



UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA  
CAMPUS NORTE  
CARRERA DE PSICOLOGÍA  
INCORPORADA A LA UNAM CLAVE 8183-25

## **EL PROCESO DE DUELO Y ACEPTACION EN LA CEGUERA ADQUIRIDA**

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A N

MARIEL ABIGAIL DE ÁVILA CORTÉS

ROXANA ANGELINA MORALES AINSLIE

ASESOR: MARIA ESTELA DE LOS REMEDIOS FLORES ORTIZ

TLALNEPANTLA DE BÁZ, ESTADO DE MÉXICO 2011



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## AGRADECIMIENTOS

*Quiero agradecer a mi madre Ivone y a mi padre Mario, por creer en mí, estar a mi lado y apoyarme en todos los momentos de mi vida, y porque pesar de lo económicamente difícil que pudo ser el último año en la universidad, dieron todo su esfuerzo para que yo pudiera concluir satisfactoriamente mis estudios. Muchas gracias por todas sus enseñanzas que me ayudaron a ser una mejor persona. Gracias por su amor, paciencia y dedicación. Gracias por que me han ayudado a ser la persona que soy.*

*A mis abuelos Jaime e Irma, quienes me brindaron un hogar y alimento durante cuatro años y medio, quienes me apoyaron moral y económicamente siempre que lo necesite y contribuyeron para que fuera una mejor persona y una mejor mujer.*

*A Ingrid, Brenda y Rodolfo, por su comprensión durante todo este tiempo, por su paciencia y por todo el apoyo incondicional que me brindaron en todo momento, sobre todo en estos últimos años.*

*A mis amigas de la universidad quienes representan una parte importante de mi vida. Quienes con su apoyo, confianza, comprensión y sentido del humor, ayudaron a que este tiempo fuera más ameno. Gracias por estar conmigo en los momentos más difíciles y en los más felices.*

*A todas las personas que se atravesaron en mi camino y contribuyeron a que fuera una mejor persona, que me brindaron sus enseñanzas, que me apoyaron en algún momento de mi vida y sobre todo que creyeron en mí.*

*A mis profesores de la universidad, por compartir su conocimiento, por ese esfuerzo y dedicación a su trabajo, por su paciencia y por todo lo que me enseñaron no sólo como maestros, sino como personas y profesionistas que son. Gracias por todo su apoyo y por creer en mí. De cada uno me llevo algo personal y lo pongo en práctica en mi vida cotidiana. Gracias a todos por ayudarme a ser quien soy.*

*A los asesores de este trabajo, por su tiempo, dedicación y paciencia. Por todo lo que hicieron para enriquecer este trabajo y sobre todo por creer en mí.*

*Al Comité Internacional Pro-ciegos, por permitir que se llevara a cabo este trabajo y a todas las personas que colaboran en él, por su gran apoyo, confianza, amistad, y enseñanzas que me brindaron en ese tiempo. Gracias a los magníficos alumnos del comité, por todo lo que me enseñaron y por ser las personas que son. Por enseñarme una forma más de vivir.*

*Gracias a Dios por poner a todas estas valiosas personas en mi camino y por brindarme todas estas oportunidades.*

*Mariel Abigail De Ávila Cortés.*

## AGRADECIMIENTOS

*A mis padres, Rosana y Chucho, quienes han sido un gran ejemplo de vida, quienes me han brindado en todo momento su apoyo incondicional, enseñándome a luchar por conseguir mis metas y de quienes he aprendido que nada es imposible. Gracias por estar siempre a mi lado y ser parte importante de todos los logros de mi vida.*

*A mi abuelita, Yeya, quien siempre se sintió orgullosa de mí, por ser una segunda madre, apoyarme, cuidarme y brindarme cariño y amor en todo momento.*

*A Gus, por ser un gran hermano, de quien he aprendido a luchar por conseguir lo que quiero, y quien hace que parezca fácil. Siempre te he admirado, gracias por tu apoyo, tus enseñanzas y por despertar en mí esas ganas de ser mejor, de aprender y conocer más.*

*A Liz, mi compañera, hermana y amiga, de quien estoy orgullosa. Eres una gran mujer y valoro inmensamente el esfuerzo que has hecho para conseguir lo que quieres. Nunca te des por vencida, sigue luchando. Aunque parezca difícil, este es un claro ejemplo de que con dedicación y voluntad puedes conseguir lo que quieres. Siempre tendrás mi apoyo.*

*A Alan, mi gran amor, por creer en mí desde el inicio, por tu inmenso apoyo, por estar siempre a mi lado, y porque sin ti, esto no sería posible. A mis suegros quienes siempre estuvieron al pendiente de mis logros, motivándome a seguir adelante.*

*A Aby, Lore y Arai, por ser parte de este logro, por compartir grandes momentos juntas, quienes se han convertido en personas especiales en mi vida, cómplices, compañeras, hermanas. Gracias por permitirme ser más que una compañera de clase, gracias por ser mis mejores amigas.*

*A Aby, quien hizo posible este trabajo, quien ha estado en los momentos más difíciles, aquellos donde el tiempo parecía no alcanzar y lo único que contaba era el esfuerzo y dedicación. Por ser, con quien he crecido, de quien me siento orgullosa y con quien he*

*compartido la satisfacción de lograr metas y objetivos. Gracias por ser mi compañera de salón, mi compañera de trabajo, mi colega, pero sobre todo mi gran amiga.*

*A mis profesores, quienes día a día lucharon para que fuera alguien mejor, gracias por todo lo que me aportaron, además del conocimiento teórico, por sus grandes consejos, por su exigencia que me permitió demostrarme a mí misma que puedo siempre ir por más. Por dejar una huella en mi vida, reforzando que la Psicología es más que una carrera, convirtiéndola en mi pasión y mi forma de vida. En especial a quienes apoyaron incondicionalmente este trabajo, Estelita, Francisco, Eduardo y Víctor. Gracias por sus enseñanzas, su tiempo y dedicación.*

*A todas las personas de Comité Internacional ProCiego I.A.P., en especial a Ruth, Rosy y todas las maestras, de quienes recibí apoyo incondicional para la realización de este trabajo, y de quienes me llevo su gran sensibilidad, empatía, amor y coraje hacia las personas que más lo necesitan. A todos los alumnos, quienes son dignos de admirar porque a pesar de las circunstancias me enseñaron a valorar la vida, a saber que siempre se puede volver a sonreír y a luchar día a día. Por ser la inspiración para demostrar que todo es posible.*

*Gracias a aquellas personas que han dejado una marca en mi vida, a todos aquellos que me han formado como persona. A mi familia, a mis amigos, maestros y compañeros.*

*Gracias a Dios por permitirme tener una vida llena de bendiciones.*

*Roxana Angelina Morales Ainslie*

## RESUMEN

El presente estudio fue realizado bajo los lineamientos del método de investigación acción, cuyo objetivo fue brindar los elementos psicosociales para elaborar el proceso de duelo y llegar a la aceptación de la ceguera adquirida. Participaron 13 adultos cuyas edades fluctúan entre los 18 y 66 años, que presentaban dificultades en su proceso de rehabilitación. Esta investigación se realizó en tres momentos: Detección de necesidades, a partir de la aplicación del instrumento “Evaluación del proceso de duelo”, asimismo se exploró la ansiedad a través de la escala de Hamilton y la depresión con el test de Beck. Con los datos obtenidos, se organizó el segundo momento que consistió en la planeación y realización del taller “Vol-Ver a Na-Ser”, con una duración de 14 horas, donde se abordaron temáticas como: los sentimientos ante la pérdida, etapas del duelo, enfrentamiento de crisis, etc., bajo los lineamientos de los grupos operativos de Pichón Riviere. En el tercero se realizó la post evaluación. Los resultados muestran un decremento de 7 puntos en lo relacionado a la ansiedad y 12 en depresión. Asimismo, las áreas en donde se observaron cambios importantes fueron: la emocional, sintiendo mayor seguridad y confianza 10 de los participantes, sentimientos positivos, ánimo para realizar actividades laborales, cambios en las relaciones interpersonales y aceptación de la ceguera adquirida en 9, y 8 en las relaciones familiares. Se concluye que todo proceso de rehabilitación debe iniciar abordando los elementos psicosociales que implican el proceso de duelo.

**Palabras clave:** Duelo, discapacidad, ceguera adquirida, aceptación, proceso grupal.

## INDICE

I. INTRODUCCION	1
II. MARCO TEORICO	5
A. Antecedentes	5
B. La Discapacidad	8
1. Tipos de discapacidad	12
C. Discapacidad visual	17
1. La discapacidad visual en México	19
2. Causas de la discapacidad visual en México	20
D. Esferas psicosociales afectadas por la discapacidad visual	22
1. Familiar	22
2. Educativo	25
3. Laboral	29
4. Social	32
5. Emocional	35
E. El proceso de elaboración del duelo	38
1. Sentimientos de dolor	45
2. Etapas del duelo	46
F. El proceso de duelo en la discapacidad visual	51
1. Enfrentamiento de crisis	52
2. Manejo de la pérdida	53
3. Ajuste al cambio	56
G. Situación actual sobre la discapacidad en México	59
1. Servicios de Salud	61
2. Asociaciones de y para personas con discapacidad visual	63
3. Rehabilitación para personas con discapacidad visual	64
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	68
IV. JUSTIFICACION	73
A. Situación Actual	73
B. Importancia para la Sociedad	75
C. Importancia para la Psicología	75
V. OBJETIVO E HIPOTESIS	77
VI. METODO	78
A. Lineamientos generales	78
B. Población	79
C. Instrumentos	80
D. Procedimiento	81



VII.	RESULTADOS	85
	A. Fase 1. Exploración: Obstáculos para la elaboración del proceso de duelo	85
	B. Fase 2. Evaluación longitudinal del impacto del proceso grupal	87
	C. Fase 3. Impacto del proceso grupal en el estado emocional: Ansiedad y Depresión	93
VIII.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	106
IX.	CONCLUSIONES	110
X.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	113
XI.	ANEXOS	117
	A. Consentimiento informado	117
	B. Carta informativa	118
	C. Instrumentos de Evaluación	119
	1. Cuestionario: Evaluación del proceso de duelo y aceptación en personas con ceguera adquirida	119
	2. Escala de Ansiedad de Hamilton	120
	3. Test de Depresión de Beck	126
	4. Cuestionario: Impacto del proceso grupal	131
	D. Tríptico del taller “Vol-Ver a Na-Ser”	133
	E. Programa del taller “Vol-Ver a Na-Ser”	135
	F. Constancia del taller “Vol-Ver a Na-Ser”	160
	G. Fotografías del taller “Vol-Ver a Na-Ser”	161

## I. INTRODUCCIÓN

*“Un joven de 19 años, saca a pasear a su perro por la noche, de pronto unos hombres lo asaltan, comienzan a golpearlo y lo avientan a una barranca, cayendo de cabeza cinco metros. El joven queda inconsciente, entra en estado de coma por varios meses y cuando despierta se da cuenta que ha perdido la vista. ¿Qué sucede ahora con los planes que tenía? A partir de ese momento su vida ha cambiado por completo. Ahora tiene que enfrentarse al mundo siendo ciego” (De Avila, A. y Morales, R. 2010.).*

La Organización Mundial de la Salud define a una persona con discapacidad como aquella con alguna deficiencia física, mental, intelectual o sensorial permanente o por más de seis meses al interactuar con diversas barreras que le impidan desarrollar sus actividades dentro del margen de lo que se considera normal para un ser humano. Actualmente alrededor del 15% de la población mundial vive con algún tipo de discapacidad y en México la cuarta parte de ésta población corresponde a las personas ciegas o de baja visión. Es importante mencionar que al adquirir una discapacidad, sin duda, las personas atraviesan por un proceso de duelo debido a la pérdida de algo que consideran importante y valioso, como lo es algún órgano o función, lo que imposibilita llevar su vida de la forma en que habitualmente lo hacían.

