etc.) recién egresados o con poca experiencia en general y que están encargados de pacientes que han sufrido accidentes que los han llevado a una discapacidad física. Sin embargo, también podría ser utilizada por personas no profesionales (familia de origen y nuclear, amigos, etc.) y que si estén encargadas de cuidar a alguna persona con estas características.

### 1.3 Planteamiento del problema

La persona que sufrió un accidente y que como consecuencia de este, tiene una condición discapacitante por lo que se asume, que las consecuencias serán de por vida, se espera un cambio completo en su estilo de vida, de auto concepto y muchas de las veces hasta de autonomía tanto de la persona que sufrió el accidente como de los demás que estarán apoyándolo.

Por lo anterior, es necesario tomar en cuenta como dice Slaikeu (1996; p.19); que “una crisis puede desembocar o en depresión o en un resignificado y continuación de la vida”; por lo que el autor nos menciona cuatro puntos que hacen la diferencia de una misma situación en diversos contextos”.

Los conceptos a considerar son los siguientes: severidad del suceso, los recursos sociales, el apoyo familiar y o social y sobretodo el auto concepto para poder resignificar una vida. En esta tesina se tomará en cuenta la vital importancia de la actitud del cuidador durante el acompañamiento.

Por lo anterior se ha supuesto que la forma positiva o negativa de ver al paciente, será una influencia- ya sea positiva o negativa- en su propio auto concepto logrando superar o no, la crisis que está viviendo. Y entonces vienen las siguientes preguntas de investigación:

¿Qué ocurre con el mundo emocional y mental de la persona que sufre un accidente y queda discapacitada?

¿Saben los familiares como incorporar a la persona que tiene discapacidad a la familia? ¿Cómo le hacen?

¿Cuáles son los posibles recursos que tiene la persona para poder llevar una vida funcional?

¿A partir del acompañamiento la persona en situación de discapacidad física, podría encontrar o reencontrar su sentido de vida y continuar?

¿Qué tan importante es la inclusión de la misma familia para una recuperación óptima de la persona que se vive en situación de discapacidad?

¿Cuáles son los elementos base para una recuperación óptima, y que se podría utilizar en la guía a proponer?

¿Qué características necesita tener el encargado de cuidar a la persona en situación de discapacidad?

## 1.4 Objetivos

Objetivo principal:

Hacer una guía básica de acompañamiento e intervención basada en la recopilación bibliográfica, para poder ser utilizada por profesionales de la salud (Psicólogos, trabajadores sociales, médicos y enfermeras) recién egresados, cuidadores y familiares con personas que han sufrido accidentes discapacitantes.

Objetivos secundarios:

1. Conocer el entorno mental y emocional de las personas que han sufrido accidentes discapacitantes para lograr una mejor comprensión en el acompañamiento de las mismas.
2. Exponer las características necesarias del cuidador o acompañante de las personas con accidentes discapacitantes para fomentar en una recuperación adecuada.
3. Proporcionar herramientas adecuadas a profesionales de la salud, cuidadores y familiares con personas que han sufrido accidentes discapacitantes para saber cómo actuar ante dicha situación.

# **Capítulo II**

## **Marco Teórico**

En este capítulo se revisarán los diferentes conceptos teóricos necesarios para poder establecer y elaborar una guía de acompañamiento.

Dentro de los conceptos a revisar están los relacionados con la intervención en crisis, la logoterapia, la terapia centrada en el cliente, trabajo de duelo, entre otros.

## **2.1 Definición de Discapacidad**

En el informe del INEGI (2004) se menciona diferentes conceptos que tienen que ver con la misma situación, pero que se definen de manera diversa, entonces, se tiene que:

**Deficiencia:** hace referencia a las anomalías de la estructura corporal, de la apariencia y de la función de un órgano o sistema, cualquiera que sea la causa; en principio las deficiencias representan trastornos en el nivel del órgano (dimensión orgánica funcional).

**Discapacidad:** refleja las consecuencias de la deficiencia a partir del rendimiento funcional y por lo tanto, de la actividad del individuo; representan trastornos en el nivel de las personas (dimensión individual).

**Minusvalía:** hace referencia a las desventajas que experimenta el individuo como consecuencia de las deficiencias y discapacidades; así, las minusvalías reflejan dificultades en la interacción y adaptación del individuo al entorno (dimensión social). (p.24)

De forma general, la Organización Mundial de la Salud menciona que:



“Discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales”. (OMS, 2011s/pag)

Como una conclusión del término; se puede mencionar que es la pérdida o la restricción de la capacidad de movimiento, desplazamiento y equilibrio de una parte o de todo el cuerpo. Y que puede ser pasajera o permanente, por un mal funcionamiento del sistema óseo, articulaciones, músculos y sistema nervioso.

Las causas en general de la discapacidad son:

- Congénitas: que se da dentro del útero o en el nacimiento sin que existan componentes hereditarios
- Hereditarias: tienen componentes genéticos
- Accidentales: por un fenómeno que ocurre sin desearlo o promoverlo, pero que causa la discapacidad
- Enfermedades diversas: que pueden llevar a la discapacidad
- Quirúrgicas: por algo que sucede en quirófano ya sea porque es planeado o no
- Yatrógenas: incluye lo quirúrgico, farmacológico y lo terapéutico
- Desequilibrio social: por falta de aceptación y marginación de grupos específicos. (Torices, 2006; p.23)

Tomando en cuenta lo anterior, se puede agregar que las áreas que afecta la discapacidad abarcan lo físico, lo mental y lo social como comenta Torices (2006) sin embargo se podría agregar otra área que puede ser afectada o más bien que puede ser usada para apoyar a la persona que ha sufrido una discapacidad o la sufre y es el área espiritual, en donde se buscará que se resignifique lo sucedido para poder seguir adelante a pesar de todo.

### 2.1.1 Discapacidad Física

Para este trabajo, la discapacidad a tomar en cuenta es la física que abarca diferentes tipos de problemas en médula, espina dorsal, piernas, brazos, tronco. En casi todos los artículos que se revisaron para este trabajo, se incluían muchas otras cosas y en otros, no se incluían como tal. Por lo que pareciera que una definición general de discapacidad física no existe, lo que si existe, es que casi todos mencionaban que abarca la dificultad motora de cualquiera de las áreas mencionadas. Sin embargo, se podría mencionar que la discapacidad física es una desventaja, resultante de una imposibilidad que limita o impide el desempeño motor de la persona afectada.

Para ser más específicos, dentro de la discapacidad física existen varios tipos de esta como:

*Lesión medular:* Es un daño que se presenta en la medula espinal puede ser por una enfermedad o por un accidente y origina perdida en algunas de las funciones movimientos y/o sensibilidad.

*Esclerosis múltiple:* Es una enfermedad fundamentalmente inmunológica, en la cual se produce una suerte de alergia de una parte del sistema nervioso central, afectando los nervios.

*Parálisis cerebral:* Es un conjunto de desórdenes cerebrales que afecta el movimiento y la coordinación muscular. Es causada por daño a una o más áreas específicas del cerebro, generalmente durante el desarrollo fetal.

*Mal de Parkinson:* Entre las enfermedades neurológicas, el Mal de Parkinson (MP) ocupa el cuarto lugar en incidencia. En donde el movimiento sin control, generalmente de manos y brazos hace muy complicado el tomar o detener objetos.

*Espina bífida:* Malformación congénita manifestada por falta de cierre o fusión de uno o varios arcos posteriores de la columna vertebral, con o sin exposición de la médula espinal, lo que sucede durante el primer trimestre de la gestación.

*Distonia muscular:* Es un síndrome que consiste en contracciones musculares sostenidas en el tiempo. La mayoría de las veces causa torsiones, movimientos repetitivos y/o posturas anómalas. (Sierra, Olga, s/a, s/pág.)

Para entender un poco más estas clasificaciones se puede mencionar su clasificación a partir del origen del trastorno (Mateo, André, s/a, p.19):

<b>De origen cerebral</b>	<b>Parálisis cerebral</b> <b>Traumatismo craneoencefálico</b> <b>Tumores</b>
<b>De origen espinal</b>	Poliomielitis Espina bífida Lesiones medulares, degenerativas Traumatismo medular
<b>De origen muscular</b>	Miopatías (distrofia muscular progresiva de Duchenne, distrofia escapular de Landouzy-Djerine)
<b>De origen óseo-articulario</b>	Malformaciones congénitas (amputaciones, luxaciones, astrogriposis) Distrofias Microbiana (osteomielitis aguda, tuberculosis) Reumatismos infantiles Lesiones osteo- articulares

Ahora si se clasifica a partir de la topografía del trastorno, entonces se menciona lo siguiente (Mateo, André, s/a, p.20):

- Si es una extremidad la afectada: Monoplejía
- Si son dos extremidades afectadas:

- Diplejía: afectación mayor de los miembros inferiores con respecto a los superiores
- Paraplejía: se afectan ambas piernas
- Hemiplejía: se afecta medio cuerpo en el eje vertical, es decir pierna y brazo del mismo lado
- Si son tres las extremidades afectadas: Triplejía
- Y si son las cuatro extremidades las afectadas: tetraplejía

Y por último se pueden clasificar a partir del grado de afectación (Mateo, André, s/a, p.21):

<b>Afectación leve 23% del total</b>	<b>Afectación moderada 39% del total</b>	<b>Afectación severa o grave del 39 al 100%</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● movimientos torpes que afectan la motricidad fina</li> <li>● desplazamiento autónomo</li> <li>● autonomía personal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● marcha inestable y problemas en el control de las manos. Problemas en motricidad fina y gruesa. Marcha inestable, necesita ayuda en el desplazamiento con bastón o andadera. Control funcional de la cabeza</li> <li>● cierto grado de realización independiente de acciones físicas cotidianas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● si control de extremidades. No puede caminar. Control defectuoso o ausente de la cabeza</li> <li>● inhabilidad para realizar acciones cotidianas, dependencia total</li> <li>● déficit en la percepción o en lo sensorial</li> <li>● dolor constante o profundo</li> </ul>

Independientemente de su etiología o su clasificación la realidad es que las personas en situación de discapacidad física necesitan apoyo, sobre todo si esta discapacidad es como parte de una crisis situacional, y antes de ella, la persona tenía la capacidad de movilidad e independencia física para ir y hacer lo que quisiera.

Aunque el enfoque se da en accidentes físicos que causan deficiencias o discapacidades motoras, podría utilizarse para las demás situaciones descritas, pues al final, todas alteran de una u otra manera tanto a la persona afectada directamente como a todos los involucrados indirectamente.

## **2.2. Duelo**

El duelo es un proceso personal es decir, que aunque se sigan algunos pasos para su resolución, por lo que muchas de las veces se nota la diferencia de afrontar y recuperarse de una persona a otra, a pesar de que hayan tenido un suceso parecido o hasta haber estado en el mismo lugar, momento y que a una de ellas le haya pasado ciertas cosas y al otro no.

Para elaborar el duelo es necesario tomar en cuenta, como lo menciona Díaz Maldonado (2012) los siguientes aspectos que en este trabajo están relacionados con el duelo no de muerte sino de pérdida física a partir de un accidente en particular. Por lo tanto es importante tomar en cuenta:

- Calidad de la relación con la persona
- Circunstancia del accidente
- Personalidad (temperamento, historia, conflictos personales)

- Participación en el cuidado del ser querido antes, durante y después del accidente
- Disponibilidad o no de apoyo social y familiar
- Problemas concomitantes (economía, aparatos especiales, movilidad, atención médica, hospitalización, rehabilitación, etc.)

