



TITULO TESINA

PÉRDIDA DE LA VISIÓN

Que para obtener el diplomado en

TANATOLOGÍA

PRESENTA:

Psic. MONTSERRAT OCHOA OLIVARES



Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia, A.C.

México, D.F., Mayo del 2014.

DR. FELIPE MARTÍNEZ ARRONTE

Presidente de la Asociación

Mexicana de Tanatología, A.C.

P R E S E N T E.

Por medio de la presente le informo que revisé y aprobé la tesina que presentó:

Montserrat Ochoa Olivares

Integrante de la Generación 2013-2014.

El nombre de la Tesina es:

“PÉRDIDA DE LA VISIÓN”.

A t e n t a m e n t e.

Psic. Victor Hugo Bolaños

SIEMPRE GRACIAS

a mi hijo

CHRISTOPHRERE SALAZAR OCHOA

Y a ti

JUANELO.

LOS AMO.

GRACIAS a

*La Fundación Ojos que Sienten, A.C. por todo su apoyo,
especialmente a
Diana, José, Alicia, Laura y Rubén por el enorme aprendizaje
que me han obsequiado.*

ÍNDICE

OBJETIVO	6
INTRODUCCIÓN.....	6
JUSTIFICACIÓN.....	8
CAP. 1 LA PÉRDIDA DE LA VISIÓN.....	10
1.1 VISIÓN.....	11
1.2 CEGUERA.....	11
1.3 DIFERENCIAS ENTRE PERSONAS CIEGAS DE NACIMIENTO Y PERSONAS QUE PERDIERON LA VISTA.....	12
1.4 PERSONAS CON BAJA VISIÓN.....	14
1.5 CREENCIAS ACERCA DE LAS PERSONAS CIEGAS..	14
CAP. 2 DUELO.....	17
2.1 IDENTIFICAR LAS ETAPAS Y TAREAS DEL DUELO..	18
2.2. TAREAS PARA PROCESAR EL DUELO.....	21

CAP. 3 ABORDAJE TANATOLÓGICO.....	22
3.1 SESIÓN 1. DETECTAR LA EMOCIÓN PREVALECIENTE AL PRIMER CONTACTO CON LA PÉRDIDA DE LA VISIÓN Y EMOCIÓN PREVALECIENTE EN ESTE MOMENTO DE SUS VIDAS.....	24
3.2 SESIÓN 2. ¿QUÉ HAY DETRÁS DE MI PÉRDIDA DE LA VISTA?..	26
3.3 SESIÓN 3 Y 4. EMOCIONES COMO AFRONTAMIENTOS EFECTIVOS DEL DUELO Y EMOCIONES COMO DEFENSAS.....	27
3.4 SESIÓN 5. APEGO Y DESPEDIDA.....	31
CONCLUSIONES.....	34
BIBLIOGRAFÍA.....	37

OBJETIVO

Sensibilización del tema a través de las historias de vida, identificar las etapas del duelo desde la ceguera, contacto y comprensión de las emociones prevalecientes al primer contacto con la pérdida de la visión y prevalecientes en el momento actual detectando las ideas no razonables como resultado de ellas.

INTRODUCCIÓN

Las estadísticas a nivel mundial, nos hablan de un aproximado de 285 millones de personas que sufren de alguna deficiencia visual, de las cuales 39 millones son ciegas.

La pérdida parcial o total de la visión tiene serias consecuencias en todos los aspectos de la vida del paciente, desde limitaciones para manejarse en forma autónoma hasta trastornos anímicos, como depresión o aislamiento; y dificultades psicosociales, laborales, familiares, cognitivas.

El impacto de la discapacidad en la personalidad ha sido un tema estudiado con profusión en la literatura científica internacional sobre rehabilitación (Livneh, 1986)¹.

Tras la acumulación de información procedente de la investigación de varias décadas se puede concluir que no existe evidencia empírica o clínica que avale una secuencia ordenada o

¹ Hanoch, Livneh. Psychosocial adaptation to chronic illness and disability.

característica de las reacciones ante la discapacidad. Livneh y Antonak (1997)²

La adaptación al cambio de ser normo visual a ser débil visual o ciego es un proceso sumamente complejo que dependerá de los recursos personales de cada individuo desde aspectos tales como fue el primer contacto con la pérdida de la visión, de qué forma se recibió la noticia, si fue pérdida súbita, paulatina, la personalidad, edad, sexo. Estatus social, apoyo familiar, social y de cuidados médicos y psicológicos, entre otros.

Es común encontrar a pacientes que pasan por depresión y ansiedad a lo largo del proceso.

En España y otros países del mundo occidental la atención a las personas con discapacidad visual se ha centrado en el desarrollo de redes de servicios eficaces para cubrir las necesidades que los individuos tienen en diferentes etapas de sus vidas. La prioridad ha consistido en mejorar la educación y desarrollo de los niños con la aportación de recursos específicos materiales y personales que mejoren su integración educativa y desempeño escolar, mientras que en la vida adulta la prioridad ha sido garantizar un empleo con un estatus económico y social apreciable. Sin embargo, según vamos avanzando en las respuestas dadas a las necesidades de las personas, descubrimos, más bien profundizamos, en nuevas necesidades y aspectos que han

² En Psicología y ceguera-Manual para la intervención psicológica en el ajuste a la deficiencia visual (2003), se hace mención de la postura de Livneh y Antonak (autores del libro Psychosocial adaptation to chronic illness and disability) sobre el impacto y reacciones de la discapacidad.

quedado marginados de la atención habitual. Y éste es el caso de los servicios psicológicos dirigidos a identificar y mejorar el bienestar emocional y personal, lo cual también ha ocurrido con otros tipos de discapacidad. (Miguel Ángel Verdugo Alonso)³.