A pesar de que existen instituciones que brindan atención y rehabilitación, la mayoría no tiene como prioridad abordar la situación emocional, enfocándose únicamente en la rehabilitación física. Por tal motivo se identifica que la mayoría de las personas no logran tener una rehabilitación exitosa, debido que todavía no llevan a cabo su proceso de duelo para lograr la aceptación de su actual condición.

A través de la historia diversas disciplinas han investigado sobre esta problemática, una de ellas es la Psicología, que por medio de diversos autores ha realizado aportaciones acerca de la discapacidad y de sus consecuencias.

Vigotsky entre 1924 y 1928, estudió los procesos de los ciegos, los sordos y débiles mentales, y mencionó que cualquiera de estas discapacidades influyen en las relaciones personales. Blasch, Wiener y Welsh, en 1977, determinaron que la ceguera, además de asociarse con la depresión, las consecuencias de esta discapacidad resultan ser estresantes

y generadoras de ansiedad. Por su parte, Oppedgaard en 1984, en un estudio concluyó que la deficiencia visual está asociada con la depresión en las personas que presentaban un bajo nivel de apoyo social.

Representantes del psicoanálisis como Pitlevnik, (1999) hace mención de la importancia de un analista en las instituciones de rehabilitación. Freud (s/f) también afirmó que la visión es más que una simple función natural, ya que a través de ella se conoce el objeto y el mundo.

Díaz en el 2008, investigó que no todas las personas mayores responden del mismo modo a las limitaciones de la pérdida de la visión. Es importante el apoyo que reciben de las demás personas, siempre y cuando no se caiga en exceder dicha ayuda.

Asimismo, Cravzoff, Hermida, y D'Andreis (s/f), trabajaron con pacientes que padecían problemas visuales y afirmaron que tienen una dificultad duradera para aceptar el tratamiento. Este desajuste se manifiesta en trastornos del estado de ánimo, ya que muchas veces se muestran retraídos, sumisos, aislados, o resignados ante la situación por la que están pasando.

Como se mencionó, la situación emocional es fundamental cuando se presenta una discapacidad. Por tal motivo diversos autores se han enfocado en esta área, abordando el proceso de duelo. Una de las grandes aportadoras sobre este tema, es la doctora Elizabeth Kubler- Ross (2001), quien señala y describe las etapas del duelo. Nancy O` Connor (2004), afirma que la pérdida más absoluta y contundente es la muerte de uno mismo, o un cambio radical en el cuerpo, como el perder la vista, un miembro, o una enfermedad física deteriorante, que afectan la apariencia o la fuerza vital.

Es claro que existe información, estudios, cifras y datos relativos a la discapacidad, sin embargo, para la Psicología es inminente no sólo hacer aportaciones en este sentido, sino brindar estrategias en base a la prevención e intervención, tomando en cuenta el área emocional para lograr una mejor calidad de vida.

Es por esto, que la presente investigación tiene como objetivo demostrar la importancia del manejo del duelo. Al abordar este tema, se trabaja la situación emocional de las personas

con discapacidad, en este caso personas con ceguera adquirida, siendo esta área antecesora de cualquier programa de rehabilitación.

Para cumplir con dicho objetivo, se llevó a cabo un proceso grupal, a través del taller “Volver a Na-Ser”, para manejar y elaborar el proceso de duelo, brindando los elementos psicosociales necesarios para la aceptación de la discapacidad visual, e incidir así en la calidad de vida de las personas que cuentan con esta condición. De esta manera, se buscó demostrar que al lograr una mayor aceptación ante la nueva realidad, la calidad de vida de las personas mejora y por lo tanto esto puede favorecer en su proceso de rehabilitación.

En el presente documento, se busca dar a conocer los elementos teóricos y metodológicos correspondientes al tema de la discapacidad y el proceso de duelo, así como los resultados obtenidos a través de las estrategias planteadas, con el fin de brindar aportaciones y propuestas de intervención, útiles y novedosas, en relación a la discapacidad visual adquirida.

Dicho documento se encuentra estructurado en cinco apartados. En el primero se encuentran todos los elementos teóricos correspondientes al tema de la discapacidad y el proceso de duelo, se integra la información, así como las preguntas construidas a partir de la problemática para plantear el objetivo e hipótesis. En el segundo apartado, se mencionan los elementos metodológicos y estrategias utilizados para llevar a cabo la investigación e intervención, integrando así una propuesta novedosa. Posteriormente se muestran los resultados obtenidos, seguidos de la discusión y las conclusiones. Finalmente se muestra un apartado de anexos, en donde se incluyen todos los materiales que se utilizaron para la realización de la intervención a través del proceso grupal.

Cabe mencionar que la información presentada en el documento se apega a los lineamientos de la segunda versión abreviada de la tercera edición en español de la American Psychological Association.

Así mismo se informa que durante la realización del presente documento se llevó a cabo el Censo General de Población y Vivienda 2010 en México, motivo por el cual los datos y cifras mencionados se abocan a los resultados definitivos del Censo del año 2000.

Actualmente se han generado datos y cifras resultantes del Censo del 2010, sin embargo estos aún se encuentran en proceso de publicación. Así, la información contenida en este trabajo se basa en los datos definitivos y en los que actualmente se han publicado, tratando de mantener en la medida de lo posible la información actualizada y más reciente.

A continuación se da a conocer la información organizada e integrada que permitió generar el presente documento relativo a la investigación “El proceso de duelo y aceptación en la ceguera adquirida”.

## **II. MARCO TEORICO**

### **A. ANTECEDENTES**

La psicología se ha dado a la tarea de investigar la discapacidad en todos sus ámbitos y cada vez es mayor el número de personas que se incorporan a la tarea de mejorar las condiciones de vida y bienestar personal de las personas con discapacidad. “Distintos profesionales como psicólogos, pedagogos, maestros, educadores, médicos, psiquiatras, terapeutas ocupacionales etc., aúnan su esfuerzo de ayuda multidisciplinar en el estudio e investigación sobre la población, en la evaluación e intervención habilitadora de las personas con discapacidad.” Verdugo, (2005, p.1). Algunos autores han trabajado específicamente con la discapacidad visual en niños y en adultos, así como los procesos del desarrollo de las personas que nacen con algún tipo de discapacidad. Por ejemplo Vigotsky, estudió los procesos psicológicos de los ciegos, los sordos y débiles mentales. “Cualquier defecto ya sea la ceguera, la sordera o la deficiencia mental innata influyen sobre todo, en las relaciones con las personas”. (Citado en Braslavsky, 1999, p.18). Asimismo, también realizó un análisis histórico de los puntos de vista dominantes sobre la psicología del ciego a partir de la idea de que la ceguera no sólo es la falta de la vista, es decir el defecto de un órgano en particular, sino que además provoca gran reorganización de todas las fuerzas del organismo y la personalidad.

Gray y Crespo, (s/f), plantean que es necesario guiar al niño ciego para que viva con realismo su propia situación y para que encuentre el aspecto positivo de la misma. También es importante enseñarle que podrá participar con los otros niños en muchos juegos pero que habrá otros en que necesitará ayuda y que no podrá compartir.

Se sabe también que la ceguera no necesariamente puede adquirirse desde el nacimiento, sino que puede adquirirse en cualquier momento de la vida, es decir ya sea a corta, mediana o avanzada edad por diferentes causas, como enfermedades, accidentes, abuso de sustancias, defectos en el desarrollo etc. Es por esto que varios autores se han dedicado a investigar el proceso de la ceguera en adultos mayores como Díaz, (2008) quien investigó que no todas las personas mayores responden a las limitaciones derivadas de la pérdida visual del mismo modo, es decir que puede ser que el apoyo que reciben sea el necesario

sin exceder dicha ayuda, sin embargo también podrá existir un apoyo exagerado que llegue a caer en la sobreprotección y esto le impida ser independiente. Además, “la estabilidad de estos últimos se ha identificado como un predictor de descenso de sintomatología depresiva a lo largo del tiempo” (Travis, Boerner, Reinhardt y Horowitz, 2004, citado en Díaz, 2008, p.29). Aunado a esto se encuentran también determinadas características biológicas, psicológicas y sociales que pueden contribuir a explicar, en gran medida, porque el fenómeno de la adaptación a las pérdidas visuales varía tanto entre unas personas y otras.

Oppegard, et al. (1984) en un trabajo efectuado con un grupo de personas entre 60 y 102 años concluyeron que la deficiencia visual está asociada con la depresión, pero sólo en las personas que presentaban un bajo nivel de apoyo social (citado en Díaz, 2008, p.28). “En cuanto al papel desempeñado por distintos proveedores de apoyo, investigaciones posteriores han destacado la importancia tanto del apoyo proporcionado por la familia como por los amigos en el ajuste a la deficiencia visual” (Reinhardt, 1996, citado en Díaz, 2008, p.28).

También se han realizado propuestas de intervención psicosocial, describiendo distintas iniciativas para favorecer la adaptación a la deficiencia visual. “El análisis de resultados puso de manifiesto, entre otros resultados, mejoras en la percepción de auto eficacia, mejoras en el estado de ánimo y en la capacidad funcional.” (Díaz, 2005, p.29). Por otro lado “las personas que se perciben capaces para controlar las consecuencias de la deficiencia visual presentan menor sintomatología depresiva y mejor satisfacción en la vida respecto a los que no presentan estas creencias” (Kleinschmidt, 1999, citado en Díaz, 2008, p.28).

Diversos enfoques de la Psicología, como el psicoanálisis también han contribuido con estos tipos de estudios, por ejemplo Pitlevnik, (1999) menciona la importancia de un analista en una institución de rehabilitación debido a que aun siendo ciegos, considera que son sujetos humanos, seres parlantes y su condición está articulada a los hechos de las palabras y a la dimensión de su falta.

Debido a las problemáticas anteriormente mencionadas, la Psicología se ha dado a la tarea de estudiar los procesos de duelo en las personas, independientemente de la pérdida que se

sufra. O` Connor, (2004) considera que la pérdida de alguien por muerte es una herida, así como el caso de una lesión, enfermedad o herida física, y que las personas que atraviesan por esto deben darse tiempo para sanar ese mal y la duración de los procesos del duelo ayuda a recuperar la fortaleza, siempre y cuando se permita experimentar y sentir lo que sea necesario para liberar el dolor y poder llegar a la aceptación de lo que se ha perdido. Habla también de los tipos de pérdidas y menciona que la pérdida más absoluta y contundente es la muerte de uno mismo, o un cambio radical en el cuerpo, como el perder la vista o un miembro, o una enfermedad física deteriorante, como lo es el cáncer, la esclerosis múltiple y otras que afectan la apariencia o la fuerza vital.

El duelo es la respuesta normal al dolor y a la angustia de la pérdida, es el proceso de recuperación después de que ocurre una pérdida perturbante en la vida. Es un estado de intranquilidad incómodo y doloroso, y si no se experimenta, si se reprime o niega y se interioriza, puede conducir a una seria enfermedad física y/o emocional. La conducción del duelo significa el saber manejarlo; significa comprender los sentimientos, aprender a vivir con la pérdida y el cambio, ajustar los sucesos de una muerte o un cambio y sus consecuencias a tu vida, con el fin de que uno pueda seguir viviendo. (O` Connor, 2004, pp.33-35).

Kubler- Ross, (2001) ha estudiado las etapas del duelo así como los sentimientos que se despiertan durante éste y ha dividido la elaboración del duelo en cinco etapas identificables por las que se atraviesa. “La mayor parte de los pacientes experimentan periodos de negación, enojo o ira, negociación y depresión antes de alcanzar la aceptación. No necesariamente todo el mundo atraviesa por todas, ni lo hace en un orden prescrito.” (*Kübler-Ross, y Kessler, 2001, p.23*).

Es por esto que ésta investigación considera importante trabajar con el proceso de duelo en las personas que han perdido la visión de un momento a otro y que no han podido superarlo. De esta manera las personas podrán llegar a tener una mayor aceptación ante la situación por la que atraviesan y podrán llevar a cabo su rehabilitación de una mejor manera, avanzando en ella cada vez más.