El duelo por decirlo de alguna manera, es la manifestación de la pérdida y generalmente está relacionado con la muerte física, pero bien se puede utilizar en otros contextos, como el que se plantea en este trabajo. El duelo como tal, es normal, es decir todos tenemos ese proceso de duelo, de llorar, enojarnos, negociar y aceptar lo que sucede, cuando se llega a dar el caso en que la persona no logra trabajar su proceso de duelo de manera funcional, suele suceder que se deprime o se enoja tanto que no soporta más su vida y algunas de las veces puede llegar hasta el suicidio, como parte de la desesperación y no aceptación de su circunstancia presente.

Existen varios autores que manejan las etapas o fases del duelo. John Bowlby(1980) maneja cuatro fases de elaboración y son las siguientes:

- 1) Fase de embotamiento de la sensibilidad: es como si se dijera que no está sucediendo, como si vivieran en una sueño, del cual están esperando despertar, no acepta la realidad, pueden suscitarse momentos de rabia y de dolor muy profundos
- 2) Fase de anhelo y búsqueda de la figura perdida: adaptándola al presente trabajo, esta fase es cuando la persona se comienza a ser consciente de la pérdida, del suceso y de su realidad; surgen pensamientos obsesivos, los sentimientos son poderosos y hay una necesidad de buscar soluciones pero de forma acelerada y no clara, solo no se quiere seguir con la situación.

- 3) Fase de desorganización y desesperanza: es cuando la persona se hace consciente de la situación o de la pérdida y se permite deprimirse y sentirse un tanto víctima y se enoja y se pregunta qué hubiera pasado si... etc.
- 4) Fase de reorganización: esta fase más o menos comenzará después de un año del acontecimiento, pero por supuesto que puede ser antes o después y depende de los factores mencionados con anterioridad de los apoyos tanto internos como externos. Al final en esta etapa la persona acepta y es cuando se abre a la renovación o a la resignificación del suceso.

Es importante tomar en cuenta que no se puede dejar de lado en ningún momento la capacidad resiliente del sujeto, pues es a partir de ella la persona logrará salir delante de una manera funcional o no, rápida o lenta, muy dañada o lo menos dañada que se pueda, por lo que se hablará de ese concepto en el siguiente apartado.

El trabajo de duelo es para todos los participantes puesto que se tienen que desprender y despedir de su vida como era antes del accidente, es decir, vivir la realidad del momento, en donde no se puede suplantar lo que cada uno es, por lo que el trabajo de duelo, en este caso es que pueden permitirse la expresión de sentimientos, etc.

Se puede trabajar desde varios enfoques, pero siempre es necesario que se comience cuando la persona, verdaderamente se siente lista de salir adelante, con alguna dificultad tal vez, pero lo suficientemente funcional como para intentar el resignificado de lo que sucedió.

El trabajo de duelo es básico por lo que el cuidador necesita estar muy pendiente del “silencio” y de las frases como: “estoy bien”, “no fue para tanto” porque si se asume sin cuestionarse, entonces es más fácil seguir enfocado para poder continuar con el trabajo. Es decir, necesita saber observar, más allá Se podría decir que si no se comienza el trabajo de duelo, es difícil que se pueda continuar con los demás aspectos que también son importantes.

Para darse cuenta de la importancia del duelo, se puede decir que, si una persona no se permite su vivencia, entonces “el nuevo” comienzo se encuentra sin cimientos, o con cimientos no tan funcionales, por el hecho de la prisa en resolver ese duelo. Parece que es necesario re plantear la forma de expresión emocional.

No se puede dejar de mencionar a Elizabeth Kübler- Ross, pionera del trabajo con moribundos y quien da las fases del duelo que más se utilizan en la jerga psicológica. Ahora bien, aunque este trabajo no habla de moribundos, si lo hace sobre el duelo de las personas que han vivido algún tipo de accidente físico discapacitante y que puede tener variadas consecuencias, como lo es por ejemplo, la amputación de una pierna.

La Dra. Kübler-Ross maneja cinco etapas de duelo (anexo V) tales como negación, ira, negociación, depresión y aceptación; estas etapas como lo mencionan en diversos artículos revisados, mencionan que no son fijos ni secuenciales, por lo que una persona podría empezar desde cualquiera de estas etapas, siendo la más común la negación ante el hecho que le está sucediendo. Cabe aclarar que estas etapas fueron hechas al menos al principio, para los moribundos y para las personas en duelo por muerte de ellos, ahora se ha utilizado para todo tipo de duelos.

A continuación se mencionará concretamente cada etapa, para aclararlas y conocerlas: (Martínez 2014 s/p)

- **NEGACIÓN** la sensación es de estar como anestesiados, como si se viera que el mundo continúa pero que la persona en negación siente que esta parada, en shock en total incredulidad de la situación que está viviendo. Es una forma de protegerse ante la noticia de la pérdida. Es una necesidad para empezar a creer en lo que está pasando.
- **IRA** puede ser contra el ser querido que sufrió el accidente y le reprochamos que no se haya cuidado mejor, o ira hacia otros seres que amamos y continúan próximos a nosotros, o también ira hacia nosotros mismos por los motivos que fuere (no haber cuidado lo suficiente a quien



amamos, no haber visto las señales de su malestar, no haber pedido ayuda a tiempo, por no haberlo podido evitar, etc.). Kübler-Ross indica que esta emoción sólo aflora cuando nos sentimos suficientemente seguros para saber, o intuir, que probablemente sobreviviremos, es decir es una forma de culparnos porque o no dijimos, o no hicimos o no soportamos ver al otro en la situación en la que está.

- **NEGOCIACIÓN** puede aliviar temporalmente el inmenso dolor que significa el duelo. Es una sensación que permite creer que se puede restaurar el orden en el profundo caos que nos rodea.
- **DEPRESIÓN** generalmente llega después de la negociación al ir asumiendo, la realidad, la realidad que ya no se puede negar. Generalmente, la sensación es de vacío y la creencia es que esta etapa durará para siempre. Muchas de las veces esta etapa es la más profunda y larga, pues la persona depresiva no tiene muchas fuerzas ni a nivel físico ni a nivel emocional. Una persona que sale de este estado es por su fortaleza personal y por el apoyo de su familia, amigos, pareja, etc.
- **ACEPTACIÓN** cuando la persona que vive el duelo puede volver a respirar, puede ver de nuevo a su alrededor, puede empezar a hacer planes (aunque sean mínimos), empieza a ver la realidad y desde esa realidad continúa.

Se necesitan tomar en cuenta estas fases, puesto que desde ellas se parte para poder entender a la persona que ha sufrido el accidente, como los que están a su alrededor, incluido el cuidador que puede manifestar alguna de estas fases de forma alterada y entonces no lograr apoyar como necesita la persona accidentada.

## 2.3 Intervención en Crisis

Debido a que se está analizando lo que le sucede a las personas que han sufrido un accidente físico discapacitante, en donde la movilidad ha sido disminuida o ha desaparecido por completo; es importante tomar en cuenta que tanto la persona que lo ha sufrido, tanto como sus familiares y/o pareja es necesario primero intervenir en crisis tanto de primer como de segundo grado.

Es importante definir lo que es crisis: Es un estado temporal de trastorno y desorganización; se caracteriza por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares, utilizando métodos cotidianos para resolución de problemas y por el potencial para obtener un resultado radical (Slaikeu, 1996)

Las crisis se pueden dividir en circunstanciales y del desarrollo. Las crisis en el desarrollo son las que se relacionan con el cambio de una etapa de crecimiento o desarrollo a otra, desde la infancia hasta la adultez mayor. Estas crisis son específicas en cada etapa. Sin embargo, ambos tipos de crisis se pueden mezclar y tener una crisis circunstancial dentro de una situación de desarrollo. (Slaikeu, 1996)

Básicamente las crisis circunstanciales son accidentales o inesperadas y pueden suceder en cualquier momento de la vida, por lo que cualquier persona sin importar su edad o momento de vida, puede ser propenso a que le suceda algún accidente que lo lleve a alguna discapacidad física, por ejemplo.

Las características principales es que es un trastorno repentino, por lo tanto es inesperado, tiene calidad de urgencia; podría tener un impacto potencial sobre comunidades completas y supone se da a partir un peligro y también podría darse una oportunidad, y esto último es el objetivo de este trabajo, el buscar a partir de resignificar los hechos, que tanto los familiares como la persona que tuvo el accidente puedan resignificar lo sucedido y continúen con sus vidas, ahora de forma diferente tal vez, sin embargo sabiendo que su vida no terminó sino que a

pesar de todo tienen una nueva oportunidad de seguir viviendo, y ellos decidirán el cómo lo harán y desde que actitud la tomarán.

La crisis como tal, tiene fases (Prewitt, 2001) y cada una de ellas, tiene características particulares y que afecta de forma diferente a los individuos:

- A) Fase I: Evento precipitante
- B) Fase 2: Respuesta desorganizada
- C) Fase 3: De explosión
- D) Fase 4: Estabilización
- E) Fase 5: Fase de adaptación

Cada fase mencionada (ver anexo I) es parte del desarrollo de la crisis, primero la persona vive ese momento donde su vida va a cambiar de diferentes maneras; al vivir esto, la persona no tiene una organización mental, emocional o física pues está afrontando cosas nuevas y no esperadas. Después vendrá la fase de explosión donde los sentimientos más comunes son de enojo y tristeza, desesperación, etc. Cuando la persona, se ha permitido “sacar” lo que siente, entonces se comienza a estabilizar hasta que logra adaptarse, es aquí donde se incorporaría la resiliencia.

La resolución de cualquiera de las crisis que pueda presentar una persona depende de los recursos materiales, sociales y por supuesto los personales individuales, todos son importantes y se apoyan unos a otros, pero como también menciona Slaikeu(1996, p. 25) “un individuo es mucho más que la suma de conducta, sentimientos, atributos físicos, relaciones interpersonales y pensamientos”. Parte del trabajo del cuidador, es conocer estas fases y acompañar en el transcurso de cada una de ellas.

Se tomará en cuenta el uso del sistema CASIC, en el anexo 1 se muestra como cada apartado buscará recoger información necesaria para saber en su mayoría como se encuentra la persona afectada, es decir se utilizará para hacer el diagnóstico que ayudará para comenzar el acompañamiento.

En este trabajo se tomará en cuenta la intervención en crisis de segundo orden por lo que se asume que el programa a proponer será para trabajar con personas que ya tuvieron los primeros auxilios y el trabajo de intervención en crisis de primer orden. Se habla entonces, de que las personas que se tomarán en cuenta para este trabajo, ya fueron tratadas por lo menos de forma médica y que su vida no corre un peligro inminente, pues está siendo atendido de forma adecuada, y que sus familiares están hasta cierto grado apoyando a su sanación tanto física como emocional.

Es imperativo recordar que en la terapia de crisis se busca a) la supervivencia física a la experiencia de la crisis, b) identificar y expresar los sentimientos que la acompañan, c) obtener dominio cognitivo de ella y d) hacer un rango de adaptación conductual e interpersonal necesarias para la misma (Slaikeu, 1996).

### **2.3.1 Evaluación de herramientas personales y situación de la crisis a partir del modelo CASIC. (Slaikeu,1996)**

El uso del modelo CASIC (ver anexo I) busca el acceso a la información necesaria que ayude a realizar el diagnóstico y el acompañamiento tanto de la persona en situación de discapacidad física y de sus familiares, y si aplica, de su pareja también. Las características del modelo CASIC son convenientes pues la información que se saca a partir de la entrevista de evaluación proporcionará lo necesario para saber por ejemplo si la persona antes del accidente era tímida o se volvió tímida a partir de él; también podemos saber que les gustaba hacer y que de eso podrá continuar haciendo.