JUSTIFICACIÓN

La pérdida de la visión o debilidad visual implica un cambio que trae en sí una crisis mayor en todo individuo que lo ha experimentado. Es importante comprender la complejidad del proceso de adaptación a la nueva vida ya que afecta en su totalidad al individuo, desde autoestima, imagen de sí, esquemas y valores aprendidos, comportamiento con los demás, vínculos y nuevas relaciones; las personas cercanas al individuo también se ven afectadas y de pronto se encuentran con que tienen que adaptarse también a la nueva vida de su ser querido y esto trae un cambio también en sus vidas. Por ello es necesario contar con el apoyo integral para las personas con debilidad visual o ciegos y las personas cercanas a ellos, como especialistas en el tema, médicos, psicólogos y la sociedad en general. Existen tabús, malos tratos e indiferencia hacia este grupo de personas, quienes se ven de pronto marginados por la falta de información y el escaso apoyo social, viviendo el día a día con infinidad de obstáculos innecesarios sumados a los que deben atravesar ya

³ Miguel Ángel Verdugo Alonso autor de Personas con discapacidad: perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras (1995) además de colaborar en Psicología y ceguera-Manual para la intervención psicológica en el ajuste a la deficiencia visual (2003).

ante la nueva situación, estos obstáculos que al salir de su casa van encontrando como falta de rampas y lugares adaptados para ellos, personas que niegan su ayuda o que simplemente no saben cómo tratarlos por no estar informados o por desinterés. Por ello es importante la sensibilización de la sociedad en general a través de la promoción de lecturas al respecto, pláticas informativas y de concientización, talleres y programas enfocados a sensibilizar y comprender un mundo donde no existe la vista.

Cap. 1. LA PÉRDIDA DE LA VISIÓN

El ciego, al lavarse la cara, se reconoce. (*Roberto Fontanarrosa*)

1.1 Visión

El término abarca un campo de significados que se refieren: 1) al funcionamiento de la facultad visual (aparato visual); 2) a la percepción visual donde las informaciones reunidas por el órgano sensorial son organizadas en campos y objetos dotados de significado (percepción); 3) a la alucinación que es una falsa percepción, involuntaria y acrítica, que tiene los caracteres de la sensorialidad y de la proyección espacial; 4) a la ilusión que es una distorsión de la percepción en la que estímulos sensoriales externos se combinan con elementos reproducidos; 5) a la visión del mundo que es la forma de concebir la realidad; 6) a la visión en la acepción religiosa de visión sobrenatural, profética, mística; 7) a la visión extrasensorial que es una percepción sin la intervención de la facultad visual (parapsicología). La polivalencia del término depende de la ambigüedad intrínseca del estatuto de la visión a la que corresponde, además de la facultad de observar, verificar y constatar, también la incógnita del engaño, de la ilusión y de la falsa percepción.

1.2 Ceguera

Las deficiencias son problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación significativa o una pérdida, entendiendo por funciones corporales las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo funciones psicológicas) y por estructuras corporales las partes anatómicas del cuerpo tales como los órganos, las extremidades y sus componentes. (OMS, 2001).

La ceguera es la ausencia de la vista que puede ser temporal o definitiva, parcial o total, desde el nacimiento o posterior, de origen físico, psíquico o perceptivo.

La ceguera física en psicología, este tipo de ceguera es objeto de un sector de la psicología aplicada: la psicología de los ciegos, que estudia los aspectos, los rasgos y el desarrollo de la personalidad de los sujetos ciegos que, respecto a los que ven, presentan diferentes capacidades motrices, sensoriales y cognoscitivas, para favorecer un desarrollo lo más integral posible mediante procesos educativos y de rehabilitación.

1.3 Diferencias entre personas ciegas de nacimiento y personas que perdieron la vista

Es fundamental la diferenciación entre ciegos de nacimiento, que desarrollan una personalidad particular que, sobre todo al principio, no contempla una experiencia de pérdida de una parte de sí, pueden tener dificultades en cuanto a su desarrollo como deficiencias en el apego y la permanencia del objeto. Para ellos, la intervención es sobretodo educativa respecto a la motilidad, la expresividad, la adquisición de una capacidad de relación, y quienes perdieron la vista más tarde y se enfrentan con sentimientos de inferioridad y con una depresión reactiva debido no sólo a la privación sobrevenida, sino al valor simbólico de la ceguera como pérdida del control sobre el mundo externo y sobre los demás. Estos sentimientos varían con la edad en la que hace su aparición la ceguera y con el grado de potencialidad visual que todavía se puede utilizar.

La intervención para los individuos que pierden la vista es sobre todo psicológica, puesto que estas habilidades están adquiridas, pero es necesario compensar el estado depresivo y reactivo que esta privación sensorial entraña.

Lo que la “ceguera” significa para las personas frecuentemente se relaciona con sus experiencias, actitudes y creencias, las cuales, a su vez, influyen la relación de las personas con los ciegos. Estas relaciones son más tarde influenciadas por las experiencias, actitudes y creencias de las personas ciegas hacia quienes ve, hacia su ceguera y hacia sí mismo.