## **B. LA DISCAPACIDAD**

Para poder dar una definición del término discapacidad es necesario en primera instancia tomar en cuenta que los términos que generalmente se asocian a la misma, se basan en dos modelos de análisis que ofrecen visiones diferentes aunque complementarias de la discapacidad: el médico y el social.

El modelo médico considera que la discapacidad es de origen bio-médico, ya que ésta adquiere la connotación de síntoma, siendo descrita como una desviación observable de la normalidad bio-médica de la estructura y función corporal y mental que surge como consecuencia de una enfermedad, trauma o condición de salud. El tratamiento se realiza a través de una intervención individual de carácter médico y está encaminado a lograr la cura o una mejor adaptación de la persona y un cambio de su conducta. (CONADIS, 2009).

Existen diversos autores que censuran esta perspectiva entre los que se encuentran: Hahn (1986) por considerar que asumen una presunción de inferioridad biológica o fisiológica de las personas con discapacidad; Oliver (1990) quien considera que este enfoque únicamente se enfoca en devolver la normalidad a las personas con deficiencias y Barton (1995) quien afirma que los valores e interpretaciones médicas han contribuido históricamente a la construcción social de la dependencia. (Citado en INEGI, 2004).

El modelo social postula que la discapacidad es resultado de las limitaciones impuestas sobre las personas con alguna deficiencia o limitación, por las actitudes y posturas sociales, culturales, económicas y por las barreras impuestas para lograr su participación en la sociedad. (Palacios, 2008 citado en CONADIS 2009). Por lo tanto, aunque en la discapacidad existe un substrato bio-médico, lo considerable y realmente importante es el entorno y sus características, así como es el papel que desempeña la sociedad en el mismo.

Bajo este enfoque la discapacidad es un hecho social en que las características del individuo son relevantes en la medida en que evidencian la capacidad o incapacidad del medio social para responder ante las necesidades derivadas de sus limitaciones. Incluye a las personas cuya discapacidad se identifica fácilmente, como a aquellas en las que la discapacidad es

invisible. Cabe mencionar, que abarca a quienes nacieron con alguna discapacidad como a aquellas personas que la adquirieron por diversas situaciones entre las que se encuentran las socioeconómicas como la desnutrición, enfermedades crónico-degenerativas, adicciones, accidentes y las condiciones de vida o de trabajo inseguras, así como la educación y costumbres. (CONADIS, 2009)

“La visión basada en el modelo social de la discapacidad introduce el estudio de la interacción entre una persona con discapacidad y su ambiente, principalmente el papel de una sociedad en definir, causar, superar o mantener la discapacidad dentro de la misma. Por lo tanto, el manejo de la discapacidad requiere de la actuación social y es responsabilidad de la sociedad hacer las modificaciones necesarias para lograr la inclusión y participación plena de las personas con discapacidad en todas las áreas de la vida social. La atención de la discapacidad se trata de una cuestión de derechos humanos y de un asunto de política pública”. (CONADIS, 2009, p. 32).

Según la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) aprobada en la 54<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud del 2001, que se basa en la integración de ambos modelos, la discapacidad es considerada como un fenómeno universal, en el que toda la población está en riesgo de adquirir algún tipo de la misma en cualquier momento de la vida, es decir, nunca se está exento ante la discapacidad.

Bajo este enfoque, la discapacidad deja de ser una condición que sólo afecta a un grupo minoritario y es resultado de la interacción entre la condición de salud de la persona y sus factores personales, así como las características físicas, sociales y actitudinales de su entorno. Por consiguiente, la CIF utiliza un enfoque biopsicosocial e incorpora conceptos, estándares y métodos, desde una perspectiva biológica, individual y social.

Como se puede apreciar en el cuadro 1, la CIF está dividida en dos partes: 1) funcionamiento y discapacidad y 2) factores contextuales. Dentro de la primera, se encuentran todas las funciones y estructuras corporales, la capacidad de desarrollar actividades y la posibilidad de participación social del ser humano. Además, enumera nueve amplios dominios del funcionamiento que pueden verse afectados: aprendiendo y aplicando conocimiento, tareas y demandas generales, comunicación, movilidad, cuidado en sí mismo, vida doméstica, interacciones y relaciones interpersonales, áreas importantes de la vida y vida de la comunidad, social y cívica.

Así, se entiende a la discapacidad como término genérico para designar todas las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones en la capacidad de llevar a cabo actividades y las restricciones en la participación social del ser humano y la salud, como elemento clave que relaciona las dos anteriores.

Tabla1. Visión del Conjunto de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud

	Parte 1 Funcionamiento y Discapacidad		Parte 2 Factores contextuales	
Componentes	Funciones y estructuras corporales	Actividades y participación	Factores ambientales	Factores personales
Dominios	Funciones corporales Estructuras corporales	Áreas vitales (tareas y acciones)	Influencias externas sobre el funcionamiento y la discapacidad	Influencias internas sobre el funcionamiento y la discapacidad
Constructos	Cambios en las funciones corporales (fisiológicos)  Cambios en la estructura del cuerpo (anatómicos)	Capacidad. Realización de tareas en un entorno uniforme  Desempeño / Realización Realización de tareas en el entorno real	El efecto facilitador o de barrera de las características del mundo físico, social o actitudinal	El efecto de los atributos de la persona
Aspectos positivos	Integridad funcional y estructural	Actividad y participación	Facilitadores	No aplicable
	Funcionamiento			
Aspectos negativos	Deficiencia	Limitación en la actividad Restricción en la participación	Barreras / obstáculos	No aplicable
	Discapacidad			

Tabla 1. Describe la discapacidad en torno al funcionamiento y factores contextuales, así como los dominios que pueden verse afectados debido a la misma.

Asimismo, en 1980 la OMS publica la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) en la cual se intentó facilitar la adopción de criterios comunes de trabajo y progresivamente simplificar la proliferación de denominaciones, contribuyendo también a mejorar la comunicación entre profesionales de

diferentes disciplinas. (Verdugo, 1998 citado en INEGI 2004, p.14). Entre sus aportaciones más importantes, se encuentra el planteamiento de una aproximación conceptual nueva que incorpora tres niveles diferentes: deficiencia, discapacidad y minusvalía (Egea y Sarabia, 2001, p. 16).

- Deficiencia: hace referencia a las anormalidades de la estructura corporal, de la apariencia y de la función de un órgano o sistema, cualquiera que sea su causa; las deficiencias representan trastornos en el nivel del órgano (dimensión orgánica o corporal). Se identifican por ejemplo, en términos de pérdida de miembros o de sentidos, disfunciones o limitación de funciones; algunos ejemplos de deficiencia son ceguera, sordera, mudez, amputación de un miembro y retraso mental. Dentro de la experiencia de la salud, se define como “toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica” (CIDDM, 1980 citado en INEGI, 2004).
- Discapacidad: refleja las consecuencias de la deficiencia a partir del rendimiento funcional y de la actividad del individuo; las discapacidades representan, por tanto, trastornos en el nivel de la persona (dimensión individual). Dentro de la experiencia de la salud una discapacidad es “toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad para realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano” (CIDDM, 1980 citado en INEGI, 2004). Las discapacidades reflejan trastornos a nivel de la persona tales como dificultades de visión, del habla, de la audición, y de deambulaci3n, entre muchos otros. La discapacidad se define tambi3n como *la exteriorizaci3n funcional de las deficiencias o limitaciones f3sicas o mentales que al relacionarse con el contexto social producen minusval3as*; estas 3ltimas expresan el desfase entre las capacidades y potencialidades de la persona con discapacidad y las demandas del medio.
- Minusval3a: hace referencia a las desventajas que experimenta el individuo como consecuencia de las deficiencias y discapacidades; as3 pues, las minusval3as reflejan dificultades en la interacci3n y adaptaci3n del individuo al entorno (dimensi3n social). Dentro de la experiencia de la salud, “una minusval3a es una situaci3n desventajosa para un individuo determinado, como consecuencia de una deficiencia o discapacidad, que limita o impide el desempe3o de un rol que es normal en su

caso (en función de su edad, sexo, factores sociales y culturales)” (CIDDMM, 1980 citado en INEGI, 2004). Las minusvalías establecen las desventajas que experimenta el individuo como consecuencia de las deficiencias y discapacidades; en este sentido, las minusvalías reflejan una interacción y adaptación del individuo al entorno (INEGI, 2004).

Por su parte, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), (2008), reconoce la universalidad de los derechos humanos y plantea un cambio en el sentido en que se basa no sólo en un modelo médico, sino en un modelo basado en el reconocimiento de los derechos humanos, en el que las personas con discapacidad son sujetos con la capacidad de lograr su pleno desarrollo, mediante el ejercicio de sus derechos económicos, sociales, culturales, civiles y políticos. La CDPD acuña la siguiente definición:

“Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás”. (CDPD 2008, citado en CONADIS 2009, p. 35).

De acuerdo con el XII Censo General de Población y Vivienda 2000 en México se definió a una persona con discapacidad como aquella que presenta alguna limitación física o mental, de manera permanente o por más de seis meses, que le impide desarrollar sus actividades dentro del margen que se considera normal para un ser humano (INEGI, 2004). En relación al censo realizado en el 2010, la discapacidad comprende las deficiencias en las estructuras y funciones del cuerpo humano, las limitaciones en la capacidad personal para llevar a cabo tareas básicas de la vida diaria y las restricciones en la participación social que experimenta el individuo al involucrarse en situaciones del entorno donde vive. (INEGI, 2010).

## **1. TIPOS DE DISCAPACIDAD**

Según el XII Censo General de Población y Vivienda 2000 se consideran cinco tipos de discapacidad: motriz, visual, mental, auditiva y de lenguaje; además se integra una categoría que cubre “otros” tipos de discapacidad. La discapacidad motriz se refiere a la

pérdida o limitación de una persona para moverse, caminar, mantener algunas posturas de todo el cuerpo o de una parte del mismo. La discapacidad visual incluye la pérdida total de la vista, así como la dificultad para ver con uno o ambos ojos. La discapacidad mental abarca las limitaciones para el aprendizaje de nuevas habilidades, alteración en la conciencia y capacidad de las personas para conducirse o comportarse en las actividades de la vida diaria, así como en su relación con otras personas. Con respecto a la discapacidad auditiva corresponde la pérdida o limitación de la capacidad para escuchar y en lo que corresponde a la discapacidad de lenguaje se encuentran las limitaciones y problemas para hablar o transmitir un significado entendible. (INEGI, 2004)

Cabe mencionar que los resultados del XIII Censo realizado en el 2010 arrojan otros tipos de discapacidad entre los que se encuentran no sólo la discapacidad para caminar o moverse, la visual, la auditiva, mental y la de lenguaje, sino además la discapacidad para atender al cuidado personal y para poner atención y aprender. (INEGI 2010).

Con respecto al Censo de Población y Vivienda del 2000, la discapacidad motriz es la más frecuente en la población mexicana ya que está presente en el 45.3% de las personas con discapacidad. En segundo lugar se encuentra la discapacidad de tipo visual que incluye a las personas ciegas y a quienes tienen debilidad visual, ocupando el 26%, en tercer lugar figura la discapacidad mental con el 16.1%, en cuarto lugar la discapacidad auditiva ya que esta corresponde al 15.7% y por último, la discapacidad de lenguaje ocupando el 4.9%. Cabe mencionar que tanto la discapacidad motriz como la visual son ligeramente más frecuentes en las mujeres, mientras que en el caso de la discapacidad mental, auditiva y de lenguaje, la situación es inversa, es decir, se presenta más en hombres, por lo que además se puede hablar de discapacidad desde un enfoque de género. Es importante señalar que la suma de los tipos de discapacidad puede ser mayor a 100% debido a que existen algunas personas que presentan más de un tipo de discapacidad.