También nos ayuda a saber un poco si está teniendo ataques de ansiedad o depresión y descartar que sea por estrés post-traumático El estrés post-traumático es un tipo de situación que cuando pasa, comienza muy seguido de la situación atemorizante, peligrosa o accidental que lleva a momentos de angustia

profunda, miedo y desesperación . La importancia de descartar si solo es una cosa o son muchas cosas juntas, es el grado de desilusión que tiene la persona y por ende, la posibilidad de salir adelante antes de que decaiga por una depresión.

Para poder revisar cuáles son sus fortalezas y en qué áreas necesita reforzamiento; se debería realizar una entrevista basada, precisamente en el modelo CASIC en donde se retoman aspectos pasados, para retomar evidencias sobre los amores, miedo, capacidad de autoregulación orgánica; también sobre el control interno, las pruebas superadas o no; en sí, al saber cómo se relaciona con el mundo y con ella misma, es mucho más fácil trabajar y apoyar con este conocimiento, que si no se tuviera.

CASIC también arroja, las enfermedades y problemas de salud que se han presentado durante su vida y eso apoya no solo el tratamiento médico y físico sino que también se pueden revisar o suponer que tipo de enfermedades ha tenido y cómo las ha superado y quien o quienes han estado involucrados en esas situaciones. En general, la entrevista clínica basada en este modelo de intervención en crisis aporta la información necesaria para hacer más eficiente el tratamiento y por ende que la calidad de vida de la persona sea mucho más funcional y plena, dentro de su capacidad física actual.

### **2.3.2 Estrés Postraumático**

Se trata de un trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o una situación breve o duradera de naturaleza muy amenazante y causa un malestar generalizado. Está catalogado en el DSM-5 (2014) en el capítulo de Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés con la clasificación 309.81 (F43.10) y menciona que los criterios presentados a adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años. A continuación se presentará de manera casi textual los criterios específicos que maneja el DSM-5 (161-165pp), para poder ser usado en este trabajo.

- A) Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más de las formas siguientes): habla sobre la presencia directa o indirecta al suceso, ya sea porque le sucedió a la persona o a alguien muy cercano.
- B) Presencia de uno o más síntomas que comienzan después del suceso: recuerdos, sueños, sensación de repetición del suceso, malestar psicológico intenso o prolongado, reacciones fisiológicas intensas como temblores, desmayos, gritos, etc. Y todo con una sensación de ansiedad
- C) Evitación persistente de estímulos asociados al suceso traumático: evitación de recuerdos, lugares, etc.
- D) Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso: incapacidad de recordar aspectos importantes del suceso, creencias y expectativas negativas y exageradas, percepción distorsionada de la causa o consecuencias, estado emocional negativo, disminución de interés por actividades significativas y/o cotidianas.
- E) Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso: comportamiento irritable, comportamiento imprudente e impulsivo, hipervigilancia, respuesta exagerada de sobresalto, problemas de concentración, alteraciones del sueño.
- F) La duración es mayor a un mes (criterios B, C ,D)
- G) La situación causa malestar clínicamente significativo.
- H) La alteración no se puede atribuir al consumo de alguna sustancia.

Se considera necesario conocer sobre este trastorno, pues es muy probable que este viviendo el evento discapacitante, le sea más complicado trascender el suceso y por ende, llegar hasta este trastorno.

Los síntomas más comunes serían: exceso e insuficiencia de sueño, ansiedad constante, dificultad para confiar en otras personas, cansancio e irritabilidad frecuente, auto lastimarse o degradarse con pensamientos y acciones, “flashback” constantes recordando el suceso, desesperación, deseo de minusvalía, entre otros. (AACH, 2014)

Ahora bien, ¿cuáles serían los enfoques teóricos, además de la terapia de intervención en crisis o del estrés postraumático? O en el caso de esta tesina, en cuáles de los enfoques psicoterapéuticos, podrían ser muchos; sin embargo, lo que importa es la persona que necesita ser cuidada. Por lo que se tomará en cuenta a la logoterapia, para el sentido de vida, la terapia centrada en el cliente, para las actitudes, el trabajo de duelo, para la trascendencia y la resiliencia “para continuar a pesar de...” y recuperarse de lo sucedido.

## **2.4 Logoterapia**

Esta forma de terapia, la construye Viktor Frankl después de haber sobrevivido a la Alemania nazi donde se da cuenta de que lo que importaba para no quebrarse era buscarle sentido a lo que iba sucediendo, en pocas palabras lo que se necesitaba era resignificar la situación para salir adelante.

La logoterapia busca que la persona se haga responsable de su propia existencia y desde lo terapéutico es importante la relación entre el paciente y el terapeuta, puesto que es lo más significativo en el proceso, mucho más importante que cualquier otra cosa.

De lo que interesa a esta tesina de la logoterapia, es el no perder la sensación de ser humanos y poder apoyar de una manera existencial tomando en cuenta.

1. El proceso terapéutico consiste en una cadena continua de improvisaciones.
2. El ser humano necesita verse como algo holístico, es decir completo y no solo sus partes, para que entonces no sea solo una parte, sino que sea ese ser completo donde alguna de las partes necesita apoyar, para entonces desde la totalidad salga adelante.

3. Es básica la voluntad del sentido, para poder resignificar la vida, pero solo puede tener esa voluntad cuando se responsabiliza de su propia existencia y de su finitud.
4. Esta técnica es especialmente efectiva en el tratamiento breve de fobias acompañadas de ansiedad anticipatoria. No es un método superficial, ya que afecta a las capas más profundas de la persona. Es una "*reorientación existencial*".
5. En el verdadero sentido de la palabra, la logoterapia se basa en el principio logoterapéutico del "*antagonismo psiconoético*", que se refiere a la capacidad específicamente humana de separarse, no sólo del mundo, sino también de uno mismo.
6. Dentro de las técnicas logoterapéuticas La intención paradójica cambia la "pasividad errónea" por una "correcta pasividad". La de-reflexión cambia la "actividad errónea" por una "correcta actividad".
7. En general, busca cambiar la forma de ver la situación dándose cuenta que el sufrimiento ayuda a llegar a la madurez y es necesario distinguir que existen dos tipos: el que tiene sentido y el que es sin sentido. El sufrimiento sin sentido, solo hace que suframos y no hagamos nada para salir adelante, vamos cayendo en una depresión cada vez más profunda en cambio; cuando nuestro sufrimiento tiene un sentido, nos permitimos sentirlo y después se puede continuar con nuevas fuerzas a partir del resignificado. (Frankl, 2005)

Es por lo anterior que la logoterapia se considera parte de las terapias existencialistas, pues ayuda a darle un significado real y para este trabajo es esencial el cambio de significado del accidente, pues mientras solo se vea las consecuencias negativas, a la persona le costará mucho más salir adelante y continuar con su vida, ahora con nuevas características y retos.



Será un apoyo para la resiliencia y entonces se podría suponer que habrá aprendido algo, de la experiencia y que lo que toca, es continuar. En la guía breve de apoyo, lo que interesa más que la parte terapéutica; es el tomar en cuenta el apoyo al paciente a partir de apoyarlo para que resignifique su vida y la pueda reconstruir a partir de lo que le sucedió. También es básico para el cuidador, sobre todo si es un familiar o la pareja, pues es necesario que busque un nuevo significado de la relación con el paciente y de sí mismo con su entorno y lo nuevo que tendrá que afrontar.

## **2.5 Terapia Centrada en el Cliente**

Carl Rogers (2001) maneja que lo más sanador del proceso terapéutico es la misma relación entre cliente y terapeuta y que además es necesario tener en cuenta la necesidad de ser auténtico en la relación y eso ayudará a que la persona se abra a la experiencia, por lo cual solo mostrándose verdaderamente como soy, el otro se atreverá en su momento también ser quien es. La segunda condición es la aceptación positiva incondicional del otro, porque solo es a partir de esta aceptación que el otro, puede darse la oportunidad de sentirse persona y no solamente una cifra o una situación, por lo que la aceptación no es suficiente sino va junto con la comprensión y esta es la tercera condición: la empatía.

Basándonos en estas condiciones de Rogers, es que se buscaría estar presentes tanto en la terapia grupal como en la individual para apoyar positivamente a las personas involucradas. Pero antes de poder trabajar a partir de estas terapias, es necesario saber cómo acompañar al paciente.

Rogers (1997, P.60) menciona que “el terapeuta es capaz de participar plenamente en la comunicación del cliente”. Mencionando además características necesarias que se deben tomar en cuenta. Citando textualmente:

“Los comentarios del terapeuta están siempre de conformidad, con lo que el cliente trata de transmitir. El Terapeuta ve al cliente como un colaborador en un problema común. El terapeuta trata al cliente como un igual. El terapeuta es capaz de comprender los sentimientos del cliente. El terapeuta realmente trata de comprender los sentimientos del cliente. El terapeuta sigue siempre la línea de pensamiento del cliente. El tono de voz del terapeuta transmite la plena capacidad de compartir los sentimientos del cliente” (Rogers, 1997. P. 60)

Si lo anterior se contextualiza, se puede mencionar la importancia de que el cuidador no desvalore a la persona en situación de discapacidad física y que esté consciente de la gama extensa de sentimientos que se estarán llevando a cabo, puesto que estará viviendo una crisis circunstancial y necesita afrontarla. Más adelante se comentará como más puede apoyar la terapia centrada en el cliente.

Parte de la recuperación del paciente será que el cuidador pueda e intente escuchar lo que necesita, lo que quiere y lo que no quiere. La Dra. Elisabeth Klübler Ross, en sus escritos maneja la idea que el enfermo deja de tener voz propia, y que se olvidan de preguntarle si quiere o no quiere, a pesar de que es su vida o su cuerpo el que está siendo afectado. Por ende, si el cuidador puede retomar los principios de Rogers, podría ser un aliado en su recuperación, más que un posible estorbo.

## **2.6 Acompañamiento humanista**

Básicamente no hay una definición específica de lo que es el acompañamiento humanista sin embargo, si se puede decir que abarca varios aspectos como lo menciona Rogers a partir de su terapia centrada en el cliente, donde lo importante es la aceptación positiva incondicional del otro, la empatía y la

escucha para en verdad, estar siendo uno y con la vivencia del otro y desde ahí acompañarlo al camino que elija caminar.

Pareciera que es más fácil decir lo que no es, un acompañamiento humanista; por lo que esta forma de estar con el otro, no implica expectativas, no implica no estar presente, no implica sentir lástima o compasión lastimosa por los sucesos en la vida de la persona afectada; tampoco implica obligar a sanar o a apurarse en recorrer el camino.

Cuando se hace el acompañamiento humanista, los signos esperados para tener una idea del parámetro de crecimiento personal durante este acompañamiento son los siguientes según Myriam Muñoz (1995 p. 68):

- Incremento en el darse cuenta
- Mejor percepción del sí y del mundo externo
- Mayor responsabilidad de las sensaciones, sentimientos, pensamientos y acciones
- Incremento del auto apoyo
- Menor culpabilidad hacia el exterior
- Habla cada vez más en primera persona
- Comunica mas integralmente sus pensamientos, sentimientos y sensaciones
- Está más en el aquí y en el ahora
- Se vuelve más creativa
- Aprende a reírse más de sí misma
- Su ritmo de contacto- retirada es más fluido
- Incremento de la sensación de vitalidad

- Incremento de la tranquilidad emocional
- Mejoramiento de sus relaciones interpersonales
- Incremento en la auto aceptación

Y podría agregarse además, la aceptación de la situación que no se puede cambiar y el coraje para hacer algo con las que sí se pueden cambiar, además de una legítima renuncia a lo que fue la vida antes del accidente y la aceptación de lo que ahora es, no desde una parte conformista, sino desde esta parte real que al momento de aceptarla y rendirnos a ella, se puede entonces hacer un cambio en la forma o situación, no desde la situación pero sí desde la actitud. Y es la actitud, que tome el acompañante lo que apoyará positivamente o no.