Mucha gente asume que las personas ciegas no tienen visión y que por lo tanto viven en un mundo de completa oscuridad (Schultz, 1980). Las experiencias de la persona luchando por encontrar algo o tropezando contra los muebles las lleva a pensar que la persona ciega vive en un mundo similar. En realidad, sólo alrededor del diez por ciento de las personas rotuladas como ciegas carecen totalmente de visión. La mayoría de las personas consideradas ciegas responden a algún estímulo visual, por ejemplo, luz y oscuridad, o sombras, o movimientos de objetos y no viven en un mundo de oscuridad total.

Las personas que pierden la vista, se encuentran de pronto con desafíos en sus actividades diarias, incluso su aseo personal.

Las actividades sensoriales pueden ayudarles en áreas como desarrollo social, emocional e intelectual. Fomentan una autoestima y relaciones positivas.

1.4 Personas con debilidad visual

Muy poco se aborda la problemática de las personas con baja visión quienes se enfrentan con mayores desventajas para ser incluidos socialmente ya que no evidencian su discapacidad como los ciegos que se pueden identificar fácilmente ya sea por el uso de un bastón, lentes oscuros en lugares cerrados, un perro guía y demás herramientas, mientras que una persona con baja visión al solicitar apoyo, se le puede mal interpretar y recibir malos tratos.

En el grupo de apoyo se abordó esta temática ya que D. presenta baja visión congénita presentándosele desde niña y que ha ido disminuyendo considerablemente su visión por lo que compartió su experiencia del día a día al acercarse a otros para solicitarles algún tipo de apoyo y la respuesta generalmente le ha sido negativa, ya sea recibiendo malos tratos, indiferencia o comentarios como “que no ves el letrero”. O. comenta que se le dificulta mucho el pedir apoyo por estos malos tratos, por pena y porque se ha impuesto de alguna manera el hacer las cosas por sí sola, pero está de acuerdo que esta actitud no le ha funcionado e incluso la ha puesto en peligro en diversas ocasiones. Empieza a considerar el uso del bastón ya que no deseaba que los demás la identificaran como una persona ciega por lo que J. le regaló uno diciéndole “úsalo, el bastón te abrirá puertas”.

1.5 Creencias acerca de las personas ciegas

Desde mi percepción, en la sociedad normo visual no sabemos cómo lidiar con las diferencias de los demás, y la ceguera de

pronto nos resulta defectuosa, aberrante o simplemente algo antinatural. Estas creencias prejuiciosas nos imponen ignorancia y hasta malos tratos hacia quienes no consideramos “iguales” y en el caso particular a las personas con ceguera o debilidad visual.

La sociedad le asigna a la población discapacitada un rol retorcido y basa su experiencia en las creencias, mitos, generalizaciones y actitudes que rodean a cada condición particular de minusvalía. Hay muchas creencias sobre las personas discapacitadas visuales como que son músicas, dependientes o mendigos.

Algunas de estas creencias se originan en nuestra herencia cultura; otras, en la poca experiencia que se tiene con personas que tienen impedimentos visuales severos, quienes tienden a enfatizar los aspectos desconocidos y a veces misteriosos de la discapacidad.

Las actitudes hacia los discapacitados tienden a ser negativas y centrarse en lo que la persona no puede hacer en lugar de mirar lo que puede hacer.

Berthold Lowenfeld, un notable educador de ciegos y disminuidos visuales, presenta una posición moderada. Dice que la ceguera impone en el individuo tres grandes limitaciones:

1. En la cantidad y variedad de experiencias,
2. En la capacidad para desplazarse,
3. En el control del ambiente y su relación con el mismo.

A estas tres restricciones Lowenfeld las ve como “los efectos objetivos de la ceguera”. La forma en que un individuo actúa o aprende a adaptarse al impedimento depende de varias variables subjetivas: personalidad, discapacidades adicionales y factores relacionados con el impedimento visual incluyendo grado de visión, causa, edad, momento en que se produce y condición actual.

CAP. 2 EL DUELO EN LA PÉRDIDA DE LA VISIÓN

La oscuridad no existe, lo que llamamos oscuridad es la luz que no vemos. (*Henri Barbusse*)

El duelo es el estado psicológico consecuente a la pérdida de un objeto significativo que forma parte integrante de la existencia. La pérdida puede ser de un objeto externo, como la muerte de una persona, la separación geográfica, el abandono de un lugar, o interno, como la desaparición de una perspectiva, la pérdida de la propia imagen social, un fracaso personal y semejantes.

Las reacciones ante la deficiencia visual y sus consecuencias deberían seguir unas fases que permitirían la elaboración de un duelo, de forma similar a la de la muerte, pérdida, de un ser querido (Miguel Díaz Salabert, Rafael Pallero González).⁴

Algunos autores (Cholden, 1958; Carroll, 1961)⁵ consideran que al perder la vista la persona debería transformarse en una persona diferente y la aceptación implicaría el reconocimiento de ese cambio tanto interior (concepción de uno mismo en el sentido más amplio) como exterior (cambio de trabajo, aficiones, estatus...): quien se queda sin vista ha de morir como vidente para nacer de nuevo como ciego (Cholden, 1958).

2.1 Identificar las etapas y tareas del duelo de acuerdo al modelo de la Dra. Elisabeth Kübler- Ross

1. Negación y asilamiento. Nos permite amortiguar el dolor ante un evento inesperado para poder recobrarlos. Es una defensa provisoria y pronto será sustituida por una aceptación parcial.