En cuanto a los resultados obtenidos en el Censo del 2010, la discapacidad que se presenta con mayor frecuencia es la motriz, la cual se presenta en el 58.33% de las personas que cuentan con alguna limitación o discapacidad, seguida por la discapacidad visual cuyo porcentaje corresponde al 27.21 % de las personas; la discapacidad auditiva se encuentra en tercer lugar, presentándose en el 12.10%; posteriormente, en cuarto lugar se sitúa la

discapacidad mental con un 8.55%; Con respecto a la discapacidad de lenguaje, esta se presenta en el 8.31 % de la población. Cabe mencionar que se agregan dos tipos de discapacidad más, la atención en el cuidado personal, presentándose en sexto lugar con un porcentaje del 5.50% y por último lugar las personas que presentan problemas para aprender o poner atención. Cabe mencionar que la suma de los tipos de discapacidad puede ser mayor a 100% debido a que existen algunas personas que presentan más de un tipo de discapacidad. (INEGI, 2010).

Es importante mencionar que aunque la discapacidad visual sigue ocupando el segundo lugar en cuanto al porcentaje de personas que cuentan con ésta, existe un gran aumento en cuanto al número de personas que la padecen ya que en el año 2000 era de poco más de 467, 000 personas y en el año 2010 la cifra es de 1, 561, 466 personas. Es evidente que ha aumentado considerablemente la discapacidad de este tipo, por lo tanto cabe asociarlo con las causas de la misma para identificar el motivo del crecimiento acelerado que tiene.

Las causas que dan origen a una discapacidad son muy diversas y estas se relacionan con aspectos de orden biológico y sociocultural ya que en ellas el medio físico y social desempeña un papel preponderante. Entre las más relevantes se identifica que están asociadas a factores genéticos, enfermedades agudas o crónicas, violencia, accidentes, sedentarismo, complicaciones perinatales, traumatismos, problemas nutricionales, educación incompleta, creencias culturales, accesibilidad a servicios de salud, complicaciones perinatales, adicciones al alcohol y a las drogas, estrés y características del entorno físico, entre otros (INEGI, 2004 ).

El origen de una discapacidad también está relacionado con las condiciones socioeconómicas y con las medidas que emprende la sociedad en favor del bienestar de su población. Así se puede asociar la discapacidad con el desarrollo social, por lo tanto, en base al desarrollo de ciertas regiones se identifica que en las más desarrolladas, los accidentes automovilísticos y la mayor longevidad son factores que han propiciado un incremento en la discapacidad, mientras que en las regiones menos desarrolladas, las principales causas están relacionadas con la malnutrición, el alcoholismo, la drogadicción, la violencia, así como la poca accesibilidad a servicio de salud entre otros. (OMS, 1992 citado en INEGI, 2004).

En México de acuerdo con el Censo del 2000, la principal causa de la discapacidad es la enfermedad abarcando el 31.6%. La segunda causa corresponde a la edad avanzada ocupando el 22.7%, la tercera causa de la discapacidad está representada por el conjunto de anomalías que se presentan al momento del nacimiento correspondiendo al 20%. Por último, casi el 18% de la discapacidad tiene como causa un accidente o una agresión violenta. Asimismo, existen causas no especificadas correspondientes al 6.7 % y la atribución de otras causas al 1.9% de los casos.

Con respecto a los resultados obtenidos en Censo General de Población y Vivienda del 2010, la principal causa de la discapacidad es la enfermedad con un porcentaje del 39.42%, en segundo lugar se encuentra la edad avanzada abarcando el 23.14% debido a que en los adultos mayores se incrementa la probabilidad de adquirir alguna discapacidad como resultado de los procesos degenerativos propios de la vejez. Se atribuye a las anomalías al momento del nacimiento en el 16.32% de los casos. Se ubica en cuarto lugar a los accidentes ocupando el 14.99%. Además, existen otras causas correspondientes al 7.60% y causas no especificadas en el 2.19% de los casos. (INEGI, 2010).

Al hacer una comparación entre los resultados obtenidos en ambos Censos, podemos identificar que en el transcurso de 10 años, aunque la enfermedad sigue siendo la principal causa, el porcentaje ha aumentado lo que posiblemente se deba tanto al acceso a la información y recursos como a los estilos de vida actuales que impiden que las personas atiendan su propia salud. Asimismo se identifica que tanto en el caso de anomalías al momento del nacimiento como de accidentes como causas de la discapacidad, los porcentajes han disminuido.

Con base en sus factores causales, en el 2000, aproximadamente el 72% de los casos de discapacidad eran adquiridos. En el 2010 más del 75% de los casos de la discapacidad son adquiridos, es decir la persona no nace ni hereda la misma, sino que a través del tiempo por diversas causas o circunstancias la adquiere. Es así, que un porcentaje importante de estos casos podría evitarse con acciones preventivas dirigidas a la población en general.

Así, la discapacidad adquirida es considerada como un fenómeno universal, en el que toda la población está en riesgo de adquirir algún tipo de la misma en cualquier momento de la



vida, es decir, nunca se está exento ante algún tipo de discapacidad. Generalmente es la que se presenta después de un accidente o enfermedad y deja secuelas en la persona. Por tal motivo, se debe de tomar en cuenta no sólo la condición bio-médica de la persona sino la individual y social, en donde el entorno, la cultura y el medio pueden ser factores causales en el desarrollo de la discapacidad adquirida. (CONADIS, 2009).

### **C. DISCAPACIDAD VISUAL**

La discapacidad visual se refiere a la disminución que sufre una persona en su agudeza o capacidad visual, incluye a las personas ciegas y a quienes tienen debilidad visual, las cuales regularmente ven sólo sombras o bultos y las deficiencias o limitaciones visuales pueden ser progresivas hasta convertirse en ceguera.

“ Los ojos proporcionan el sentido de la vista, ésta resulta ser una de las facultades más importantes para el ser humano, debido a que le permite relacionarse con su medio ambiente, reconocer los objetos que lo rodean en lo que respecta a movilidad, forma, tamaño, color y luminosidad, y tener acceso a la información de su entorno. Cuando se carece de esta facultad de forma total o parcial, es decir, cuando las personas son ciegas o presentan alguna discapacidad visual, deben recurrir a medios alternativos propios, tales como la agudización del resto de sus sentidos, o bien, contar con mecanismos tecnológicos o científicos de apoyo para percibir la realidad” (CNDH, 2002 citado en INEGI, 2004, p. 97).

Según autores como Mon (1998) la creencia de que las personas ciegas tienen más desarrollados los otros sentidos, no es verdad, ya que la agudización de la percepción táctil, auditiva, olfatoria, etc. es el resultado de la ejercitación y no de una compensación espontánea como se tiene la idea. Por tal motivo es necesario estimular a la persona ciega para entrenar sus otros sentidos, ya sea desde el nacimiento en caso de que se presente la ceguera en ese momento, o posteriormente si es que la ceguera es adquirida. (Citado en INEGI, 2004 p. 100).

Según la Organización Mundial de la Salud (2011) se estima que hay en el mundo 45 millones de personas ciegas y otros 314 millones que padecen alguna discapacidad visual, 90% de estas personas se encuentran en países en desarrollo, por lo tanto, lo que resulta lamentable es que el 80% de esos casos se pueden prevenir, y así nos dan indicios de que se trata en la mayoría de los casos de discapacidad visual adquirida. Así mismo, para la OMS, la discapacidad visual es aquella visión menor de 20/400 ó 0.05, considerando siempre el mejor ojo y con la mejor corrección. Se considera que existe ceguera legal cuando la visión

es menor de 20/200 ó 0.1 en el mejor ojo y con la mejor corrección. (Citado en INEGI, 2004).

La Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), señala que la discapacidad visual puede considerar tanto a la ceguera como a la debilidad visual. Se entiende por ceguera, la ausencia total del sentido de la vista que le impide a la persona valerse por sí misma en actividades que requieren exclusivamente de la capacidad de ver, y por debilidad visual, la reducción significativa del sentido de la vista, el cual independientemente del tratamiento que se realice, ya sea cirugía o el uso de elementos de apoyo (lentes, lupas, microscopios u otros), sigue limitando a la persona para valerse por sí misma, ambas pueden originarse de forma congénita o de manera adquirida.

La definición que se emplea en el XII Censo General de Población y Vivienda 2000, considera a las personas con discapacidad visual como aquellas que presentan pérdida total de la capacidad para ver, así como debilidad visual en uno o ambos ojos. (INEGI, 2004).

“La definición de discapacidad visual comprende a las personas ciegas y a las que tienen debilidad visual, llamadas también con baja visión o con visión subnormal, esta debilidad para ver puede estar provocada por una merma en la agudeza visual perjudicando la calidad de la visión, o por un recorte en el campo visual afectando la cantidad de visión.” (Mon, 1998 citado en INEGI, 2004, p.97).

Según la CNDH (2002) los factores de riesgo asociados a la discapacidad visual son los accidentes, o numerosas enfermedades y padecimientos que desencadenan catarata, glaucoma, leucoma, distrofia retinal y retinosis pigmentaria, entre otras. Por su parte la OMS reporta que “la catarata causa más de la mitad de todos los casos de ceguera y que el tracoma sigue siendo un flagelo para las comunidades paupérrimas del mundo”. (Citado en INEGI, 2004, p.98).

“ Un asunto interesante es que en ocasiones, el que ve poco no presenta una ventaja respecto a las personas ciegas, sino lo contrario, no ve lo suficiente para manejarse como vidente, pero tampoco maneja los instrumentos de los que podría beneficiarse una persona ciega

rehabilitada, como sería manejo del sistema Braille, bastón blanco, sentido del obstáculo, etc.” (Maciel, s/a citado en INEGI, 2004, p.98).

## **1. LA DISCAPACIDAD VISUAL EN MÉXICO**

De acuerdo con el XIII Censo General de Población y Vivienda 2010, en México el porcentaje de personas que presentaron alguna discapacidad de tipo visual fue de 27%, lo que corresponde a 1, 561, 466 personas que tienen dificultad para ver incluso con lentes, hasta aquellas de baja visión y ciegas.

Se observa por entidad federativa que el estado con mayor prevalencia de discapacidad visual fue Yucatán, con 10.7 personas por cada mil habitantes, le siguen Tabasco y Campeche con 8.9 y 8.6, respectivamente. En contraste, Baja California, Tlaxcala y México fueron las entidades donde la prevalencia de discapacidad visual fue menor en el país teniendo estas o 2.3, 3.4 y 3.4 personas con discapacidad visual en promedio por cada mil habitantes. En el D.F. existen 120, 572 personas con discapacidad visual. En el Estado de México hay 187, 127 personas con este tipo de discapacidad.

La diferencia por sexo en términos generales es mínima, las mujeres representan 50.6% de la población; sin embargo, se presentan cambios significativos entre hombres y mujeres en los distintos grupos de edad. La estructura por edad muestra que esta discapacidad se concentra principalmente en la población adulta y anciana; las personas menores de 30 años concentran 17.2%; las personas de 30 a 59 años 33% y los de 60 años o más 48.8%; es decir, a medida que aumenta la edad también lo hace la proporción de personas con discapacidad visual.

En todos los grupos de edad existe una mayor incidencia de la discapacidad visual en los hombres hasta los 49 años; a partir de los 55 años la mujeres se convierten en mayoría, “esto se debe en parte, porque la longevidad de las mujeres es mayor que la de los varones”. (Verdugo, 2002 citado en INEGI, 2004, p.100).

“El momento de adquirir la discapacidad es esencial para las personas; es muy distinto adquirirla al nacer que a consecuencia del proceso de envejecimiento; un ciego de nacimiento, es factible que reciba estimulación que le permita tener experiencias para explorar el espacio y a no temer al movimiento; en el caso de una persona que adquiere ceguera en una edad adulta, el espacio se le torna hostil, teme movilizarse por sí mismo y sus desplazamientos se convierten en experiencias de tensión y miedo” (Mon, 1998 citado en INEGI, 2004, p. 100 ).