Dentro de este estar humanista, es fehaciente que se acompañe con cuidado de no utilizar la docena sucia (puede revisarse en el Anexo II) para evitar de todas las formas posibles, ensuciar el proceso terapéutico utilizando alguna de ellas, ya que es precisamente “sucia” porque no me permite ver claramente al otro y eso incluye sus necesidades y emociones.

Por lo anterior y sin tener una definición clara, se considera que una excelente forma de verlo es como lo menciona Rogers en su libro del Proceso en Convertirse en Persona (2001, 44 y 45 pp.):

“Si puedo crear una relación que, de mi parte, se caracterice por una autenticidad y transparencia y en la cual pueda yo vivir mis verdaderos sentimientos; una cálida aceptación y valoración de la otra persona como individuo diferente, y una sensible capacidad de ver a mi cliente y su mundo tal como él lo ve:

Entonces, el otro individuo; experimentará y comprenderá aspectos de sí mismo anteriormente reprimidos; logrará cada vez mayor integración personal y será más capaz de funcionar con eficacia; se parecerá cada vez más a la persona que quería ser; se volverá más personal, más original y expresivo; será más emprendedor y se tendrá más confianza; se tornará

más comprensivo y podrá aceptar mejor a los demás, y podrá enfrentar los problemas de la vida de una manera más fácil y adecuada.”

Y eso es precisamente lo que su busca lograr con las personas que estén en situación de discapacidad física, que desde el poder expresarse, puedan comenzar a sanar.

Cómo se puede ver en el dibujo del anexo III de abajo hacia arriba es como la importancia de cada momento; si no se comienza con el trabajo de duelo y después del sentido de vida, va a ser muy complicado que pudiera tomar su vivencia como un aprendizaje significativo y que eso sea el impulso para salir adelante, más todo lo demás. Por todo lo demás, se refiere a la propia naturaleza de la persona, al apoyo de la pareja, de los hijos y de la familia, a las expectativas que tenía en cuanto a su trabajo, relaciones, escuela o etc.

También influirían el tipo de lesión y el dolor que causa. Y por la movilidad que de pronto se pierda y también se podrían agregar, sentimientos muy exagerados sobre el suceso como por ejemplo, la culpa, el miedo o el enojo, ansiedad entre muchos otros más.

Durante el acompañamiento humanista, el rol del acompañante es básico pues se espera que no busque ni el protagonismo, ni se obsesione con que el paciente tiene o puede salir adelante. Es importante recordar que una de las cosas que la psicología humanista maneja, es ese respeto por el tiempo personal, por lo que cada uno de nosotros cuenta con un mecanismo de autoregulación orgánica (Muñoz, M. 1996) que hará que algunas personas salgan más rápido que otras que están viviendo la mis circunstancia de vida.

Lo anterior significa, que todo acompañamiento humanista es precisamente, el acompañamiento de esos sentimientos, emociones y necesidades, sin dejar de estar abierto a la realidad que se presenta y que muchas de las veces, sobrepasa a los involucrados. Por eso, el acompañamiento buscaría dar la sensación de apoyo y contención al paciente.

## 2.7 Resiliencia

Resiliencia significa esa “Capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas e inclusive, ser transformado por ellas” (Grotberg, 1995). Gracias a esa capacidad, es que todos los seres humanos podrían salir adelante, sin embargo no todos los seres humanos hacen uso de esa capacidad y cuando sucede eso, es necesario el apoyo terapéutico por ejemplo. Para Vanistendael (1994) la resiliencia tiene dos componentes; el primero es la resistencia ante la destrucción o como lo menciona tener la capacidad de proteger su propia integridad; el otro componente es la capacidad de construir un comportamiento de vida positiva, independientemente de la circunstancia adversa.

Ahora bien, cuando una persona está pasando por una crisis es el momento en el que la resiliencia se hará o no presente. Esta capacidad puede venir dentro de la persona como parte de su propia personalidad o puede crearse a partir de la situación de crisis, pareciera que independiente de todo, la resiliencia la tenemos todos, excepto que no todos la logran desarrollar completamente. Es importante considerar que la resiliencia no es una capacidad estática, puede variar a lo largo de la vida porque depende también del momento y de la forma en la que se esté.

Indica la necesidad de focalizar la búsqueda en los recursos personales y ambientales de que disponen los individuos, sus familias y la comunidad. La resiliencia no es un rasgo que las personas tienen o no tienen. Conlleva conductas, pensamientos y acciones que cualquier persona puede aprender y desarrollar.

Se trata de una nueva mirada de la manera en que los diferentes seres humanos afrontan posibles causas de estrés y que en este trabajo se refiere a la situación de la discapacidad física y el afrontamiento de la misma, no solamente con la persona directamente afectada, sino también con los familiares y/ o pareja.

En algunos trabajos se menciona que los individuos “resilientes” se destacan por poseer un alto nivel de competencia en distintas áreas, ya sea intelectual, emocional, buenos estilos de enfrentamiento, motivación al logro autosugestionado, autoestima elevada, sentimientos de esperanza, autonomía e independencia, entre otras.

Para esclarecer el fenómeno de la resiliencia, los estudiosos han apuntado a las características del ambiente en que se han desarrollado los sujetos resilientes: han tenido corta edad al ocurrir algún evento traumático; han provenido de familias conducidas por padres competentes, integrados en redes sociales de apoyo, que les han brindado relaciones cálidas.

Sin embargo, como ya se ha mencionado antes, cualquiera puede volverse resiliente, algunos necesitarán más apoyo que otros, pero todos tienen la capacidad de lograrlo. En algunos casos, será necesario más que en otros, el apoyo ambiental social y familiar para que salgan adelante, mientras que en algunos otros, esto no será un factor determinante.

Durante la práctica terapéutica se puede ver que el auto concepto es un factor igual o más importante que los demás, aunque se debe tomar en cuenta, que ese auto concepto se forma a partir de los otros también, por lo que no se puede descartar ningún aspecto. (Carretero, 2014)

Por lo anterior, este concepto es básico para el acompañamiento, pues pareciera que tanto la dama como el caballero, podrían lograr una mejor forma de comunicación dentro de la expresión oral.

## **Capítulo III**

**Guía de acompañamiento para cuidadores de personas  
que han sufrido accidentes físicos discapacitantes**



En este capítulo se revisará la parte teórica de la propuesta de

acompañamiento, que busca como su nombre lo indica, acompañar en el proceso de sanación a la persona que ha sufrido un accidente y que a partir de esa situación ha perdido algún tipo de movimiento o movilidad y que lo vive como algo discapacitante que no le permite continuar con su vida. Cabe aclarar que la guía breve como se pretende presentar, se muestra en el anexo VI, de este trabajo.

En el capítulo anterior se dieron conceptos básicos sobre los temas y/o formas de tratamiento a seguir, por lo que ahora se retomarán durante la propuesta de trabajo.

Para este trabajo, es de vital importancia dejar claro que el apoyo que se le dé a la persona que sufrió el accidente y que físicamente quedo con alguna deficiencia estará basado en los tiempos del paciente y no en los nuestros, es decir que, el acompañamiento que se les dará, será tomando en cuenta exclusivamente a los involucrados en el proceso.

Se les apoyará a que encuentren un significado a lo que vivieron, a las pérdidas que tuvieron tanto emocionales, como materiales, como familiares o laborales o sociales, médicas, en donde el paciente tiene esperanza de salir adelante a pesar de todo lo vivido y precisamente por todo lo vivido.

Y cuando no tiene esperanza, es que el terapeuta y/ o el acompañante utilizará conceptos de logoterapia para ayudarlo a reencontrar su sentido de vida y a veces hasta de identidad, debido a que si por ejemplo dentro del accidente, sufrió un daño por ejemplo en su rostro y para la persona en específico esto podría ser una causa severa de conflicto, porque –suponiendo- antes del accidente trabaja en algo en donde su rostro era importante, por lo que su sentir seguramente es muy profundo y por lo tanto, el trabajo de duelo será tal vez un poco más complicado que en otros casos.

Es por lo anterior, que el acompañamiento se vuelve esencial en la recuperación de todos los pacientes y específicamente de los que se tratan en este trabajo.

Tal vez si como se menciona en el apartado de la terapia centrada en el cliente el terapeuta puede acompañar desde todo su ser, hay una gran posibilidad de vivir desde este apoyo, su propio auto apoyo que en esos momentos de crisis, generalmente es mínimo. Sin embargo, debe de quedar claro que por más apoyo y buena intención y técnicas utilizadas, si la persona no tiene la disposición para salir adelante, se complica el acompañamiento y precisamente por ese tema, es que se busca el apoyo de la familia, la pareja y/o el cuidador ya que al mismo tiempo son parte de la situación existente.

La guía de acompañamiento propuesta se puede revisar, como se mencionó con anterioridad en el anexo VI de este trabajo. En este capítulo solo se hace la revisión de la parte teórica de la guía, mientras que en el anexo se describen de manera breve los pasos a seguir y algunas sugerencias tanto para los trabajadores de la salud principiantes como para los familiares cuidadores.

### **3.1 Características necesarias de los cuidadores de personas en situación de discapacidad física.**

La asesoría está unida al cuidado de la salud. La importancia del cuidador ya sea un psicólogo o trabajador social- a los cuáles a partir de este momento se les llamará profesionales de la salud- o un familiar, necesita tener características generales y específicas.

Dentro de las características generales podrían nombrarse por ejemplo (Ministerio de la Salud de Panamá, 2007):

- Responsabilidad

- Empatía
- Disposición voluntaria y deseo de ayuda
- Paciencia o deseo de desarrollarla
- Calidez y calidad humana
- Flexibilidad de comportamiento
- Conocer sus propios límites y limitantes
- Reconocer sus propias capacidades y deficiencias
- Capacidad de pedir apoyo a otros
- Suficiente seguridad en sí mismo

Tomar en cuenta diferentes emociones, que de alguna manera están o estarán presentes en algún momento durante el cuidado al paciente (Ministerio de la Salud de Panamá, 2007):

- **Confusión:** de no saber cómo actuar o responder a ciertas demandas del paciente o la situación.
- **Miedo:** a lastimar, a no saber actuar, a perder el control.
- **Desesperación:** por el comportamiento del paciente, los familiares o a la situación que se esté presentando.
- **Fatiga:** hay que tomar en cuenta de que muchos de esos pacientes no podrán moverse por sí mismos y a veces ni siquiera podrán apoyar aunque sea de forma mínima, por lo que la fatiga estará presente en lo físico. Tomando en cuenta que el cuidador la mayoría de las veces no es lo único que hace, después de apoyar al paciente, tiene que ir a otros trabajos o estudios o atender a otros, o porque tienen familia a la que ver;
- **Impotencia:** de no poder hacer más, de ver el sufrimiento del paciente, de la imposibilidad de cambio.
- **Automatización:** podría suceder cuando ya ha pasado mucho tiempo o cuando el cuidador se asume como “sabelotodo” que dejan de ver al paciente de forma particular y se olvidan de que cada

paciente es una persona y por ende cada paciente tiene necesidades diferentes.