⁴ Miguel Díaz Salabert y Rafael Pallero González, colaboradores en el libro Psicología y ceguera- Manual para la intervención psicológica en el ajuste a la deficiencia visual (2003).

⁵ Cholden, L.S. (1958). A psychiatrist works with the blind. New York: American Foundation for the Blind. Y Carroll, Th.J. (1961). Blindness: What it is, what is does and how to live with it. Boston: Little Brown.

Va acompañada de frases como «Me siento bien», «esto no me puede estar pasando, no a mí».

En los integrantes del grupo de apoyo durante esta etapa del duelo se detectaron las siguientes ideas:

“Yo no soy ciego (a)”, “Esto no me puede pasar a mí”, “Estoy a la espera del milagro que me regrese la visión”, “No quiero que me vean como a un ciego”, “Yo no soy como los ciegos, los ciegos son ustedes”.

2. Ira. La negación se sustituye por la ira y el resentimiento; surgen todos los por qué. Según J. Breuer y S. Freud el aumento de la excitación que se verifica en la ira con frecuencia se compensa mediante una descarga motriz, como por ejemplo un discurso, una acción o el llanto. Es acompañada de frases como «¿Por qué a mí? ¡No es justo!», «¿cómo me puede estar pasando esto a mí?».

En los integrantes del grupo de apoyo durante esta etapa del duelo se detectaron las siguientes ideas:

“Estar ciego es horrible”, “Odio mi bastón”, “Me avergüenza que sepan que soy ciego”

3. Negociación. Ante la dificultad de afrontar la difícil realidad, más el enojo con la gente y con Dios, surge la necesidad de intentar llegar a un acuerdo para intentar superar la traumática vivencia. Va acompañada de frases como «Quiero vivir al menos para ver a mis hijos crecer», «haré cualquier cosa por...».

En los integrantes del grupo de apoyo durante esta etapa del duelo se detectaron las siguientes ideas:

“Quiero ser fuerte ante mis hijos”, “Quiero ser un ejemplo para otros”, “Tengo que guiar a mi hija en su propio proceso”.

4. Depresión. Cuando no se puede seguir negando la persona se debilita, aparecen otros síntomas y se verá invadida por la tristeza. Es acompañada de frases como «Estoy tan triste, ¿por qué hacer algo?»; «voy a morir, ¿qué sentido tiene?»; «extraño a mi ser queridos, ¿por qué seguir?».

En los integrantes del grupo de apoyo durante esta etapa del duelo se detectaron las siguientes ideas:

“No quiero ser ciego (a)”, “Evitaba a personas del sexo opuesto para evitar el rechazo”

5. Aceptación. Quien ha pasado por las etapas anteriores en las que pudo expresar sus sentimientos, contemplará el devenir con más tranquilidad. Es acompañada por frases como «Esto tiene que pasar, no hay solución, no puedo luchar contra la realidad, debería prepararme para esto».

En los integrantes del grupo de apoyo durante esta etapa del duelo se detectaron las siguientes ideas:

“Ahora estoy más en contacto conmigo mismo”, “Percibo diferente las cosas”, “Mi percepción es mejor”, “He crecido espiritualmente”,

“Tengo mayor sensibilidad”.

Entre risas: “Cuando voy al súper con mi esposa, voy detrás del carrito como un niño”, “Pinté mi bastón de otro color para que se vea atractivo”

2.2 Tareas para procesar el duelo

El modelo cognoscitivo del psicólogo J. William Worden⁶ para el proceso de duelo consta de cuatro tareas en que el doliente debe trabajar.

1. Aceptar la realidad de la pérdida tanto a nivel mental y de sentimientos reconociendo que el hecho es irreversible.
2. Liberar las emociones y sentimientos que acompañan el duelo, comunicando y expresando las dudas y emociones.
3. Capacitarse para desenvolverse sin lo perdido. Hacer ajustes internos, externos y a nivel espiritual.
4. Recuperar el interés por la vida y por lo que tenemos en este momento así como por las personas que nos rodean.

Worden nos explica por qué los procesos de duelo mal resueltos como las reacciones emocionales exageradas, llegan a convertirse en crónicas. Por ello, en el siguiente capítulo, daremos práctica a estas tareas a través de la intervención con personas que han perdido la vista y personas con debilidad visual.

⁶ J. William Worden en su libro El tratamiento del duelo.- Asesoramiento psicológico y terapia. Paidós Iberica (2013).

CAP. 3 ABORDAJE TANATOLOGICO

Todo está dentro de mí, y no hay jueces, y no hay fronteras ni límites para mí. (*Henri Barbusse*)

En la Intervención propongo procurar combatir la Incertidumbre informando a los pacientes de manera clara y oportuna sobre su pronóstico ya que es su derecho conocer su realidad y lo que el futuro les depara, pero también me parece importante hacer énfasis en el trato empático y amoroso poniendo en ello nuestro lado más humilde al servicio de su bienestar, estar abiertos y dispuestos a brindarle nuestro respaldo y contención sincera y en comunión con lo que estará viviendo; con misericordia, compasión, congruencia y aceptación positiva incondicional. Además hacer partícipes a los familiares y personas cercanas en medida de lo posible, entendiendo su dolor.

Es importante identificar los motivos de sus miedos y ansiedades para poder brindarles alternativas efectivas que permitan su control o disminuirlos.