## **2. CAUSAS DE LA DISCAPACIDAD VISUAL EN MEXICO**

Según el XII Censo General de Población y Vivienda 2000 entre las causas que originaban en ese momento la discapacidad visual en México, el 33.7% se debía a la edad avanzada, Esta causa afectó a las mujeres (37.7%) en mayor medida que a los hombres (29.5%).

Las enfermedades eran la segunda causa de discapacidad visual ocupando el 33%, entre las que se ubicaba en primer lugar a las cataratas. Las enfermedades afectaron más a las mujeres (35.5%) que a los hombres (30.5%).

En el mismo orden, los accidentes como causa de discapacidad en este grupo de población representó 12.4% abarcando así la tercera causa de la discapacidad visual. Esta se presentó en mayor medida en los hombres (18.8%) que en las mujeres (6.2%). Finalmente el nacimiento se ubicó como la última causa que provocó la discapacidad visual con apenas 11.2%, esta causa se asocia a descuidos durante el embarazo o bien, a factores hereditarios no atendidos oportunamente, la diferencia entre hombres (12%) y mujeres (10.4%) fue mínima. (INEGI, 2004).

Un dato importante radica en que si bien, no se puede determinar la edad en la que estas personas adquirieron su discapacidad, gran parte de ellas eran adultas o adultos mayores, ya que sólo el 11.2% de los casos se originaron al nacer y 33.7% por edad avanzada, de tal forma que puede existir relación entre la presencia de la discapacidad con el ciclo de vida.

En relación a los resultados del Censo del 2010 las principales causas que originan la discapacidad visual son las siguientes: en primer lugar las enfermedades ocupando el

42.06%, entre las que se encuentran las cataratas, glaucoma, leucomas corneales, retinopatía diabética, atrofia optical, distrofia retinal y la retinosis pigmentaria como las principales. (razón que no deja de estar asociada a alguna enfermedad, debido a que la edad avanzada se relaciona con un proceso de deterioro físico o mental que acompaña al envejecimiento). En segundo lugar se ubica a la edad avanzada ocupando el 25.94% (razón que no deja de estar asociada a alguna enfermedad, debido a que la edad avanzada se relaciona con un proceso de deterioro físico o mental que acompaña al envejecimiento). Existen otras causas correspondientes al 12.22%. Posteriormente, se encuentran causas relacionadas con anomalías al momento del nacimiento en el 10.95% de los casos. Los accidentes ocupan el quinto lugar abarcando el 7.12% y por último causas no especificadas en el 1.71%. (INEGI, 2010).

Se identifica que en el transcurso de 10 años, las principales causas de la discapacidad visual han variado considerablemente, convirtiéndose las enfermedades en la principal causa, lo que posiblemente puede deberse tanto al acceso a los servicios de salud como a la información, recursos y calidad de vida de las personas en la actualidad, sin dejar a un lado el entorno social que juega un papel importante en la discapacidad actualmente.

## **D. ESFERAS PSICOSOCIALES AFECTADAS POR LA DISCAPACIDAD VISUAL**

Cuando se adquiere una discapacidad visual, la vida de la persona cambia por completo, ya que se modifican totalmente las condiciones de desarrollo y socialización a las que estaba acostumbrado, asimismo de pronto las oportunidades que tiene ante la vida sufren cambios radicales y todas las esferas de su vida como la familiar, educativa, laboral, social y emocional se ven afectadas, teniendo la persona que vive con discapacidad que pasar por un periodo de duelo y a la par de adaptación a los cambios para poder llegar a la aceptación de su nueva condición y de esta forma lograr tener una calidad de vida más allá de si cuenta con alguna discapacidad.

### **1. AREA FAMILIAR**

La familia es la primera institución que ejerce influencia en el hombre, ya que transmite valores, costumbres y creencias por medio de la convivencia diaria. Asimismo, es la primera institución educativa y socializadora, “pues desde que el hombre nace comienza a vivir la influencia formativa del ambiente familiar” (Guevara, 1996, citado en Sánchez, 2006). Por esto mismo la familia se vuelve factor importante para la rehabilitación y apoyo de la persona que sufre una discapacidad.

Para la familia que tiene un integrante con discapacidad, esto resulta ser un factor estresante para todos los miembros que la integran, y en la mayoría de los casos los roles que ya están establecidos llegan a modificarse por completo. Por ejemplo si la persona con discapacidad visual es la que se solía encargarse de la casa, ahora con la discapacidad adquirida tendrá que depender de otros para su supervivencia. De esta manera, esta persona comienza a sentir que ya no es útil, que no vale y que ahora tendrá que depender completamente de otras personas. Cabe mencionar que esto pasaría en el mejor de los casos, ya que algunos miembros de la familia al enfrentarse al hecho de tener un integrante con discapacidad no logran soportarlo y terminan por abandonar a la familia o separarse de la persona que sufre

dicha discapacidad. Si llega a suceder tal situación, la persona con discapacidad no sólo tendrá que lidiar con su enfermedad, sino también con la culpa de la ruptura familiar.

Martin, (s/f), describe las etapas por las que comúnmente pasa el desarrollo familiar y las posibles consecuencias de las mismas.

1. Formación del matrimonio
2. Nacimiento de los hijos
3. Escolaridad de los mismos
4. Adolescencia
5. Salida de los hijos del hogar
6. Senectud

Martin, (s/f), menciona que en la transición entre estas etapas se van produciendo normalmente algunas crisis: estas son llamadas crisis evolutivas. Por otra parte, también pueden producirse otras crisis, a las que se les llama inesperadas. Dentro de estas últimas se encuentra el caso de la aparición en la familia de un miembro con alguna discapacidad, sea congénita o adquirida, teniendo ésta mayor relevancia si se le asocia con una deficiencia mental. ¿Pero por qué esta situación provoca una crisis? Se puede decir que es debido al aumento de tensión que se produce, ya que, a partir de ese instante cambiara la forma de vida del grupo familiar, pues todos van a tener que adaptarse a la nueva realidad: el miembro de la familia con discapacidad, resultando así un golpe muy duro para ellos. Su primera reacción, por lo general, consiste en negar el problema; luego, cuando se impone la evidencia aparecen la inseguridad, la angustia, la desorientación, el miedo y la culpa. Pero una buena respuesta a esta problemática va a depender del desarrollo de las siguientes conductas, dentro del núcleo familiar, según Martin (s/f):

1. De su capacidad para aceptar y llevar a cabo los cambios que se deben realizar.
2. De la búsqueda de estrategias aptas para lograr estos cambios.
3. De la capacidad para mantener un clima emocional estable.



4. De la coherencia entre el pensar y el actuar.
5. De la preocupación familiar por cada uno de sus miembros.
6. De permitir que los conflictos y tensiones se manifiesten como medio para clarificar la situación, y así poder lograr soluciones.

Lamentablemente, a pesar de los cambios ocurridos en nuestra sociedad, todavía no está formada para aceptar en su seno a una persona que sufre discapacidad. Esto causa, por lo general, que los miembros de la familia desconozcan la existencia de lugares especializados, donde pueden solicitar ayuda cuando la necesiten.

Teniendo en cuenta que el núcleo de integración que posee el discapacitado es la familia, es ésta quien también debe recibir asesoramiento y apoyo para poder cumplir plenamente con su tarea. Con este refuerzo, la familia podrá encarar la situación con aceptación y esperanza. Esto es sumamente importante ya que ellos son los protagonistas y transmitirán por la vía del cariño, del ejemplo y el respeto, el sentido de vida a su ser querido, víctima de la discapacidad. Si es que pretenden tener éxito en este desafío, deberán asumir una postura positiva y de confianza, en la capacidad de que ese ser querido podrá progresar, y para ello es esencial considerarlo como lo que es: una persona con recursos para crecer, madurar y mejorar.

Sabemos que la persona con discapacidad, normalmente carece de iniciativa y tiende al retraimiento, por lo que si el ambiente familiar es tenso, depresivo, y sólo se dedican a responsabilizarlo en gran parte de sus fracasos o a únicamente marcarles sus errores, es de esperarse que la persona se inhiba y aumente en ella el miedo y la inseguridad. El rechazo inconsciente de los familiares a la discapacidad adquirida en alguno de los miembros de la familia, puede despertar en ellos actitudes compensadoras como la sobreprotección, una indulgencia exagerada o esperanzas falsas sobre la curación de ese ser querido. Al presentarse estas conductas, es probable que la misma familia sea quien impida la rehabilitación de la persona, aumentando así la dependencia hacia la misma e impidiendo la autorrealización e integración a las demás áreas de su vida, propiciando cada vez más el rechazo y aislamiento social.

La familia puede ayudar mucho a facilitar el óptimo desarrollo de una persona con discapacidad, además de apoyarlo en su proceso de integración, para que de esta manera no sólo pueda ser útil dentro del mismo núcleo familiar, sino también en la sociedad.

“La Organización Mundial de la Salud propone, desde hace mucho tiempo atrás, la integración protegida o supervisada del discapacitado a la sociedad, con la recomendación especialísima de no dejar a su núcleo familiar, salvo situaciones excepcionales.” (Martin, s/f).

Es aquí donde vale la pena hacer la siguiente pregunta: ¿Se vive con discapacidad o se es prisionero de ella? El factor que marca la diferencia entre ambas condiciones, es la actitud con que la familia de una persona con cualquier tipo de limitación enfrenta el problema, ya que ésta llega a ser en la mayoría de las ocasiones el único y verdadero apoyo.

## **2. ÁREA EDUCATIVA**

La apropiación de los conocimientos, las pautas culturales y las normas de convivencia, son importantes para el desarrollo pleno de las personas. Este proceso comienza en el seno de la familia y continúa a lo largo de toda vida en su paso por las distintas instituciones. La escuela, además de proporcionar conocimientos culturales, se encarga de formar a los individuos en una sociedad, ya que no sólo establece el contacto entre el alumno y el conocimiento si no que se convierte en el ámbito propicio para promover la interacción social y el consecuente desarrollo socio-cognitivo del educando.

En la medida en que el hombre adquiera una educación, también se va adaptando a la cultura adquiriendo lenguaje, costumbres, ideas y normas morales de una sociedad. Sin este aspecto social y cultural, al hombre le sería imposible alcanzar su desarrollo personal. La educación es un proceso dinámico y permanente, que a lo largo de la vida humana tiende al perfeccionamiento del hombre, permitiendo así el desarrollo máximo de sus posibilidades y buscando una inserción activa y consciente al mundo social. (Cabanillas, Dotto, Libsfrant, Zabala, 2003).

Pero aquí es donde surge uno de los problemas importantes. Imagina que la oportunidad de recibir educación es negada para las personas que por alguna circunstancia sufren una discapacidad, ya que en algunas ocasiones, el mundo y la sociedad cierran las puertas para la discapacidad y nuevamente viene la desesperanza, la desilusión y la angustia al no saber qué será de ahora en adelante su vida si no tiene la posibilidad de continuar con una educación. Ante esta situación, únicamente tendrán dos posibilidades: 1.- Abandonar la educación y hacerse a la idea de que ya no podrán seguir estudiando. 2.- Rehabilitarse y buscar otro tipo de alternativas educativas, además de dar el doble de esfuerzo de lo que una persona “normal” daría para poder continuar con una educación.

Sin embargo, se sabe que el individuo que sufre una discapacidad tiene que enfrentarse a un reto muy grande, pero sobre todo cuando la discapacidad se adquiere de un momento a otro. Por ejemplo una persona con cualquier tipo de discapacidad deberá confiar en el resto de sus sentidos que no se encuentren dañados para conocer el mundo y poder relacionarse con él. Muchas veces se encontrará con diferentes limitaciones que tendrán que ver con su movilidad, la variedad de experiencias, los alcances que él tenga para poder obtener la información necesaria, entre otras. Estas limitaciones afectaran la interacción del sujeto con el medio físico y social. Si la persona decide rehabilitarse y entrar a una escuela “normal”, claro, siempre y cuando la escuela brinde esa oportunidad, entonces también tendrá que enfrentarse a la reacción tanto de sus compañeros y hasta del propio educador, quienes en un primer momento suelen demostrar sentimientos de temor o de incluso rechazo ante lo nuevo y desconocido.