- **Estrés por exceso de trabajo:** debido a una mala organización de tiempo o porque el caso del paciente sea complicado, por ejemplo.
- **Omnipotencia:** es sumamente importante que el cuidador “no pierda el piso” es decir, que no suponga que no necesita ayuda o que solo por el o por lo que hace, el paciente mejora. La omnipotencia solo hacer ver la poca conciencia de ayuda y un exceso de ser visto, es decir se cae en el narcisismo ( solo lo que yo hago está bien)

Ahora bien de forma particular podría considerarse lo siguiente:

- **Para familiares que cuidan**
  - Organización de tiempo, para que no descuiden a otras personas a su cargo, por ejemplo.
  - Tratar de ser empáticos
  - Qué no se dé un exceso de necesidad de ayudar, para que no obstaculice su recuperación
  - Permitirse enojarse y aprender a ser asertivos
  - No descuidar sus propias necesidades personales
  - Aprender a no permitir el chantaje o la manipulación
  - Ser realista con la situación y no exagerarla
- **Para profesionales de la salud(Ministerio de la Salud de Panamá, 2007):**
  - Conocimientos profundos o suficientes sobre el cuidado, y todo lo que representa
  - No perder la humanidad, es decir siempre recordar que se trabaja con personas no con otra cosa
  - Humildad, recordando siempre que son apoyo
  - Deben ser éticos y responsables

- Necesitan tener paciencia tanto para estar con la persona que están cuidado como con los parientes para responder dudas o explicar procedimientos
- Tomar en cuenta las fases de la crisis y si se da estrés postraumático

### **3.2 Acompañamiento a las personas que han sufrido accidentes físicos discapacitantes.**

El trabajo con todo individuo que ha vivido algún accidente físico discapacitante implica la necesidad de vivir su duelo, ya sea que perdió la movilidad o porque perdió alguna parte del cuerpo que le servía para caminar por ejemplo.

Como nos menciona Baldwin (1979) se necesita penetrar la crisis y se podría resumir de la manera siguiente:

- Definir el problema, abordar sentimientos, tomar decisiones para un mejor apoyo
- Identificar otros conflictos
- Definir y movilizar los recursos de la persona en crisis, tanto los internos como los externos
- Reducir efectos incómodos

Por lo que al acompañar al paciente en situación de crisis es importante no solamente ver sus necesidades y tomarlas en cuenta, también es necesario revisar las propias necesidades del cuidador para que no “estorben” en el proceso de apoyo.

Este acompañamiento se realizará basado en el modelo CASIC (Slaikeu, 1996) que se puede revisar en el anexo I; donde sería importante que el cuidador tomara en cuenta las diferentes áreas para saber de dónde partir y a

donde ir y que el acompañamiento tengo un mayor sentido. A continuación se dará un ejemplo de cómo utilizar este modelo:

<b>Modalidad / Sistema</b>	<b>Variabes/ subtemas</b>
Conductual	Duerme 3 horas, se despierta constantemente, no acepta comida grasosa
Afectivo	Comenta que tiene miedo y que está muy enojado con lo que paso
Somático	Constantes dolores de cabeza
Interpersonal	Su familia lo apoya, pero cuando lo visita el es grosero con ellos
Cognoscitivo	Esta consiente, escucha, atiende

Podría utilizarse como un tipo de diario de apoyo, para ver en qué áreas se le podría ayudar más y en que otras áreas a lo mejor necesita de alguien más experto que el cuidador. Pues siempre es necesario buscar el apoyo que necesita para que logre adaptarse lo mejor posible a su nueva situación de vida.

Además se tomará en cuenta, la forma logoterapéutica de acompañamiento, así como el enfoque centrado en el cliente, el acompañamiento del duelo y el apoyar la resiliencia para que la persona en situación de discapacidad física salga adelante lo más que se pueda, por sí solo.

### **3.3 Cuando el cuidador principal es un familiar**

Cómo se revisó en los apartados anteriores, si el cuidador es un familiar, ya sea la madre, el padre, la pareja, los hijos o algún amigo cercano; lo más

importante es que sepa organizar su tiempo, para que no se sienta aún más obligado por ejemplo, de estar algunas horas con la persona a su cuidado.

Por ejemplo, Rubén Armendáriz(2001) propone un esquema de administración del tiempo, basado en el trabajo del Dr. Mauro Rodríguez, el cual podría apoyar al familiar a aprender a gestionar su tiempo, teniendo más posibilidades de apoyo y menos frustración posible.

	URGENTE	NO URGENTE
IMPORTANTE		
NO IMPORTANTE		

- Urgente- importante: todo tipo de vencimiento de fechas o crisis, trabajo, pagos, seguir tratamientos personales del cuidador, etc. Situaciones con la familia
- Urgente- no importante: reuniones, actividades ya planeadas
- No urgente- importante: incluye actividades preventivas, tiempo para recreación, citas de negocios o escolares futuras
- No urgente- no importante: actividades triviales, pérdida de tiempo

Cabe mencionar que solamente es un ejemplo de cómo poder apoyar al familiar, para que no se termine de sentir “ahogado” por tener que cuidar. Por lo que cada persona necesita llenar de forma personal e independiente la tabla presentada.

Se considera también que para el familiar también es necesario que se le acompañe en la expresión de sentimientos, temores y necesidades, puesto que toda la atención es hacia el “enfermo” y es necesario recordar que no es el único involucrado.

### 3.4 Resiliencia y resignificado

Para que se logre apoyar a la persona en situación de discapacidad a que logre resignificar lo que le sucedió y conseguir una buena resiliencia sería necesario poder como lo menciona Armendáriz (2001):

- Ayudarlo a aceptar sus sentimientos y los de los otros, pues se podrían manifestar muchas emociones debido a la situación que se vive, y a veces no se entiende porque una persona siente algo, que otros viven o siente de forma diferente. Se espera que no se juzguen o entiendan, solo que se acepte que así son.
- Animarlo y permitirle la expresión de sus sentimientos
- Tomar en cuenta que la ayuda que se le está brindando es para acompañarlo en ese proceso, pero que le quede claro al/ ella y al cuidador que esta ayuda cada vez tiene que ser menor, para que la persona pueda aprender a valerse de forma independiente, lo mas que se pueda y lo más pronto posible
- Se podría apoyar que la persona en calidad de discapacidad física pueda identificar ¿de qué me está sirviendo todo esto?, que se dé cuenta de sus propios recursos y de que se haga consciente de la gravedad de la situación y de la necesidad de salir adelante
- También en su momento, es necesario hablar de su sexualidad y de cómo ejercer esa parte erótica, sexual a partir de su realidad y las consecuencias del accidente. Ya que los mismos derechos sexuales manejados por la Asociación Mundial de Sexología o sus siglas en



inglés WAS mencionan que tenemos derecho al placer, al cuidado, al apoyo, etc.

- El tema de resignificar la sexualidad es muy importante porque incluye la sensación de sentirse vivos. Ahora generalmente, es un tema que no será el primero en tocar, pero si es necesario no hacer el tema a un lado.

Otra forma de apoyar esa capacidad resiliente es tomando en cuenta que el cuidador necesita aceptar completamente, sin juicios ni estereotipar lo que le sucede, ni insultar su capacidad de salir adelante. Es decir, tomar en cuenta la forma en que Rogers apoya a sus clientes, pero trasladado al cuidado de esta persona en situación de discapacidad física.

Es importante tomar en cuenta, el no caer en la Docena Sucia de Salama, puesto que no sirve de nada ensuciar, la relación de apoyo que se le está dando tanto a la familia como a la persona.

### **3.5 Tareas y cierre**

Estas dependerán de los “actores” y avances personales de cada uno, por lo que las tareas también se ajustarán a la situación. Sin embargo un ejemplo de tarea podría ser que reflexionen sobre sus nuevas posibilidades.

Una de las tareas más importantes es el que desarrollen un mejor comunicación, independientemente de la que ya tuvieran antes entre ellos, esto es básico porque habrá momentos en que la persona perderá el control ya sea por dolor, miedo, vergüenza, enojo, decepción o depresión y está muy sensible y muchas de las veces esos momentos no son entendidos del todo por el cuidador, puesto que generalmente éste, está preocupado, cansado, desesperado, desgastado y apenas podrá con lo que le está sucediendo, por lo que no siempre tendrá la paciencia para apoyar los momentos de crisis o decaimiento y por eso es

necesario que lo hablen y se permitan expresarlo antes de que explote en desesperación.

Básicamente lo que se busca es estar presente con esta persona que está viviendo momentos difíciles y que está necesitando apoyo. Por lo que como diría Rogers, el acompañamiento es lo que importa para que se sienta apoyada, incluida y comience a reconocerse desde lo que ahora es.

#### **IV Conclusión**

Al término de esta tesina podemos darnos cuenta que existen pocas investigaciones sobre discapacidad física y acompañamiento. La mayoría de las investigaciones están centradas en el abordaje de inclusión social y laboral (apoyo y asistencia).

Las estadísticas muestran que el índice más alto en cuanto a tipo de discapacidad en México, es la motriz ocupando el 45.3% lo que implica mayor atención y exigencia para el acompañamiento; no solo por número de personas afectadas, sino también por las dificultades que se presentan en este tipo de discapacidad. (Dependencia de otros para moverse y cubrir necesidades básicas como comer, incorporarse para dormir, ir al baño etc.) El índice más alto de discapacidad por accidente en México en cuanto a grupo por edad son los adultos quienes ocupan el 45.2%.

Las teorías o modelos como logoterapia, terapia centrada en el cliente, acompañamiento humanista y resiliencia son modelos que tienen el deseo pleno del desarrollo humano, considerando el uso de recursos internos para poder continuar con su crecimiento personal a pesar de las circunstancias de vida (el accidente). Es muy importante conocer los conceptos sobre cómo se pueden

abordar el tema de la intervención y acompañamiento para familiares y personas que han sufrido accidentes discapacitantes.

El dolor en su función más básica debe no solo de anunciar lo que esta lastimado o herido en los ámbitos físico, emocional y mental, también es fundamental y necesario para quien lo vive trascenderlo y es aquí donde el acompañamiento terapéutico cobra vital importancia.

Cada uno de los enfoques mencionados con anterioridad tiene como parte central, estar allí para el otro brindando los recursos y herramientas necesarias para trascender el dolor de la pérdida; y a partir de esta re significar la escena para poder continuar ahora de una manera funcional en cada uno de los ámbitos de la vida. En pocas palabras ser feliz de otra manera a partir de la perdida.

Es a partir de la resiliencia donde se puede junto con el apoyo de la logoterapia, recobrar el sentido de vida básico para trascender el dolor y resignificar lo ocurrido.

La propuesta realizada para el acompañamiento desde una perspectiva humanista, pretende ser un recurso y herramienta más para poder lograr mejores resultados tanto con las personas en situación de discapacidad física, como en los propios acompañantes que como se mencionó podrían ser desde los familiares o amigos de esta persona; hasta trabajadores de la salud recién egresados o con poca experiencia en el acompañamiento.

La guía breve propuesta está basada en todo lo revisado durante la investigación y es a partir de esa información que se conforma su información.

Cabe destacar, que la discapacidad física es un tema importante y que depende de la gravedad del suceso y de las consecuencias, que será más fácil o más difícil apoyar a que se dé una recuperación, dentro de todo óptima, por lo que el acompañante, solo hace eso... acompañar el proceso.