Propiciar espacios y un ambiente en donde el paciente pueda expresarse para identificar las emociones prevalecientes para que estén en contacto con ellas y así puedan comprenderlas, ser conscientes y superarlas es indispensable.

El tanatólogo debe estar preparado para brindar una explicación basada en el conocimiento del estado psicodinámico del paciente (Bellak y Siegel, 1983)⁷.

Hacer un ajuste de las relaciones del paciente con su entorno ya que existe un rechazo, involucrando a sus seres cercanos de acuerdo a la situación individual en la medida de lo posible.

⁷ Leopold Bellak y Hegel Siegel. Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia. En el que se explican técnicas básicas en la psicoterapia breve.

Para entender el abordaje, se formó un grupo de personas débiles visuales y ciegos con la finalidad de brindarles acompañamiento y detectar la perspectiva de cada uno a través de sus historias de vida. Se realizaron ejercicios terapéuticos y tareas. Se dio énfasis a sus emociones e ideas no racionales como resultado de ellas promoviendo la reflexión, estrategias adecuadas de afrontamiento y autoconocimiento abordados desde diferentes emociones.

3.1 SESIÓN 1

Detectar la emoción prevaleciente al primer contacto con la pérdida de la visión y emoción prevaleciente en este momento de sus vidas

CASO 1. J. comenta que no identifica una emoción ya que desde los 3 años de edad empieza con dificultades de visión diagnosticándole alta miopía, crece siendo débil visual utilizando lentes pero sin identificarlo como un problema. Nos comparte que a lo largo de su desarrollo siempre se sintió fuera de lugar, recibía críticas, apodos, rechazo y se preguntaba por qué sus primos podían destacarse por ejemplo en deportes y él no siendo que lo practicaba igual que ellos. Llegó a experimentar sensación de temblor corporal por lo que acude a consulta y se le diagnostica ansiedad recibiendo un diagnóstico visual hasta que ya es adulto. La emoción que identifica en este momento de su vida es soledad ya que se da cuenta de su problema visual ya estando casado y con hijos por lo que su esposa decide abandonarlo llevándose a su hijo y dejándole a solo a su hija. Después de varios años

regresaron, pero siente que su familia no lo toma en cuenta para absolutamente nada, mucho menos le brindan cariño o apoyo.

CASO 2. O. creció con debilidad visual pero nunca pensó que tuviera algún problema, comenta que le parecía normal la forma en que veía y es hasta hace aproximadamente tres años que le diagnosticaron Starbt a su hija que llegó a comprender su propia problemática, además de que también se le diagnostica con debilidad visual. La emoción que identifica a partir de ese momento es miedo de que su hija sufra lo que ella está experimentando y a salir sola a la calle. Aunque en ocasiones y con muchas dificultades sale sola, optó por aislarse.

CASO 3. S. Hace 12 años se dio cuenta de que no alcanzaba a ver ni con anteojos y desde hace 2 años empieza a chocar y a ver sólo la luz del sol. Identifica como emoción inicial la negación por lo que se aísla. La emoción que prevalece al día de hoy es el miedo, nerviosismo al salir sola porque piensa en los obstáculos con los que puede tropezarse a pesar de que es independiente y autosuficiente.

CASO 4. T. comenta que su emoción inicial fue el miedo acompañado de vergüenza, coraje, confusión, dolor y tristeza por lo que estuvo deprimido aproximadamente 8 meses en los que se escondía y gritaba. Tuvo un ataque al corazón y de ahí ha tenido dificultades de salud como diabetes. Comenta que de repente sintió que algo le escurría en el ojo derecho por lo que acudió a consulta, se le informó que uno de los medicamentos que se le habían prescrito fue la causa y requería operarse pero durante

varios meses los médicos fueron postergándole la operación en ocasiones por dificultades en su salud y en ocasiones por negligencias lo cual le afectó al otro ojo también, recibió mal trato, mal diagnóstico, hasta que le dijeron que nada podía hacerse ya que no se atendió a tiempo. La emoción que detecta en este momento de su vida es “estoy en un proceso de descubrir ¿qué más puedo hacer y sentir? Lo cual nos habla de que T. se encuentra en la etapa de aceptación y es el amor la emoción que prevalece en su vida.

CASO 5. E. identificó “coraje” como emoción y reacción prevaleciente al perder la visión, ya que fue una pérdida súbita comenzando con dolores de cabeza, mareos, pérdida de equilibrio y al despertar al otro día sólo podía ver cortinas de luz. Recuerda que al darle el médico el diagnóstico y un mal pronóstico, tuvieron que medicarla ya que su reacción fue muy violenta y llena de reclamos hacia los médicos. La emoción que identifica en este momento de su vida y a casi 5 años de haber perdido la vista, sigue siendo “coraje” describiendo su situación como “horrible”.

3.2 SESIÓN 2

Qué hay detrás de mí pérdida de la visión

Ejercicio: ¿Qué hay detrás de mí pérdida?

Con este ejercicio se propone guiar a los integrantes para que reflexionen sobre su pérdida y el significado que ellos le dan. Se les pide que se relajen a través del control de su respiración sin forzarla y que se concentren en la pérdida de la visión, se les hicieron preguntas como: ¿Cómo reaccionaron al saber que ya no

volverían a ver? ¿Cuáles fueron las emociones que les produjo el recibir la noticia? ¿Qué hay detrás de su pérdida? ¿Qué se perdió realmente? ¿Qué han ganado y qué han logrado?