Afortunadamente existen otro tipo de opciones, por ejemplo, la llamada educación especial. Según la UNESCO (1977), citado en Cabanillas, et. al. (2003), Educación Especial es la forma de educación destinada a aquellas personas que no alcancen o es improbable que alcancen, a través de acciones educativas normales, los niveles educativos, sociales y otros apropiados a su edad y que tiene por objetivo promover su progreso hacia otros niveles. Según González, (1999), citado en Cabanillas, et. al (Op. Cit.) el educando que necesita de Educación Especial incluye a quienes tienen impedimentos físicos o sensoriales, a aquellos que comparados con los pares de su edad tienen dificultades en su aprendizaje o al comunicarse, como también aquellos cuya conducta no puede ser aceptada sin problemas en las aulas o escuelas regulares. Lo que estos niños tienen en común es una

mayor o menor necesidad de que se les brinde una oferta educativa que esté por encima de lo que la generalidad de las escuelas ofrecen a la mayoría de los estudiantes.

En México con la promulgación de la Ley General de Educación en 1993, la educación especial quedó formalmente reconocida como un servicio educativo comprendido dentro del Sistema Educativo Nacional, definiéndose con precisión su ámbito de acción en el Artículo 41, el cual estipula lo siguiente: (Diario Oficial de la Federación citado en CONADIS, 2009).

*“La educación especial está destinada a individuos con discapacidades transitorias o definitivas, así como a aquellos con aptitudes sobresalientes. Atenderá a los educandos de manera adecuada a sus propias condiciones, con equidad social. Tratándose de menores de edad con discapacidades, esta educación propiciará su integración a los planteles de educación básica regular, mediante la aplicación de métodos, técnicas y materiales específicos. Para quienes no logren esa integración, esta educación procurará la satisfacción de necesidades básicas de aprendizaje para la autónoma convivencia social y productiva, para lo cual se elaborarán programas y materiales de apoyo didácticos necesarios. Esta educación incluye orientación a los padres o tutores, así como también a los maestros y personal de escuelas de educación básica regular que integren a alumnos con necesidades especiales de educación.”* (CONADIS, 2009 p. 72-73).

Actualmente, en nuestro país la educación especial comprende los siguientes tipos de servicios: Centros de Atención Múltiple (CAM), Unidades de Servicios de Apoyo a la Educación Regular (USAER), Centros de Apoyo para la Educación Preescolar (CAPEP), Unidades de Orientación al Público (UOP) y los Centros de Recursos e Información para la Integración Educativa (CRIE). Sin embargo, a pesar de que existen opciones para poder brindar el derecho de educación a las personas que cuentan con alguna discapacidad, dar respuesta a este desafío exige la generación de condiciones propicias para ofrecer un servicio educativo equitativo y de calidad a alumnos y alumnas con discapacidad, incidiendo particularmente en las propuestas pedagógicas para la atención de esta población, en la formación del personal docente y de apoyo, en el fortalecimiento y adecuación de las instalaciones educativas, así como en la oferta de mejores materiales educativos y recursos didácticos para una atención educativa específica.

En México, a pesar de que existen las regulaciones para que la educación sea un derecho y pueda llegar a los niños y adultos con discapacidad, no existen otros recursos que pudieran ser la causa de que realmente la educación se convierta en un privilegio inalcanzable, más que en un derecho inherente a la vida, entre los cuales están la falta de recursos económicos destinados para la capacitación de maestros que puedan impartir educación utilizando el sistema Braille o lenguaje de señas, así como la falta de materiales adecuados. Además, aunque existen instituciones educativas que incluyen a personas con discapacidad, éstas carecen del material especializado, por lo tanto, si bien se rompe con la barrera de la discriminación, ya que si aceptan a la persona con discapacidad, no llega a ser una educación totalmente incluyente debido a que no se tienen las condiciones necesarias para que se logre el aprendizaje óptimamente.

Probablemente lo mencionado anteriormente sea el motivo por el cual en México, según el censo del 2000 mientras que el 91.3% de la población general de 6 a 14 años asistía a la escuela en ese momento, este porcentaje sólo ascendía a 62.6% en el caso de los niños con discapacidad de ese mismo rango de edad, lo que muestra los rezagos en materia educativa en este grupo de la población.

Cabe mencionar que en 2002 se puso en marcha el Programa Nacional de Fortalecimiento de la Educación Especial y de la Integración Educativa, iniciativa en la que participan diversos sectores: autoridades educativas federales y estatales, profesionales de la educación especial, personal docente y directivo de la educación básica y organizaciones de la sociedad civil, así como investigadores que se ocupan de este campo para lograr una cultura de integración y la constitución de una sociedad incluyente donde todos los ciudadanos, hombres y mujeres, tengan las mismas oportunidades de acceder a una vida digna. Asimismo, la Secretaría de Educación Pública (SEP) realizó un importante esfuerzo para editar libros de texto gratuitos para educación primaria en formato Braille; además, incorporó la asignatura “Necesidades Educativas Especiales” en los planes de estudio de las Licenciaturas en Educación Preescolar, Educación Primaria y Educación Física; y reformó el Plan de estudios de la Licenciatura en Educación Especial, lo que ha permitido que se desarrollen competencias más vigentes a los enfoques de la integración educativa que se promueve en las escuelas de educación básica.(CONADIS, 2009).

Las acciones que se llevan a cabo en nuestro país actualmente, son un esfuerzo para apegarse a lo estipulado en La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2008), a través de la cual se busca proteger, asegurar y hacer válidos los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad, su participación, promoviendo así igualdad de oportunidades, en los ámbitos civil, político, económico, social y cultural, tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados. En materia de educación se convoca a que se reconozcan los derechos de la persona con discapacidad en la misma. Al ser un derecho, se debe así, asegurar que la educación llegue independientemente de su condición, es decir, se debe de impartir en los lenguajes, modos y medios de comunicación más apropiados para cada persona y en entornos que permitan alcanzar su máximo desarrollo académico y social.

### **3. ÁREA LABORAL**

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2008) menciona que se debe reconocer el derecho de las personas con discapacidad a trabajar, en igualdad de condiciones con las demás; ello incluye el derecho a tener la oportunidad de ganarse la vida mediante un trabajo libremente elegido o aceptado en un mercado y un entorno laborales que sean abiertos, inclusivos y accesibles a las personas con discapacidad.

A pesar de que existen regulaciones como a la anterior mencionada, hay que tomar en cuenta factores sociales, en este caso, la situación actual en materia de trabajo y empleo en nuestro país. Al pensar específicamente en las personas que cuentan con alguna discapacidad, la situación es aún más difícil, y aunque tengan el deseo, más allá de la necesidad de querer valerse por sí mismos realizando alguna actividad que les genere ingresos y de esta forma recuperar y sobrellevar su vida, entonces deberán enfrentarse a una serie de situaciones que implicaran un gran reto y esfuerzo, las cuales implican cambios desde lo personal, hasta lo social. Primero luchar contra la idea equivocada y los prejuicios de lo que es una discapacidad, hacerse a la idea de que sí habrá limitaciones, pero también nuevos y diferentes recursos a los cuales se tendrá que adaptar para vivir con la

discapacidad. Además surgirán opciones como la rehabilitación para poder adquirir nuevas habilidades que le permitan enfrentarse al mundo, y nuevas opciones para adaptarse al entorno. Pero sin duda, uno de los aspectos más difíciles a los que tendrá que enfrentarse será a renunciar a la seguridad y sobreprotección que le ofrece su familia, y que muchas veces es uno de los mayores impedimentos, en el proceso que le implica avanzar para lograr una aceptación de su nueva condición.

Es importante tomar en cuenta además, que el nivel de educación tiene gran impacto en las oportunidades de acceso al mercado laboral y pone de manifiesto una vez más, la necesidad de mejorar las condiciones de accesibilidad del Sistema Educativo Nacional para hacer efectivo el derecho a la educación de las personas con discapacidad y que de esta forma no se vean limitadas sus oportunidades de acceso al mercado laboral, incidiendo además en el derecho a trabajar.

Posteriormente, viene la situación con las empresas y oportunidades laborales. Fitz, (2007) asegura que por desconocimiento, temores o prejuicios, las empresas no suelen tener en cuenta a las personas con discapacidad a la hora de realizar sus búsquedas de personal. Sin embargo, en la actualidad cada vez son más las empresas que comienzan a emplear personas con discapacidad con resultados muy satisfactorios. A pesar de esto, la situación laboral todavía dista mucho de una situación de igualdad respecto del resto de la población (Izuzquiza y Ruíz, 2005).

De acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo (OIT), en la actualidad existen en el mundo aproximadamente 386 millones de personas con discapacidad en edad de trabajar, lo cual representa cerca del 60% del total de las personas con discapacidad que se estima hay en el mundo. Sin embargo, un gran porcentaje de este grupo de la población está desempleada y en algunos países, este indicador es superior a 80%. (CONADIS, 2009).

Algunos empresarios han comenzado a descubrir el potencial de las personas con discapacidad y en algunos países se han promulgado leyes y se han formulado políticas y programas dirigidos a promover posibilidades de ocupación a las personas con discapacidad que buscan empleo, a mantener en su empleo a las personas que adquirieron

una discapacidad durante su vida laboral o a facilitar la reincorporación a la vida activa a los trabajadores que perdieron su empleo a causa de una discapacidad.

*“Pese a lo anterior, muchas de las personas con discapacidad que pueden y quieren trabajar, están desempleadas. Ello obedece a que la gran mayoría de los empleadores creen que las personas con discapacidad no están preparadas para el trabajo y no les dan oportunidad de demostrar lo contrario. En otras ocasiones, es posible que las personas con discapacidad se encuentren en desventaja debido a rezagos en materia de educación y formación profesional, o a que no existen condiciones de accesibilidad, físicas y de transporte, que faciliten su incorporación al empleo. Esta situación está impidiendo que las personas con discapacidad encuentren un trabajo que les permita ganarse dignamente la vida, atender las necesidades básicas de su familia y contribuir a la economía nacional”.* (CONADIS, 2009, p. 76-77).

En México, según el Censo del 2000 la tasa de participación económica de la población económicamente activa respecto al total de la población en edad de trabajar. Así, mientras en la población general la tasa de participación económica fue de 49.3%, en la población con discapacidad este indicador es de sólo 25%. Los datos del Censo también revelaron que una de cada tres personas con discapacidad que estaba ocupadas laboralmente, eran trabajadores por su cuenta, lo que señala que este tipo de población ha tenido que emprender actividades productivas por sus propios medios al no encontrar una oportunidad en el mercado formal, tanto en el caso de los hombres como en el caso de las mujeres. Asimismo, 6.4% de la población con discapacidad manifestó que no percibía pago alguno por su actividad, situación más apremiante en el caso de las mujeres (7.0%) lo que además se puede relacionar con la discriminación a la que está expuesta y con la que tiene que luchar día a día este grupo de población. (CONADIS, 2009).

Urries (s/f), asegura que la integración laboral de las personas con discapacidad es un proceso en el cual se debe tener un objetivo finalista, el empleo integrado en empresas normalizadas, es decir, empleo exactamente igual y en las mismas condiciones de tareas, sueldos y horarios que el de cualquier otro trabajador sin discapacidad, en empresas donde la proporción mayoritaria de empleados no tenga discapacidad alguna. De igual manera



Urries, señala cuales deberían de ser los indicadores de logro para un programa de inserción laboral:

- Incremento de los sueldos
- Aumentar las habilidades
- Incremento de oportunidades
- Aumentar la variedad de negocios
- Empleos con roles positivos
- Clarificación de intereses y capacidades
- Oportunidades de interacción
- Implicación del empleador
- Implicación de los compañeros
- Apoyo del mundo laboral
- Oportunidades a las discapacidades más severas
- Compromiso de la familia
- Competencia personal
- Inversión en servicios en la comunidad
- Mejora de los apoyos
- Comunidad como un todo
- Desarrollo de grupos de trabajo
- Apoyo al desarrollo profesional de la carrera del trabajador

#### **4. AREA SOCIAL**

Cuando una persona con discapacidad sale del núcleo familiar, no todas las puertas de la sociedad están abiertas de par en par. A través de la historia, se ha considerado a las personas con discapacidad como seres dignos de lástima, incapaces de resolver sus propios problemas, incapaces de tomar decisiones por sí mismos o de participar en cualquier tipo de actividad. La actitud social hacia las personas con discapacidad ha sido predominantemente sobreprotectora y, en consecuencia, cargada de infravaloración, con poco o ningún reconocimiento a sus potencialidades y a sus valores humanos, es más, aún en nuestros días, se les margina y se excluye de participar activamente en diversos procesos de

la sociedad, lo que en última instancia impide el pleno ejercicio de sus derechos. (Polanco, s/f).