## V REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Washington, D.C; American Psychiatric Publishing

Armendáriz, R. (2001) *Aprendiendo a Acompañar. Guía práctica de relaciones humanas para atender a familiares y pacientes que necesitan cuidados especiales.* México: Pax

Barreto, A. (2009), *Emociones inteligentes.* México: Editorial CCS

Díaz Maldonado, E. (2012) *El duelo y su proceso para superarlo* [Tesina del Diplomado de Teratología]. Asociación Mexicana de Tanatología, A.C., Distrito Federal, México

Frankl, V. (2005) *El hombre en búsqueda de sentido.* Barcelona: Herder

Gendlin, E. (2002), *Focusing. Proceso y técnica del enfoque corporal* España: Mensajero

Langer, E. (2011), *Mindfulness. La atención plena.* Madrid: Paidós

Luna, J.A., (2005), *Logoterapia un enfoque humanista existencial.* Bogotá: San Pablo Editorial.

Moreau, A. (2005), *Ejercicios y técnicas creativas de Gestalt terapia* Barcelona: sirio

Munist, M. et al. (1998), *Manual de Identificación y promoción de la Resiliencia en Niños y Adolescentes*. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud

Muñoz, M. (1996), *La sensibilización Gestalt. Una alternativa para el desarrollo del potencial humano*. México: IHPG

Rogers, C. (2001). *El proceso de convertirse en persona*. Buenos Aires: Paidós

Rogers, C. (1997) *Psicoterapia Centrada en el Cliente*. Barcelona: Paidós

Rubio, J. (2012), *Acompañamiento Humanista*, México: s/editorial

Slaikeu, K. (1996), *Intervención en crisis*, México: Manual Moderno

Torices, I. (2006), *La sexualidad y discapacidad física*. México: Trillas

Yalom, I. (1996), *Guía breve de psicoterapia de grupo*. España: Paidós

Zinker, J. (2003), *El proceso creativo en la terapia gestáltica*. México: Paidós

## **Internet**

American AccreditationHealthCareComission (A.D.A.M). (2014) Trastorno de Estrés Post- traumático. Medline Plus. Revisado el 30 de enero 2015

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000925.htm>

Colectivo Ioé, (2012).Discapacidades e inclusión social. Colección Estudios Sociales Núm. 33. Barcelona: Obra Social “La Caixa”.

Revisado el 29 de enero 2015

[http://obrasocial.lacaixa.es/deployedfiles/obrasocial/Estaticos/pdf/Estudios\\_sociales/vol33\\_es.pdf](http://obrasocial.lacaixa.es/deployedfiles/obrasocial/Estaticos/pdf/Estudios_sociales/vol33_es.pdf)

García-Vega, M. C. & Domínguez-de la Ossa, E. (2013). *Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica*. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 11 (1), pp. 63-77.

Revisado el 10 de octubre 2014 en

<http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v11n1/v11n1a04.pdf>

Inegi. (2004) *Las personas con discapacidad en México una visión censal*. Revisado el 22 de diciembre 2014 en

[http://www.inegi.org.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2000/discapacidad/discapacidad2004.pdf](http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2000/discapacidad/discapacidad2004.pdf)

Inegi (2013) *Accidentes de tránsito terrestre en zonas urbanas y suburbanas*. Revisado el 4 de febrero 2015

[http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general\\_ver4/MDXQueryDatos.asp?#Regreso&c=13159](http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?#Regreso&c=13159)

Kübler- Ross, E. (2012) *Sobre la muerte y los moribundos*. E-pubgratis.me

<http://www.epubgratis.org/sobre-la-muerte-y-los-moribundos-elisabeth-kubler-ross/>

Mateo, Metz. Andrés. (s/f) Tema 2: tipos de discapacidad

Revisado el 23 de diciembre 2014 en

<http://es.slideshare.net/amateotinez/tipos-de-discapacidad-28517501?related=1>

Ministerio de la Salud de Panamá (2013). *Guía para la asesoría y apoyo psicológico en relación con el VIH/ SIDA*. Panamá. Revisado el 29 de enero 2015

[http://www.paho.org/pan/index2.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=278&Itemid=224](http://www.paho.org/pan/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=278&Itemid=224)

Organización Mundial de la Salud (2011) *Discapacidades*

Revisado el 9 de octubre 2014 en

<http://www.who.int/topics/disabilities/es/>

Organización Mundial de la Salud (2011) *Informe Mundial sobre la Discapacidad*.

Revisado el 23 de diciembre 2014 en

[http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf)

Organización Panamericana de la Salud, (2013). Sección destacada.

Revisado el 31 de enero 2015 en

[http://www.paho.org/mex/index.php?option=com\\_content&view=article&id=552&Itemid=0](http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=552&Itemid=0)

Pérez, P. (s/a). *Trauma, culpa y duelo. Hacia una terapia integradora*. Desclee.

Revisado el 10 de marzo 2015

[http://www.pauperez.cat/component/option,com\\_docman/task,cat\\_view/gid,2/Itemid,8/lang,Castellano/](http://www.pauperez.cat/component/option,com_docman/task,cat_view/gid,2/Itemid,8/lang,Castellano/)

Sierra, Olga (s/a) *Discapacidad: tipos y características*. En *Atendiendo Necesidades*.

Revisado el 11 de octubre 2014 en

<http://atendiendonecesidades.blogspot.mx/2012/11/distintos-tipos-dediscapacidad-y-sus-caracteristicas.html>

Soler, A, Teixeira TC y Jaime V (2008). *Discapacidad y Dependencia: Una perspectiva de Género*

Telecentros para todos. (s/a). *Discapacidad física. Causas de los diferentes tipos de discapacidad, sus limitaciones y sus potencialidades*.

Revisado el 9 de octubre 2014 en

<http://www.telecentros.org/telecentros/secao=202&idioma=es&parametro=11554.html>

ThePatientEducationInstitute Inc. (2013). *El trastorno de estrés postraumático o PTSD*. Revisado el 25 de enero 2015

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/tutorials/ptsdspanish/mh0491s3.pdf>

Trujillo, Ma. A. (s/a). *La resiliencia en la psicología social*.

Revisado el 8 de octubre 2014 en

<http://www.ugr.es/~javera/pdf/2-3-AF.pdf>



## **VI ANEXOS**

## Anexo I

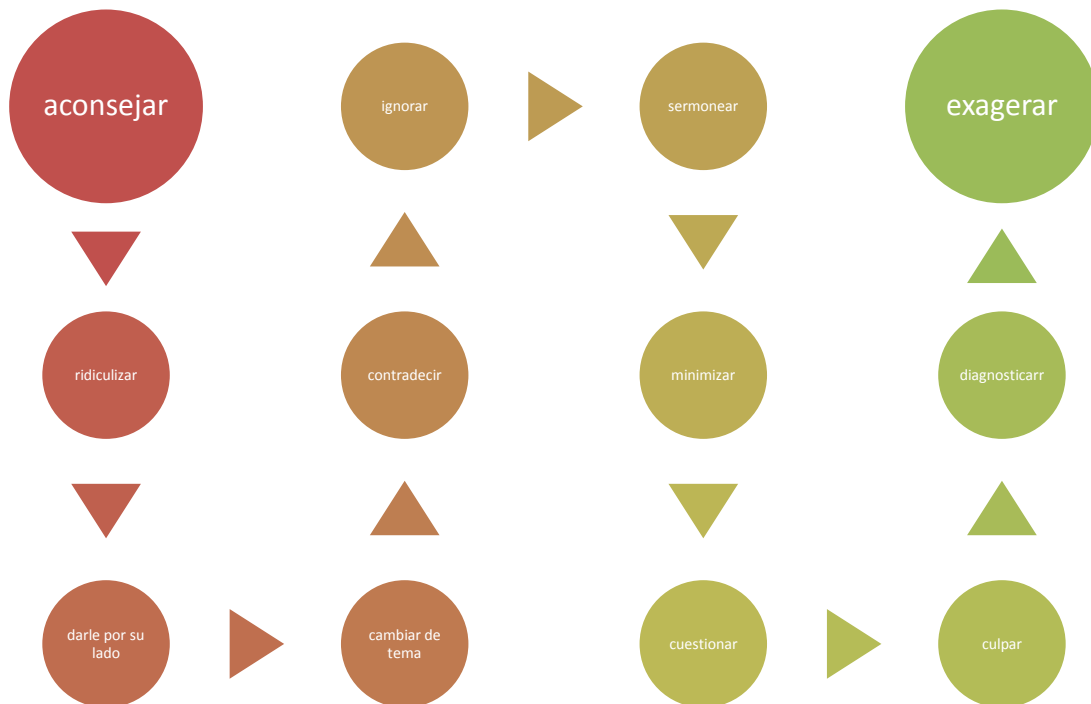
### Perfil de la Personalidad CASIC<sup>1</sup>

<b>Modalidad/ Sistema</b>	<b>Variables/ subtemas</b>
Conductual	Hábitos, dieta, ejercicio, patrones de trabajo, conducta sexual, alimentación, sueño, presencia de cualquiera de los siguientes: suicidio, homicidio o actos agresivos
Afectivo	Sentimientos sobre cualquiera de las conductas mencionadas, presencia de sentimientos de ansiedad, depresión, angustia, revisar si son sentimientos reales o encubiertos
Somático	Funcionamiento físico general, salud. Presencia y ausencia de tics, enfermedades psicosomáticas, relajación/ tensión. Accidentes y enfermedades crónicas y degenerativas
Interpersonal	Naturaleza de las relaciones con la familia, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, pareja, estilo interpersonal, modo de resolución de conflictos, etc.
Cognoscitivo	Descripciones mentales sobre el pasado o el futuro, creencias religiosas, filosofía de la vida, dialogo con uno mismo, actitudes generales sobre la vida

<sup>1</sup> Tomada de Slaikeu, Karl. Intervención en crisis. Pág. 25

## Anexo II

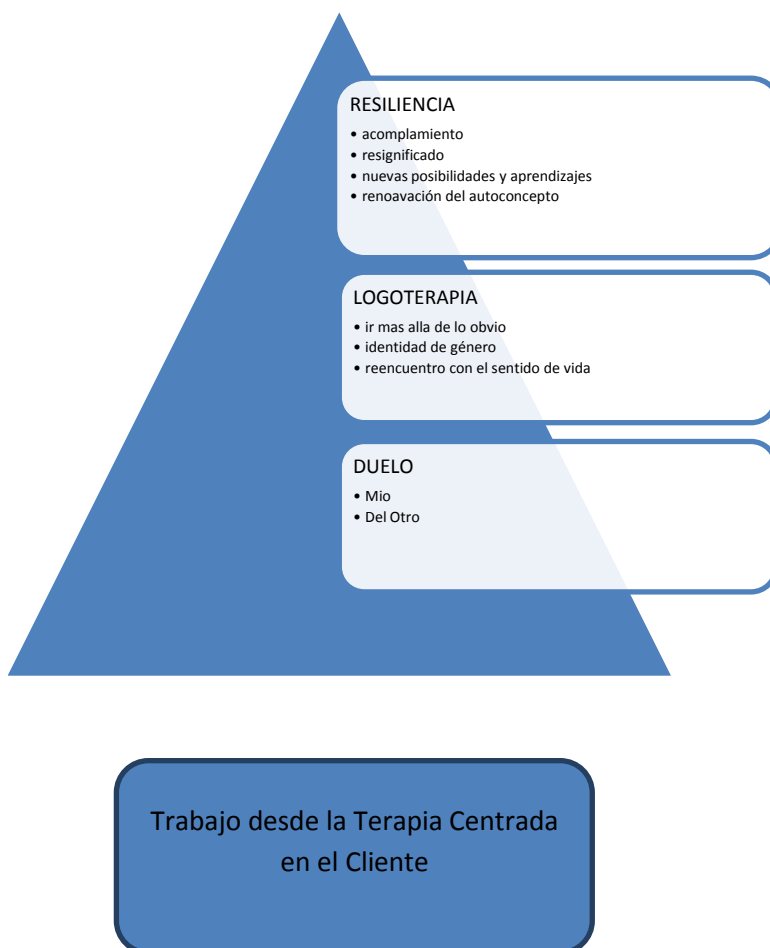
### La Docena Sucia<sup>2</sup>



<sup>2</sup> Tomado de Rubio, Jorge. (2012) *Acompañamiento Humanista*. México: s/edit., 75-77pp.