Dependiendo del significado que le hayan dado a la pérdida ¿Verdaderamente ya no podrán ser ellos otra vez? ¿De qué otra forma pueden disfrutar la vida sin la vista? ¿Qué es lo que disfrutaban y no necesitan de la vista para hacerlo?

Cada integrante habló de sus emociones, recuerdos y reflexiones durante el ejercicio y a lo largo de sus historias de vida.

3.3 SESIÓN 3 Y SESIÓN 4

Afrontamientos efectivos del duelo y emociones como defensas

De acuerdo al diálogo que han expresado durante las sesiones y a las emociones que prevalecen actualmente en cada uno de los integrantes, se realizaron ejercicios individuales y se detectaron las principales ideas No razonables como resultado de la emoción como defensa.

Para ello se abordaron las principales emociones naturales como afrontamiento efectivo en el duelo y su función adaptativa, y las emociones como defensas descritas por Alba Payás⁸.

⁸ Alba Payás Puigarnau. Las tareas del duelo.- Psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo-relacional (2010).

Emociones como afrontamientos efectivos en el duelo

Miedo. Pedir ayuda a los demás. Prepararse para vivir en un futuro en donde el otro no está. Tomar decisiones ajustadas al duelo. Anticipar y protegerse ante posibles retos y amenazas futuras en ausencia del ser querido.

Enfado. Proporcionar energía para cambios en el presente. Poner límites a uno mismo y a los demás. Decir “no”. Escoger lo esencial. Tomar decisiones. Ser asertivo, autoafirmarse. Proteger el espacio vital en un momento de vulnerabilidad.

Dolor/aflicción. Pedir ayuda. Inspirar compasión. Elaborar los aspectos relaciones de la separación. Resolver asuntos inconclusos. Buscar significados. Aceptar la muerte y la ausencia. Procurar el aislamiento necesario para la introspección.

Amor/ alegría. Vivir en honor del ser ausente. Extraer lecciones de la experiencia de pérdida. Reinvertir en el amor a los demás. Establecer relaciones más plenas con los demás.

Duelo y emociones como defensas

Miedo. Disociación. Ansiedad. Pánico. Fobias. Parálisis. Adicciones. Evitaciones. Hiperactividad.

Enfado. Resentimiento, irritabilidad. Odio. Búsqueda obsesiva de culpables. No aceptación de la muerte. Rabia desplazada. Conductas evitativas. Adicciones de duelo. Actitud agresiva o pasiva-agresiva. Depresión.

Dolor/ aflicción. Victimismo. Autocompasión. Culpa. Enfado distorsionado. Depresión. Claudicación. Abandono de uno mismo. Tristeza crónica.

Amor/ alegría. Tristeza crónica. Depresión. Aislamiento. Incapacitación para las relaciones. No-sentido de lo sucedido. Amor dependiente. Ocuparse del dolor de los demás. Sobreprotección. Optimismo ilusorio.

Intervención

Después de identificar la emoción prevaleciente en cada integrante, se realizaron diferentes ejercicios de forma individual en base a las ideas No razonables derivadas de dicha emoción.

Con O. se utilizó la técnica de la imaginación. Para ella, el miedo es la emoción prevaleciente en su vida actualmente. Como idea No razonable se detectó: si algo es peligroso o amenazante, debo sentirme inquieto y preocuparme constantemente por la posibilidad de que ocurra lo peor.

Con E. se utilizó la técnica de Mi negociación (M. Ochoa) con 3 sillas en donde la silla 1 representó los deseos de E. utilizando frases como: yo desearía ser, yo desearía tener, yo desearía que los demás, la silla 2 representó su realidad objetiva, su verdad actual utilizando frases como yo soy, yo tengo, mi realidad es, y la silla 3 implicó la negociación entre sus deseos y su realidad en donde se hace una intervención con preguntas como ¿Qué piensas al escuchar tus deseos en voz alta? ¿Qué tan posible es lo que deseas? ¿Qué pasaría de aceptarte cómo eres y lo que tienes en este momento? ¿Qué tendrías que hacer si..?. A. fue

cambiando de silla y representando a cada una. Para ella la Ira es la emoción prevaleciente. Como idea No razonable se detectó: El pasado me determina. Algo que me ocurrió una vez y me conmocionó, debe seguir afectándome indefinidamente y no puedo hacer nada.

Como tarea general se aplicó la Técnica de la carga emocional (M. Ochoa) en donde se pide a los integrantes que lleven permanentemente un pañuelo hasta la última sesión, con el fin de que a cada pensamiento o situación negativa que experimenten, tomen el pañuelo y descarguen en él la emoción que les causa tal suceso, repetirán la frase: “ya no quiero sentirme así y para ello tengo que.....”de acuerdo a la situación deberán negociar con su emoción y proponer una respuesta adecuada a tal situación para que en próximos eventos lo utilicen como estrategia de inteligencia emocional. En la última sesión se les pedirá hablar de la experiencia de haber cargado con el pañuelo durante ese tiempo y lo desecharán como símbolo de desechar las emociones y reacciones negativas una vez identificadas, aceptadas y afrontadas ante los sucesos que se les van presentando en su día a día.