La discriminación es la acción de separar o distinguir unas cosas de otras, pero desde el punto de vista socio-psicológico nos sugiere el trato inadecuado y diferente brindado a una persona o a un grupo de personas por diferentes razones entre las que se encuentra la discapacidad. (García, s/f).

“La discriminación contra las personas con discapacidad, constituye toda distinción, exclusión o restricción basada en una discapacidad, antecedente de discapacidad, consecuencia de discapacidad anterior o percepción de una discapacidad presente o pasada, que tenga el efecto o propósito de impedir o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por parte de las personas con discapacidad, de sus derechos humanos y libertades fundamentales”. García, (s/f).

Es importante saber que las personas con discapacidad en ocasiones sienten un trato injusto, diferente y arbitrario que resulta difícil de demostrar, pero que los hace pensar en la discriminación. Esto está ligado a que sienten poca atención por parte de las personas “normales”, por así decirlo, un cierto trato que según ellos es diferente al que se les brinda a las personas que no presentan discapacidad, el cual puede ser tanto negativo, como positivo. Negativo por el simple hecho de negarles una oportunidad para poder valerse por ellos mismos, y positivo, pero de manera ambivalente, ya que ese trato positivo muchas veces resulta ser el más adecuado y finalmente resulta ser dañino. El ejemplo más frecuente en este sentido resulta ser la sobreprotección a la cual se les somete, lo que implica lástima, poca confianza en sus posibilidades, los segrega y los aparta del mundo y de la vida cotidiana como seres humanos.

Pero no solamente se tienen que enfrentar a la discriminación de las demás personas, sino que también debido a la poca cultura que se tiene sobre la discapacidad, también tienen que enfrentarse a dificultades de un ambiente inadecuado para poder desenvolverse con facilidad, por ejemplo, medios de transporte, medios de comunicación, la infraestructura y accesibilidad a edificios, la información, la cultura y la educación, que en su mayoría son inaccesibles.

El reconocer y valorar la diversidad humana en nuestra sociedad, consiste en uno de los mayores desafíos a los que se enfrenta el mundo en la actualidad. La economía se ha ido construyendo con ideas bases sobre la normalidad, en donde no se contempla a otro tipo de personas que no sean “normales”, lo que resulta aún más difícil la participación e inclusión a la sociedad de las personas que sufren alguna discapacidad. Esta situación desencadena un círculo vicioso, es decir, el discapacitado al no percibir oportunidades en la sociedad, sus esperanzas disminuyen y entonces dejan de buscar, al grado de tomar por opción quedarse en su casa y resignarse a ser para siempre dependiente de alguien más. Esto mismo hace que la poca presencia de las personas con discapacidad se vuelva invisible en la vida cotidiana y por lo tanto las pocas oportunidades existentes disminuyan, y no sólo las oportunidades decrecen, también decrece la conciencia de igualdad y el trato digno y adecuado a la discapacidad, aumentando únicamente la discriminación. Entonces, ¿cómo puede animarse una persona con discapacidad a que salga y busque mayores oportunidades?, si la misma cultura y sociedad no tiene conciencia de lo que es una discapacidad.

“Es de lo más normal que las personas discapacitadas deseen implicarse activamente en la vida comunitaria. Esto implica situar la dignidad, la autoestima y la igualdad de derechos de las personas con discapacidad en el corazón mismo de los mensajes y de los debates relevantes en relación a la discapacidad. Hay que tomar en cuenta que la diversidad humana es un punto fuerte para toda sociedad, y que la política de abrir espacios a la diversidad, ya que es un factor positivo para nuestras sociedades y productivo para nuestras economías. Las personas con discapacidad reivindican el derecho igualitario de perseguir las oportunidades que la vida le ofrece a cada individuo, prepararse para la participación por medio de la educación e integrarse en la sociedad a través del empleo. Las personas con discapacidad demandan tanto el derecho a participar, como el derecho igualitario de contribuir. Su movimiento viene inspirado por el enfoque de los derechos fundamentales, lo que les ha llevado a demandar la inclusión, frente a la exclusión, la independencia y la autodeterminación, frente a la dependencia, y el fortalecimiento, frente a las posturas paternalistas”. Jiménez, (s/f)

“La inclusión de las personas con discapacidad en todos los ámbitos de la vida es la meta que debemos alcanzar y es el México que todos debemos construir”; afirma la Secretaria Técnica del Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad (CONADIS), Myriam

Arabian Couttolen (2010). A su vez, menciona que las personas con discapacidad siguen siendo excluidas de la sociedad, de los procesos de educación, empleo, cultura y deporte, por mencionar algunos; que después de tantos años siguen siendo vistas como personas que no son capaces de realizar algún tipo de actividad, que están enfermas y que deben estar en un lugar especial. Sin embargo, la administración pública está enfrentando uno de los retos principales para trabajar en el tema de la inclusión, propiciando en la sociedad el cambio de cultura médico- asistencialista que hay hacia las personas con discapacidad, dejando claro que estas personas, son sujetos con los mismos derechos y obligaciones que cada uno de nosotros. (Arabian, 2010).

Por esta razón las personas con discapacidad reclaman, con toda justicia, un trato más respetuoso que les brinde más atención y menos burlas, un trato igualitario, reconociendo sus posibilidades y potencialidades, una mayor sensibilización y solidaridad. Esto se traduciría en la inclusión y no exclusión, en la posibilidad de tener acceso a todos los derechos que tienen sus condiscípulos, pero también a que se les exijan los mismos deberes. García, (s/f).

Posiblemente la poca atención que brindan las personas “normales” a aquellas que presentan discapacidad, está motivado por la poca información que se tiene sobre las mismas, es decir, desconocen sus potencialidades, posibilidades, dificultades, y sobre todo su igualdad a los demás. Se necesita conocer más acerca de estas personas, acercarse a su mundo, que resulta semejante al nuestro y no tan diferente como se puede imaginar, comprender e informarnos de sobre su situación.

## **5. AREA EMOCIONAL**

Al toparse frente a la discapacidad, no sólo se alteran las áreas ya mencionadas anteriormente, sino que se altera una de las áreas más importantes como ser humano: la emocional. Para entender un poco más sobre esta área hay que tener presente que nadie en el mundo está exento de adquirir una discapacidad debido a un accidente o a una enfermedad que resulte ser devastadora. En primera instancia, enterarse que acabas de adquirir una discapacidad, cualquiera que sea, es un hecho muy impactante, en donde

seguramente la persona entrará en un estado de shock. En un inicio no podrá creer lo que los doctores le dicen, pero conforme va pasando el tiempo se irá dando cuenta de que sí existen ciertas limitantes para continuar con su vida como lo hacía anteriormente. Conforme pasan los días, la persona entra en un estado de depresión al darse cuenta que no podrá seguir con su vida normal. Asimismo comienza a sentirse insegura al no poder valerse por sí misma y tener que depender de alguien más ante la incertidumbre de no saber qué será de él o ella de ese momento en adelante. Sumado a esto, llega la frustración al caer en cuenta de que las demandas del medio seguirán siendo las mismas, sólo que ahora el tendrá que contar con otros recursos para poder responder a esas demandas. La persona se topará con muchos sentimientos encontrados; tristeza, coraje, culpa, inseguridad, confusión etc., y todo esto repercutirá en la percepción que tiene de ella misma y de su propia valía como ser humano.

De Luca, (s/f), afirma que cuando una persona sufre una discapacidad, es muy similar al sentimiento de pérdida, es decir, es muy parecido al dolor que cualquier persona siente cuando pierde a un ser querido, sólo que en este caso “el ser querido” es ni más ni menos que uno de sus sentidos, un miembro, o alguna habilidad.

Marín (2007), asegura que por lo general es factible ver a la discapacidad adquirida como una crisis inesperada, un evento que aparece en cualquier momento de la vida, que genera una situación emergente y que demanda a los involucrados a utilizar u obtener recursos materiales y humanos para afrontar dicho proceso. Como la condición limitante se vuelve permanente, es posible definirla como una crisis de desvalimiento, donde el miembro discapacitado en mayor medida depende de su familia o cuidadores, los cuales van a influir positiva o negativamente en el tratamiento y la recuperación, y como resulta ser una situación inesperada y de consecuencias a largo plazo, la discapacidad aboca al paciente y su familia a afrontar cambios radicales en medio de la incertidumbre y la confusión.

De Luca (s/f), sostiene que cuando una persona sufre una discapacidad, lo primero que le sugieren es realizar el “duelo” correspondiente a toda pérdida. Luego de ese período de tiempo (que se ajusta a cada persona y a cada necesidad) le seguirá la etapa de ponerse nuevamente de pie.

“No sufrir de una discapacidad no nos garantiza una vida plena de amor y alegría. De la misma forma podríamos afirmar que sufrir de una discapacidad no es sinónimo de dolor y agonía. El secreto para poder seguir adelante se llama calidad de vida. Es decir, agregarle a nuestros días los acontecimientos necesarios para que valga la pena seguir viviendo inclusive con una discapacidad a cuestas.” De Luca, (s/f).

## E. EL PROCESO DE ELABORACIÓN DEL DUELO

El duelo es un proceso que siempre ocurre después de una pérdida importante en la vida de las personas y son todos los sentimientos, reacciones y cambios que ocurren durante el proceso de cicatrización de una herida por la pérdida de alguien querido.

Freud, (1915), en su texto *Duelo y Melancolía*, introdujo el término de duelo para referirse a un afecto normal que se presenta en los seres humanos como "reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc. En este sentido el duelo no sólo se presentaría frente a la muerte de un ser querido, sino también con relación a situaciones que impliquen la evidencia para el sujeto de una falta, o de algo que ha de dejar atrás y que no volverá a recuperar, pero que deja siempre un recuerdo.

"La labor que el duelo lleva a cabo consiste en que el examen de la realidad ha mostrado que el objeto amado no existe y demanda que la libido abandone todas sus ligaduras con el mismo". Freud, (1915).

“El duelo es un estado en que la persona experimenta una respuesta humana natural que implica reacciones psico-sociales respecto a una pérdida real o percibida. La elaboración del duelo implica una tarea interna dolorosa, pero una mala elaboración del duelo representa una puerta de entrada al trastorno psicossomático y puede generar unas condiciones emocionales precarias para los futuros e inevitables duelos que la vida proporcionará.” (Jiménez, 2000).

Dollenz, (2003), Clasificó 4 perspectivas para definir el duelo:

- Perspectiva psicológica

En toda vida humana en su avance o desarrollo se producen pérdidas, en este sentido, la vida humana y el crecimiento o desarrollo psicológico pueden entenderse como “un conjunto de procesos de duelo escalonados”, no es posible evitar los duelos, pero la reacción ante ello puede ser diversa.

Las primeras situaciones de pérdida de lo amado se dan desde los primeros momentos de la vida o no con el destete, o sea, la pérdida del pecho materno (o la pérdida de la mamadera y los cambios de alimentación). Posterior a ello, las pérdidas van a ser frecuentes y variadas y no hay forma de evitarlas.