## ANEXO III

### DIAGRAMA DE TRABAJO GENERAL



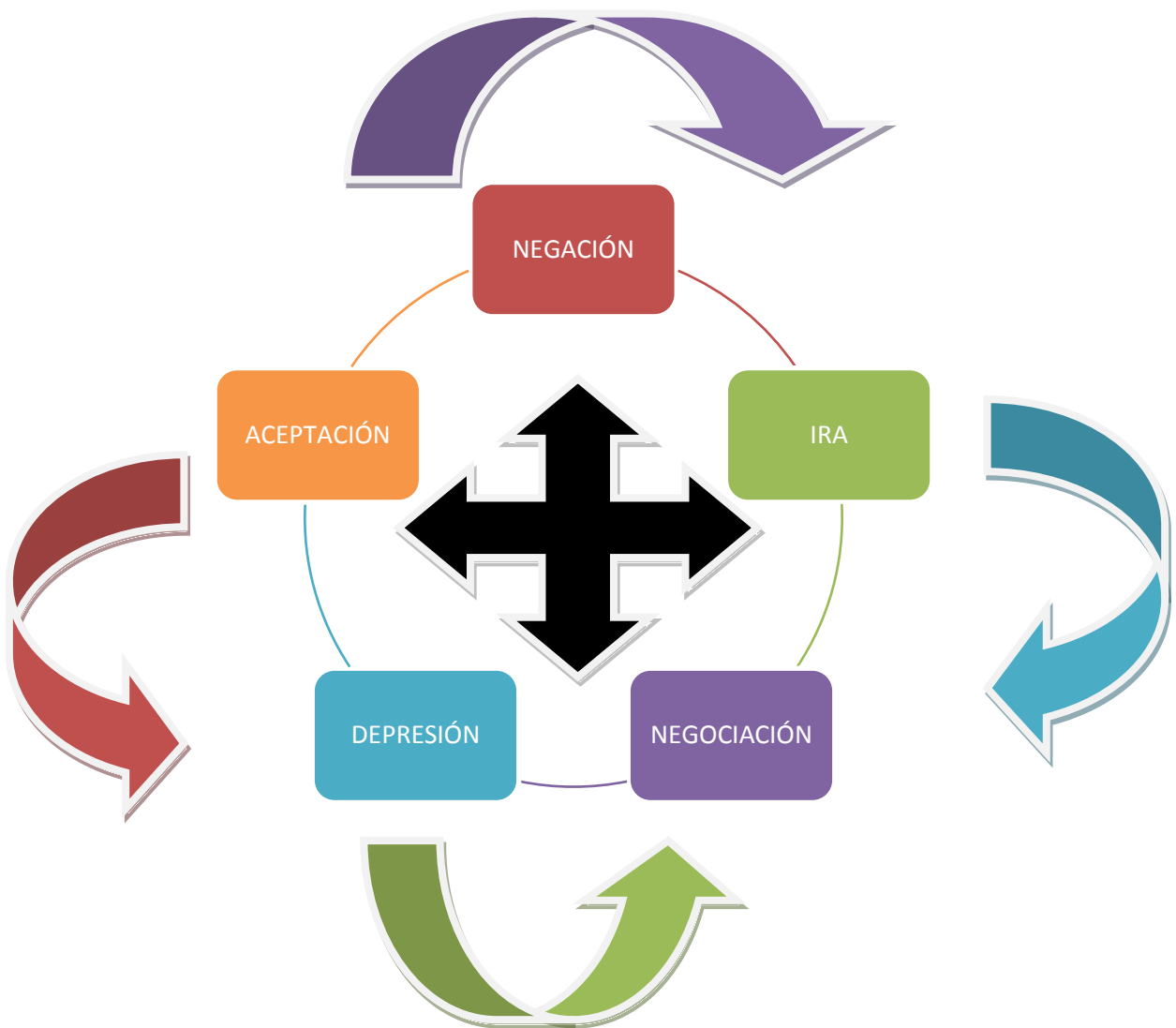
## ANEXO IV

### FASES DE LA CRISIS DE PREWITT



## ANEXO V

### ETAPAS DEL DUELO DE ELISABETH KÜBLER-ROSS



# **ANEXO VI**

## **Guía de acompañamiento para cuidadores de personas que han sufrido accidentes físicos discapacitantes**



**Autor: Santiago Eduardo Ortiz Sabino  
(2015)**

#### Objetivo:

Esta guía básica solamente sugiere ideas de acompañamiento para profesionales de la salud recién egresados y cuidadores de personas que han sufrido algún tipo de accidentes físicos discapacitantes.

No pretende ser una forma de psicoterapia ni de uso para profesionales experimentados o para personas con conocimientos avanzados en el cuidado de un enfermo, por lo anterior tampoco dice cómo cuidar a la persona que ha sufrido un accidente discapacitante.

#### Dirigido a:

Profesionales de la salud recién egresados y a familiares y/o cuidadores sin experiencia.

#### Introducción:

Las personas que han vivido un accidente que se torna físicamente discapacitante, se enfrenta a situaciones que necesita afrontar para poder continuar, sin embargo esto no podrá hacerlo solo, sobre todo si el accidente causó daños irreversibles en su movilidad o psicomotricidad.

#### Recomendaciones:

Los pasos o sugerencias que se presentan a continuación solamente buscan dar referencia a posibilidades de acción, pueden ser tomados en cuenta o no, a criterio del cuidador.



## RECOMENDACIONES PARA LOS PROFESIONALES DE LA SALUD RECIÉN ENGRASADOS

- Como profesional de la salud, recuerda que ante todo lo que se busca es la sobrevivencia del paciente, después de que se declare fuera de peligro, es el momento de intervenir con el paciente. Con la familia es durante todo el proceso.
- Si es tu primer caso, recuerda que en todo momento estas trabajando con seres humanos, que además están en una situación vulnerable, por lo que todo lo que hagas apoyara o no a su recuperación. Se sensible y empático.
- Es básico que hagas una historia clínica basada en el modelo CASIC (se anexa a la guía) de intervención en crisis, esto ayudará a que tengas más claro que pasó, cómo pasó y las posibilidades de apoyo que puedes brindar.
- Evita fantasías y expectativas que no se podrán cumplir. Infórmate con el médico tratante, el tipo de lesión que tiene, alcances y limitaciones de la misma, de esta manera el paciente y tu podrán tener un panorama general de cómo y hasta dónde puede llegar la recuperación física.
- No olvides a los familiares, especialmente a los cuidadores y a los más afectados. Recomendar si es necesario, que asistan a terapia para apoyar la situación que están viviendo.
- El acompañamiento que se pretende que brindes, es un acompañamiento con enfoque humanista por eso, la importancia del no enjuiciar, etiquetar, criticar u obligar al paciente o al familiar en hacer algo o dejar de hacer algo que no quiera hacer.
- Pon atención de las actitudes fenomenológicas del paciente, para intentar apoyarlo aún sin que lo diga oralmente.

- Es importante que recuerdes que aunque tengas muy buenas intenciones, necesitas darle su espacio y permitir que se recupere a su ritmo y tiempo, sin forzar situaciones. Comparte esta información con los familiares.
- Apoya la resiliencia del paciente, es decir ayuda a re- enfocar lo que le sucedió y tratar de que a partir del nuevo enfoque, pueda continuar con su vida, después del accidente. Da un sentido de vida de y a partir del accidente sufrido.
- Si el paciente se encuentra clasificado con trastorno de estrés post-traumático, podría sugerirle alguna terapia ocupacional para re- enfocarlo mientras se le apoya emocionalmente.
- Deja que el paciente se exprese con enojo o tristeza. Esto es necesario para evitar que somatice y se complique lo que de por sí ya es complicado.
- Escucha al paciente, el oírlo no es suficiente; necesitas escucharlo con toda tu atención para poder hacer ese acompañamiento humanista. Cuida que tu lenguaje corporal sea congruente con tu lenguaje verbal.
- Si le está costando trabajo expresarse verbalmente y puede utilizar sus manos, una herramienta fundamental es el dibujo, permite que haga un dibujo de sí mismo, de cómo se veía antes y después del accidente. Sin embargo, se pretende que este dibujo sea solamente una expresión de su sentir, que sea el mismo el que interprete lo que dibujó. En el humanismo, no es válido hacer una interpretación más del tipo analítica, pues lo que importa es el sentido que el consultante le da a sus propios dibujos.
- Toma en cuenta la Docena Sucia, que se anexa a esta guía y trata de no hacerla. A menor suciedad mayor facilidad de acompañamiento realmente humanista.
- Si por alguna razón, sientes que el caso te está afectando de manera personal, no dejes de acudir a terapia y comentarlo con tu supervisor para

que se tomen medidas, pues necesitas ser empático, pero no involucrarte de tal manera que sientas que afecta tu vida cotidiana.

- Recuerda que es mejor trabajar en equipo en beneficio del paciente, por lo que la trabajadora social, el psicólogo, el médico y los cuidadores y familiares necesitan esta comunicados, por lo que tú eres quien necesitas no perder de vista esta comunicación en beneficio del paciente.
- Es importante que recuerdes que el paciente o sus familiares, podrían experimentar culpa o vergüenza, por el accidente, sobre todo si terceros fueron afectados en el accidente de forma grave. Por lo que, es importante no dejarlos a un lado y trabajar en su momento la culpa y la vergüenza y volverlos parte de la parte resiliente, en lugar de dejar que el paciente o el familiar se hunda en esos sentimientos.
- Con respecto a lo anterior, si el paciente tiene que afrontar cargos penales, es necesario que hables con él y que se trabaje la co-responsabilidad de los actos puesto que es parte del cierre de lo sucedido, para comenzar a partir de eso.
- Cuando sientas que no puedes más, sal del lugar y respira, y cuando te sientas nuevamente estructurado, lo que toca es regresar.
- En el caso de pacientes muy demandantes, necesitas poner un límite claro entre tu paciente y tu, pero tomando en cuenta que no es un límite rígido pero si lo suficientemente fuerte para no permitirle que se sobrepase contigo o su cuidador, por lo que es importante que apoyes al cuidador en ese ámbito también.
- Es importante que le enseñes a tu paciente a respirar, es decir que aprenda a hacer pausas para tomar fuerza y continuar.
- Es importante que no te permitas ver al paciente con algún tipo de lástima, puesto que el acompañamiento humanista maneja el respeto al otro y el creer que podrá salir adelante con sus propios recursos y que el profesional de la salud solo es ese acompañante en su camino a la recuperación física, emocional y psicológica.