T. identificó como emoción prevaleciente el estado en que se encuentra de descubrir qué más puede hacer, dicho estado implica a la emoción de amor y como idea No razonable el habla mucho del “bastón de mando” que para consiste en el poder que y mando que van acompañados del rol del hombre y el rol de padre que siente haber perdido al ya no ser el proveedor principal para

su familia. En el diálogo de T. puede identificarse la aceptación de la ceguera, ha hecho una negociación con sus esquemas y los ha modificado de acuerdo a las circunstancias, principalmente la idea del “bastón de mando” ya que ha aceptado la necesidad de dividir dicho papel sin sentirse amenazado.

Con J. se realizó el ejercicio de la silla vacía en la cual se permitió el diálogo con su esposa quien al saber de su ceguera lo abandonó regresando años después. J. comparte “desde aquel día perdí a mi esposa, aunque regresó físicamente ya no volvió más”. Ha identificado como emoción prevaeciente en su vida la soledad, la cual le es dolorosa al sentirse rechazado y aislado por su entorno primario. Las ideas No razonables que acompañan esta emoción de dolor son “Necesito ser amado y aceptado por las personas significativas de mi entorno, si no es así soy muy desdichado, estoy en soledad”.

3.4 SESIÓN 5.

Apego y despedida

Como cierre de sesiones, se reflexionó sobre la pregunta ¿A qué huele mi felicidad? Con el fin de tomar en cuenta el sentido del olfato como una forma de relacionarnos con los demás y como estrategia al momento de pasar por momentos difícil traer a la memoria situaciones agradables a través del recuerdo de su aroma. Los aromas que mencionaron evocaron situaciones agradables, personas, diálogos y paisajes. Hay quien recordó el aroma a talco cuando cambiaba a su bebé, quien habló del mar y la arena en los pies, el platillo de la madre o de la abuela, hasta

una comida en familia con la interacción entre los integrantes además de comentar que en el momento de compartirnos su recuerdo aromático, sintió a los familiares que participaron de la comida y que ya han fallecido.

En el siguiente ejercicio abordamos la tarea del pañuelo como técnica de la carga emocional en donde cada integrante sacó el pañuelo donde simbólicamente depositó sus emociones y pensamientos negativos con la finalidad de identificarlos, descargarlos sobre el pañuelo y negociar con la emoción buscando alternativas para situaciones similares en el futuro y así también dejar ir la emoción negativa. Al final de relatarnos su experiencia, cada uno fue tirando el pañuelo a un bote de basura que se le s colocó de frente y simbólicamente despidiéndose de su carga negativa.

O. no realizó la tarea.

E. durante todo el tiempo utilizó un pañuelo desechable mencionando que le ayudó especialmente en una ocasión donde un cliente fue muy altanero por lo que ella sacó el pañuelo de su bolsa descargando su enfado y pensando en la situación comentando que al final terminó riéndose de la experiencia que en un principio logró enfadarle.

T. utilizó el pañuelo que le regaló su mamá por lo que al final no quiso deshacerse a pesar de indicarles en las instrucciones que el pañuelo no debía ser significativo. Comentó que aunque no pasó por alguna situación negativa durante esas dos semanas,

entendió que el significado de la tarea era encaminado a no descargarnos con los demás.

J. utilizó un pañuelo desechable que cargó en su mochila durante años pero que nunca utilizó y no quiso ni siquiera desechar durante ese tiempo ya que tuvo algunos problemas de salud en los que era fácil que le sangrara la nariz. Nos compartió que con la tarea reflexionó que lo cargaba a pesar de que los médicos le informaron que su situación de salud mejoró y no lo sacó de su mochila en ese tiempo probablemente por sus miedos. Al final lo depositó en el basurero y se despidió simbólicamente de él.

S. utilizó un pañuelo que ella misma elaboró. Nos compartió que en el descargó muchas emociones que vivió en la última semana donde reflexionó y al final tuvo que tomar una decisión que no contemplaba por lo que le resultó difícil. Lo depositó en el basurero y simbólicamente se despidió.

Al final, se realizó el ejercicio del Laberinto, en donde cada uno de los integrantes en silencio, fue acompañado por una persona cercana durante el recorrido que consistió en tres partes, la primera traer a la memoria el niño(a) que fueron, recordar su infancia, adolescencia y hasta su pasado próximo, la segunda parte fue reflexionar sobre quienes son en el presente y la tercera visualizarse hacia el futuro dejando ir al pasado y las situaciones que en algún momento les dañaron. Al compartir su experiencia, algunos integrantes lloraron, pidieron perdón a su acompañante o lograron identificar situaciones en su pasado que aún no han resuelto.

CONCLUSIONES

Se identificaron las emociones prevalecientes al primer contacto con la pérdida de la visión y actualmente, detectando también la etapa del duelo en la que se encuentran los integrantes.

Durante las sesiones se dieron logros individuales desde la reflexión, desprendimiento de objetos, aceptar la necesidad de utilizar el bastón y llevarlo a la práctica, comunicar y estar en contacto con las emociones, así como asertividad ante situaciones de la vida diaria.

La pérdida de la visión implica conflictos con uno mismo, con la vida, con nuestro esquema religioso, de valores, en lo social, en todo ámbito de la vida. La forma de encontrarse nuevamente, de adaptarse y continuar viviendo, dependerá de las herramientas individuales como la personalidad, la historia de vida, de pérdidas anteriores, estatus social, entre otras como la etapa en que se encuentra la persona ya que ello repercutirá de maneras distintas, si se encuentra en la infancia donde se verán afectados procesos del desarrollo como el cognitivo, si se encuentra en una etapa de identificación y aceptación de los iguales como en la adolescencia, o en la menopausia, andropausia, jubilación, la partida de los hijos del nido familiar. Todo esto y más, es la suma de las crisis personales normales que puede significar la acumulación de conflictos de no llevarse el adecuado proceso para enfrentarlos.