- Por último, si tienes dudas, favor de preguntar con tu supervisor o jefe inmediato, es mejor preguntar a “suponer”

## RECOMENDACIONES PARA EL CUIDADOR

- No puede olvidar que aunque este cuidando a su familiar o pareja, usted necesita seguir viviendo, y haciendo (dentro de lo posible) lo que siempre hace, esto es por varias cosas, entre ellas, que a su familiar o pareja aunque la compañía le hace bien, y es bueno que se sienta protegido y contenido; necesita ayudarlo, dejándolo solo a veces, para que se esfuerce en salir adelante.
- Tenga cuidado con los reproches, eso podrán trabajarlos o comentarlo después, pero mientras este convaleciente o al menos siga en peligro de muerte, no es el momento para hacer reclamos ya que solo aumentara el stress del paciente.
- Es necesario que considere tomar terapia para que también se sienta apoyado y contenido y así pueda ser un mejor cuidador para su familiar o pareja.
- Es importante que si su familiar o pareja tiene hijos, los involucre en el cuidado y recuperación, puesto que los niños son generalmente un motor que ayuda a tomar fuerzas. Pero antes es necesario que hable con ellos y que no se lleven una impresión peor que la de ver a su papá, o mamá, o hermano o su ser querido en esa situación de vulnerabilidad. Esto también ayuda a prepararlos a un posible cambio de vida, si las consecuencias del accidente son permanentes, eso ayuda a preparar el camino.
- Para los niños es más impactante el silencio o el “no pasa nada” y “todo está bien” que la realidad. Los niños se dan cuenta de que si pasa algo y de que no todo está bien, por eso la importancia de ser sinceros e involucrarlos, hasta cierto punto.
- Intente no impedir que su ser querido se exprese, y esto incluye la expresión de la ira, de la desesperación, de su tristeza, etc. Cuando esto esté sucediendo, en lugar de que lo tome personal, dígame que tiene derecho a expresarlo pero que no tiene por qué ofenderlo, que después hablarán y cuando llegue ese momento, permítase y permítale que la expresión sea lo más sincera posible, para que sea sanadora.

- Recuerde que su ser querido y usted mismo va a pasar por un proceso de duelo (puede revisar las fases de la Dra. Elisabeth Kübler- Ross que están anexadas a esta guía) por lo que de pronto estará triste, después en negación, después en ira, etc. Y lo único que toca es ser pacientes y hacerse a un lado para no ser parte del desquite por lo que le sucede.
- Si usted necesita expresarse y está muy desesperado, de preferencia no lo haga enfrente de su ser querido, platíquelo con el terapeuta o con alguien más, pero intente no contaminar más lo que de por sí está complicado por las consecuencias del accidente.
- Si tenía expectativas de que su ser querido iba a ser o iba a poder realizar algo, que usted quería y que por el accidente no será posible. Se le recomienda lo trabaje en terapia.
- Es necesario que se haga una red de apoyo y de comunicación con todos los involucrados en el proceso, para poder apoyarse entre todos y no tener la sensación de estar solo en y contra el mundo. Hablar con otros del tema y de la manera en que se siente siempre ayuda.
- En cuanto a su salud, es necesario que usted mismo no se descuide, coma a sus horas, duerma, descanse, salga a distraerse. No es lo más conveniente que deje de hacer su vida (en medida de las circunstancias) porque tiene más posibilidades de agotamiento físico y emocional y eso no es beneficioso ni para su ser querido ni para usted, además de que no es válido afectar a terceros, por ejemplo a los hijos.
- Hay tres actitudes básicas en todo acompañamiento humanista: escuchar, empatizar, y aceptación incondicional de la persona. Y son básicos porque su ser querido necesita ser escuchado y tomado en cuenta, tiene que tomar una participación activa en las decisiones sobre su tratamiento y su vida. Esto incluye si es menor de edad, obviamente usted como adulto podrá orientarlo más evite obligarlo. La empatía implica no solo el imaginarme lo que le está sucediendo, sino intentar sentirlo y la aceptación implica el no dejar de verlo con el corazón.

- Cualquier duda de cómo manejarlo o de sus medicamentos o terapias físicas, favor de no dejar de comentarlo con el especialista en el área y con su médico general. Recuerde que cualquier situación se puede agravar si no sabemos exactamente qué hacer. Por lo que cualquier duda, vaya directamente con el experto. Porque en lugar de un bien, podría causarse un mal mayor.
- Dado que su ser querido sufrió algún tipo de accidente discapacitante es necesario que se informe muy bien, de la forma en que se le mueve o no, se carga o no. Esto es básico para evitar más lesiones de las ya dadas. No juegue al que lo sabe todo, mejor pregunte y así seguramente se evitarán otras consecuencias más graves y evitara las culpas.
- Si al convivir con su ser querido, observa que este está demasiado triste y que ya ha dicho que se quiere morir, por favor no lo tome a la ligera, y busque apoyo profesional.
- Su ser querido, antes del accidente tenía una vida, y que después del accidente necesita reconstruir su vida. Tal vez ya no pueda hacer ciertas cosas, sin embargo puede hacer otras y es importante apoyarlo para que en su momento, pueda reconstruir sus pedazos y continúe con su vida, desde una nueva perspectiva, la cual usted también necesita ver. Intente alentarlos desde su realidad, no desde la fantasía.
- Recuerde que la recuperación es paso por paso, si intenta correr; simplemente no funciona porque cada paciente necesita hacerlo a su ritmo y tiempo.
- Y por último, necesitará de paciencia y aprender a respirar para afrontar los retos que se presenten. Ambos son importantes, tanto su ser querido como usted, así como los terceros involucrados, ninguno es menos importante, por lo que sería importante que dentro del acompañamiento se reorganice la familia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Washington, D.C; American Psichiatric Publishing

Armendáriz, R. (2001) Aprendiendo a Acompañar. Guía práctica de relaciones humanas para atender a familiares y pacientes que necesitan cuidados especiales. México: Pax

Barreto, A. (2009), *Emociones inteligentes*. México: Editorial CCS

Díaz Maldonado, E. (2012) *El duelo y su proceso para superarlo* [Tesina del Diplomado de Tanatología]. Asociación Mexicana de Tanatología, A.C., Distrito Federal, México

Frankl, V. (2005) *El hombre en búsqueda de sentido*. Barcelona: Herder

Gendlin, E. (2002), *Focusing. Proceso y técnica del enfoque corporal* España: Mensajero

Langer, E. (2011), *Mindfulness. La atención plena*. Madrid: Paidós

Luna, J.A., (2005), *Logoterapia un enfoque humanista existencial*. Bogotá: San Pablo Editorial.

Moreau, A. (2005), *Ejercicios y técnicas creativas de Gestalt terapia* Barcelona: Sirio

Munist, M. et al. (1998), *Manual de Identificación y promoción de la Resiliencia en Niños y Adolescentes*. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud

Muñoz, M. (1996), *La sensibilización Gestalt. Una alternativa para el desarrollo del potencial humano*. México: IHPG

Rogers, C. (2001). *El proceso de convertirse en persona*. Buenos Aires: Paidós



Rogers, C. (1997) *Psicoterapia Centrada en el Cliente*. Barcelona: Paidós

Rubio, J. (2012), *Acompañamiento Humanista*, México: s/editorial

Slaikeu, K. (1996), *Intervención en crisis*, México: Manual Moderno

Torices, I. (2006), *La sexualidad y discapacidad física*. México: Trillas

Yalom, I. (1996), *Guía breve de psicoterapia de grupo*. España: Paidós

Zinker, J. (2003), *El proceso creativo en la terapia gestáltica*. México: Paidós

## Internet

American AccreditationHealthCareComission (A.D.A.M). (2014) Trastorno de Estrés Post- traumático. Medline Plus. Revisado el 30 de enero 2015

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000925.htm>

Colectivo Ioé, (2012).Discapacidades e inclusión social. Colección Estudios Sociales Núm. 33. Barcelona: Obra Social “La Caixa”.

Revisado el 29 de enero 2015

[http://obrasocial.lacaixa.es/deployedfiles/obrasocial/Estaticos/pdf/Estudios\\_sociales/vol33\\_es.pdf](http://obrasocial.lacaixa.es/deployedfiles/obrasocial/Estaticos/pdf/Estudios_sociales/vol33_es.pdf)

García-Vega, M. C. & Domínguez-de la Ossa, E. (2013). *Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica*. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 11 (1), pp. 63-77.

Revisado el 10 de octubre 2014 en

<http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v11n1/v11n1a04.pdf>

Inegi. (2004) *Las personas con discapacidad en México una visión censal*.  
Revisado el 22 de diciembre 2014 en

[http://www.inegi.org.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2000/discapacidad/discapacidad2004.pdf](http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2000/discapacidad/discapacidad2004.pdf)

Inegi (2013) *Accidentes de tránsito terrestre en zonas urbanas y suburbanas*. Revisado el 4 de febrero 2015

[http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general\\_ver4/MDXQueryDatos.asp?#Regreso&c=13159](http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?#Regreso&c=13159)

Kübler- Ross, E. (2012) *Sobre la muerte y los moribundos*. E-pubgratis.me

<http://www.epubgratis.org/sobre-la-muerte-y-los-moribundos-elisabeth-kubler-ross/>

Mateo, Metz. Andrés. (s/f) Tema 2: tipos de discapacidad

Revisado el 23 de diciembre 2014 en

<http://es.slideshare.net/amateotinez/tipos-de-discapacidad-28517501?related=1>

Ministerio de la Salud de Panamá (2013). *Guía para la asesoría y apoyo psicológico en relación con el VIH/ SIDA*. Panamá. Revisado el 29 de enero 2015

[http://www.paho.org/pan/index2.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=278&Itemid=224](http://www.paho.org/pan/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=278&Itemid=224)

Organización Mundial de la Salud (2011) *Discapacidades*

Revisado el 9 de octubre 2014 en

<http://www.who.int/topics/disabilities/es/>

Organización Mundial de la Salud (2011) *Informe Mundial sobre la Discapacidad*.

Revisado el 23 de diciembre 2014 en

[http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf)

Organización Panamericana de la Salud, (2013). Sección destacados.

Revisado el 31 de enero 2015 en

[http://www.paho.org/mex/index.php?option=com\\_content&view=article&id=552&Itemid=0](http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=552&Itemid=0)

Pérez, P. (s/a). *Trauma, culpa y duelo. Hacia una terapia integradora*. Desclee.

Revisado el 10 de marzo 2015

[http://www.pauperez.cat/component/option,com\\_docman/task,cat\\_view/gid,2/Itemid,8/lang,Castellano/](http://www.pauperez.cat/component/option,com_docman/task,cat_view/gid,2/Itemid,8/lang,Castellano/)

Sierra, Olga (s/a) *Discapacidad: tipos y características*. En *Atendiendo Necesidades*.

Revisado el 11 de octubre 2014 en

<http://atendiendonecesidades.blogspot.mx/2012/11/distintos-tipos-de-discapacidad-y-sus-caracteristicas.html>

Soler, A, Teixeira TC y Jaime V (2008). *Discapacidad y Dependencia: Una perspectiva de Género*

Telecentros para todos. (s/a). *Discapacidad física. Causas de los diferentes tipos de discapacidad, sus limitaciones y sus potencialidades*.

Revisado el 9 de octubre 2014 en

<http://www.telecentros.org/telecentros/secao=202&idioma=es&parametro=11554.html>

ThePatientEducationInstitute Inc. (2013). *El trastorno de estrés postraumático o PTSD*. Revisado el 25 de enero 2015

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/tutorials/ptsdspanish/mh0491s3.pdf>

Trujillo, Ma. A. (s/a). *La resiliencia en la psicología social*.

Revisado el 8 de octubre 2014 en

<http://www.ugr.es/~javera/pdf/2-3-AF.pdf>

Vanguardia. Periódico digital México, D.F. 2012. Sección Vanguardia/  
Especial. Revisado 24 de marzo 2015

<http://www.vanguardia.com.mx/revelanqueaccidentesautomovilisticossonlaprimera-causademuerteenmexico-1353054.html>