Nos encontramos a su vez, con el tema de la baja visión. Aunque el resultado final sea la ceguera total, las personas con debilidad

visual se encuentran en un estilo de vida entre las vertientes anteriores y la falta de información y comprensión por parte de la sociedad. De pronto son blanco de malos tratos y malentendidos sobre su situación ya que como ellos lo han expresado, las personas los perciben como normo visuales ya que por lo general no usan bastón, su rostro aún no delata la pérdida de la vista y sus esfuerzos por incluirse y mantenerse autosuficientes los llevan a conductas que buscan aparentar y esconder su realidad; si deciden pedir ayuda o al encontrarse en situaciones como chocar con la gente, son incomprendidos y mal vistos.

Todos los seres humanos estamos perdiendo algo o alguien contantemente, en menor o mayor importancia, desde una posesión material, una mascota, el empleo, a un ser querido, la salud; en fin, cual sea que represente una pérdida en nosotros y es parte natural del vivir, aunque ello implica una crisis que nos puede generar una ruptura de la vida misma como de nuestras creencias, valores y de todo lo que habíamos conocido hasta ese primer contacto con la pérdida; pero todos somos capaces de adaptarnos a vivir y volver a amar esa vida pese a ello, siendo el proceso del duelo bien elaborado lo que nos brindará la ganancia de la trascendencia.

Si todo lo desconocido nos genera miedos, incertidumbre, grandes inseguridades y de ahí que nuestro día a día se vea afectado por cambios en nuestro comportamiento, en nuestra manera de relacionarnos con los demás, en la forma de percibirnos a nosotros mismos; qué ruptura tan grande puede llegar a ser la

perdida de la visión para la autoafirmación en cualquier ser humano después de reconocer por lo menos un par de veces al día nuestro propio rostro frente al espejo. Ahora será un trabajo arduo en el que los demás sentidos, la consciencia de uno mismo, la incorporación de nuevos ideales, nuevos esquemas, el amor propio y hacia los demás aportaran a un nuevo descubrir el quiénes somos y quienes podemos llegar a ser a partir de ese momento en que la vida pareció haberse detenido tan desesperanzante y abruptamente.

BIBLIOGRAFÍA

- a) Payás Puigarnau, Alba. *Las tareas del duelo: Psicoterapia del duelo desde un modelo integrativo-relacional*. (Paidós 2010).
- b) Kübler-Ross, E. *La muerte: un amanecer*. (3ª edición, Océano/Luciérnaga 2010).
- c) Kübler-Ross, E. *La rueda de la vida*. (3ª reimpresión junio 2012, Ed. Vergara).
- d) Bueno Martín, Manuel. *Definiciones y clasificaciones en torno a la discapacidad visual. La baja visión y la ceguera*. INTEREDVISUAL@telefonica.net
- e) <http://www.ehowenespanol.com/suministros-ensenanza-ciegos-list>
- f) Secretaría de Educación del Estado de Veracruz. DGEE. *Discapacidad visual-ceguera y baja visión* eespecial.sev.gob.mx/difusion/visual.php
- g) Edu Emilia Sáez. *Alivio en la pérdida y el duelo*. <http://alivioenlaperdidayelduelo.blogspot.mx/2011/08/las-tareas-para-el-duelo.html>
- h) Galimberti, Umberto. *Dizionario di psicologia. Dizionario de Psicología*. (1 ed. español, Siglo XXI editores 1992).
- i) [http://visionpsicologica.blogspot.mx/search/label/tratamiento s%20y%ejesercicios](http://visionpsicologica.blogspot.mx/search/label/tratamiento+s%20y%ejesercicios)
- j) Checa Benito Manuel, Díaz Veiga Pura, Pallero González Rafael. *Psicología y ceguera. Manual para la intervención psicológica en el ajuste a la discapacidad visual*. (Primera edición: Madrid, 2003).
- k) Thorwald Dethlefsen y Rüdiger Dahlke (Directorio de Bibliotecas Virtuales y Recursos) FWD: www.promineo.gq.nu
- l) <http://www.eraenabril.org/2013/05/las-5etapas-del-duelo-segun-dra-elisabeth-kubler-ross/>
- m) Art. Psychotherapy with a Blind patient. Cyruse. Adams, L.A. California. 1980

- n) Art. Considerations in the treatment of the adult blind patient. Dennis. G. Shulman. Fordham University, The college at Lincoln Center.
- o) Art. Qualitative inquiry into the emotional impact of sight loss and the counselling experiences and needs of blind and partially sighted people. Mhairi Thurston. University of Abertay Dundee, Scotland, UK.
- p) Art. depression, feelings of anxiety and social support in community- living older adults seeking vision rehabilitation services. Gertrudis I. J. M. Kempen • Judith Ballemans • Adelita V. Ranchor • Ger H. M. B. van Rens • G. A. Rixt Zijlstra, 2011
- q) Art. Self-concept, Adjustment to Blindness, and Quality of Friendship Among Adolescents with Visual Impairments. Hefziba Lifshitz, Irit Hen, and Izhak Weisse