En general, desde un punto de vista psicológico se sabe que la falta de elaboración de un duelo importante predispone hacia dificultades con otros duelos; un duelo insuficientemente elaborado lleva a una cronificación del sufrimiento psicológico, a trastornos psicosociales y a la aparición de diversos tipos de psicopatologías.

- Perspectiva psicosocial

La forma de elaborar los duelos y transiciones psicosociales es un componente fundamental de nuestra adaptación al entorno, de nuestras adaptaciones y dificultades en la relación social. Por ello que los procesos de duelo posean una tan importante repercusión en la vida social del individuo. Los procesos de duelo permiten estudiar los hechos psicopatológicos como procesos comunicacionales: con una pérdida se ponen en cuestión todas las vías de comunicación con nuestro medio social y nuestro mundo interno, por ello es importante la elaboración de todos y cada uno de los sentimientos, emociones y fantasías que se ponen en marcha en este periodo.

- Perspectiva social

Las manifestaciones sociales y antropológicas del duelo y los procesos de duelo poseen tres pilares fundamentales:

1. La expresión al nivel de grupos pequeños, sociedad, instituciones, que son vividos por casi todos los miembros de esa comunidad.
2. La ritualización y las costumbres que implican, en una cultura lo suficientemente integrada, tienen a “ayudar en el trabajo psicológico del duelo”, por ello la importancia de determinados ritos como los funerales.
3. Por último, esos ritos y costumbres poseen una vertiente antropológica y social, facilitando la comunicación, además dan ocasión a los vivos de congraciarse con los muertos y sus familiares, de preparar nuevas relaciones a través de los actos sociales.



Estos ritos si no son excesivamente rígidos y ritualistas, ayudan en los procesos emocionales de los individuos en duelo, es decir, poseen un valor emocional.

O'Connor (2004), menciona que el duelo es la respuesta normal al dolor y a la angustia de la pérdida, es el proceso de recuperación después de que ocurre una pérdida perturbante en la vida. Es un estado de intranquilidad incómodo y doloroso, y si no se experimenta, si se reprime o niega y se interioriza, puede conducir a una seria enfermedad física y emocional.

La persona que vive un duelo vive diferentes alteraciones físicas y psicológicas. Dentro de los síntomas físicos presentan dolores de cabeza, espalda, cuello, problemas digestivos, fatiga, trastornos del sueño, alteraciones en el apetito y en el peso etc. En lo que respecta a los síntomas emocionales o psicológicos se presenta tristeza, enojo, preocupación prolongada a lo largo del día, sentimientos de inutilidad, culpa, nerviosismo, pérdida de interés en las actividades, irritabilidad, pensamientos de muerte y sensación de vacío. Todas estas reacciones son comunes cuando se está pasando por la etapa de duelo. La forma en cómo afecta una pérdida tiene que ver con la propia personalidad y con el tipo de relación afectiva que se tenía con aquello que se perdió, además de otros factores implicados en la persona que determinan el enfrentamiento ante estas situaciones, como lo son; la cultura, las costumbres, la educación o la formación que se haya recibido anteriormente.

Barrera, (2008) menciona que el duelo es una aflicción, el dolor o la tristeza que se siente al enfrentar, la pérdida de una ser querido (muerte, separación o divorcio), una condición geográfica o social (quedarse sin empleo, cambiarse de lugar de residencia o jubilarse) o alguna condición biológica (no poder tener más hijos o la pérdida de alguna parte de nuestro cuerpo o incluso el paso de la infancia a la adolescencia).

Ornstein y Jara (2008), explican que la duración e intensidad del duelo dependen de las condiciones que rodearon a la muerte, es decir si ha sido una muerte más o menos inesperada. Si la muerte o pérdida es esperable o inevitable el duelo puede darse desde tiempo antes de que ésta se produzca y culminar cuando se produce efectivamente la muerte. (Duelo anticipatorio), pero si la muerte o pérdida es repentina, el shock y la

negación perdurarán más tiempo. Lo normal y esperable es una duración de entre 6 meses y un año. Puede ocurrir que luego de uno o dos años persistan signos y síntomas del duelo, e incluso puede suceder que permanezca toda la vida. Pero los duelos normales se resuelven finalmente, logrando, recuperar el *ánimo productivo*. Generalmente a los 2 meses del fallecimiento, los signos y síntomas más agudos suelen ir perdiendo fuerza, pudiendo la persona adaptarse mejor.

Existen tres tipos de muerte según Ornstein y Jara (2008):

a) Muerte Biológica.

Considera como un cese de las funciones corporales. Una persona se considera que muere cuando el corazón deja de latir por un tiempo significativo o se detiene la actividad eléctrica del cerebro.

b) Muerte Social.

Se relaciona con los rituales funerarios y de duelo, y a las disposiciones legales con respecto a la herencia de poder y riqueza.

c) Muerte Psicológica.

Incluye los sentimientos de las personas acerca de su propio deceso cuando están, próximos a este y la muerte de quienes están cerca, es importante la aceptación de la muerte como parte inherente a la existencia humana.

A continuación se describirán los tipos de actitudes ante la muerte a través del ciclo vital, a partir de los adolescentes, según Ornstein y Jara (2008).

- El duelo en el adolescente

Los adolescentes tienden a presentar ideas muy románticas acerca de la muerte. Están interesados en el cómo vivirán y no cuánto vivirán. Muchos aún piensan en forma egocéntrica y se hallan en un mito personal. La manera de manejar la situación es fruto de su propia personalidad.

Generalmente se les pide a los adolescentes que sean fuertes. Muchas veces el adolescente, aunque sufra intensas emociones, no las comparte con nadie, porque se siente de alguna manera presionado a comportarse como si se las arreglara mejor de lo que realmente lo hace. No se sienten capaces de sobrevivir a su propio dolor y además se les exige que sostengan a otros. Este tipo de conflictos puede tener como resultado que el adolescente renuncie a vivir su propio duelo (duelo aplazado o congelado). El adolescente puede sentir mucha rabia, miedo, impotencia y preguntarse por qué y para qué vivir.

La adolescencia suele ser ya una etapa difícil. El adolescente tiene que hacer frente a la pérdida de un ser querido, al mismo tiempo que hace frente a todos los cambios, dificultades y conflictos propios de su edad.

Los signos de un proceso de duelo en un adolescente y que requieren intervención terapéutica serían: Síntomas de depresión, insomnio, inquietud psicomotriz, baja autoestima. Se agregan fracaso escolar, o indiferencia frente a las actividades extraescolares. También deterioro de las relaciones familiares y con los amigos. Conductas de riesgo como abuso de alcohol y otras drogas, peleas, relaciones sexuales impulsivas y sin medidas preventivas.

- **Duelo en la Edad Adulta Temprana.**

El adulto joven tiene mayor probabilidad de sentir la muerte con mayor intensidad emocional que en otra etapa de la vida. Suelen sentirse frustrados frente a la muerte de un ser querido, ya que no le permite proyectarse con el futuro. Su frustración se transforma en rabia, lo cual dificulta el proceso de ayuda.

- **Duelo en la edad Adulta Intermedia.**

En esta etapa el adulto tienen más conciencia de la muerte, con el fallecimiento de sus padres constituyen la generación mayor. La percepción del tiempo es diferente y es posible que generen cambios positivos en su proyecto de vida, producto de la resolución exitosa de la crisis de la mitad de la vida.

- Duelo en la edad Adulta Tardía

El duelo en el anciano es similar al del niño, debido a que en la senectud se produce una vuelta a la dependencia. Esto produce una disminución de la capacidad para el duelo. La dependencia que presenta el anciano lo lleva a desarrollar conductas no patológicas y adaptativas a la pérdida. También necesitan un sustituto que les brinde seguridad, ya que la pérdida de la persona querida amenaza esta seguridad. No obstante, en otros casos, no parece haber un intento de búsqueda de sustituto, presentándose conductas auto destructivas, en un aparente intento de reunión con la persona perdida, sin mostrar signos de dolor por esta pérdida.

El anciano en condición de dependencia, parecería estar más preparado para su propia muerte que la del objeto de su dependencia.

La ancianidad presenta más dificultades para elaborar el duelo y tienden a reaccionar con manifestaciones somáticas.

- Duelo Patológico

El duelo es un proceso, además de normal, necesario. La evitación del duelo o el prolongamiento del mismo conlleva problemas psicológicos.

Bourgeois, (1996, citado en Dollenz, 2003), distingue diferentes modalidades de duelo complicado, algunas se superponen entre sí:

- Duelo ausente o retardado: Cuadro de ansiedad intenso, se produce una negación de fallecimiento con una esperanza infundada de retorno del finado, padeciendo un intenso cuadro de ansiedad. Se detiene la evolución del duelo en la primera fase.
- Duelo inhibido: Se produce una “anestesia emocional”, con dificultad para expresar las manifestar las emociones de la pérdida. No hay manifestación de pérdida. El componente emocional del duelo es tan doloroso que el individuo emplea mecanismos que bloquean el dolor.
- Duelo prolongado o crónico: Con persistencia de la sintomatología depresiva, más allá de los 6-12 meses. El duelo se detiene en la segunda fase.
- Duelo no resuelto: Similar al anterior, permaneciendo el paciente “fijado” en la imagen de la persona fallecida y en las circunstancias que rodearon su muerte, sin

volver a su vida habitual. Cede la sintomatología depresiva. El duelo se ha detenido entre la segunda y tercera fase.

- Duelo intensificado: Se produce una intensa reacción emocional tanto precoz como mantenida en el tiempo.
- Duelo enmascarado: Se manifiesta clínicamente por síntomas somáticos, con respuesta emocional normal o escasa

Bowlby (1983) y Parkes (1985), citado en Jara y Ornstein (2008) describen dos tipos de duelo patológicos:

- Duelo Crónico

Las respuestas emocionales que se siguen a la pérdida perduran por largo tiempo y generalmente con mucha intensidad. Estas respuestas son, por lo general: pena, accesos de cólera y auto reproches. El síntoma principal que aparece es la depresión, la cual a menudo se combina con ansiedad. El individuo es incapaz de re planificar su vida, apareciendo una triste desorganización. Este tipo de duelo, según Parkes, (1985), citado en Jara y Ornstein (2008) suele desarrollarse cuando la relación existente con la figura perdida se caracterizaba por la dependencia.

- Duelo Evitado

El sujeto es incapaz de elaborar el duelo, manteniendo la organización de su vida de manera muy similar a como era antes. Sin embargo, aparecen dolencias psicológicas y fisiológicas, llegando repentinamente a un estado de depresión aguda. Este tipo de duelo, según Parkes (Op. Cit) puede ocurrir frente a: una pérdida inesperada, frente a esto surgiría una reacción defensiva de shock que impediría comenzar a elaborar el duelo.

Gago (s/f), menciona que un indicador de duelo patológico es la intensidad y persistencia en el tiempo de algunos de estos síntomas:

- Sentimiento aturdimiento o estado de shock
- Falta de respuesta emocional, sensación de estar desvinculado de la pérdida
- Dificultad para creer y reconocer la pérdida

- Esfuerzos por evitar aquello que recuerde la pérdida
- Pérdida de sensación de control y confianza
- Sensación de que la vida está vacía y carente de significado
- Dificultad para imaginar una vida con plenitud sin lo que se ha perdido
- Excesiva irritabilidad o rabia

## 1. SENTIMIENTOS DE DOLOR

Etimológicamente duelo viene del latín *dolus* que significa dolor. El dolor es la respuesta a una pérdida o separación. El dolor según la Asociación Internacional para el estudio del dolor (IASP), (1985) es definido como una experiencia sensorial o emocional desagradable, asociada al daño tisular real o potencial, o bien descrita en términos de tal daño. El dolor es, por lo tanto, subjetivo y existe siempre que un paciente diga que algo le duele (citado en López, Iturralde, Clerencia, y Galindo, s/f, p.721).

1. Los sentimientos de dolor perduran por un lapso mayor del que permite la vida en sociedad en general. La pérdida de algo o alguien cercano El fallecimiento de alguien cercano puede causar dolor emocional y confusión durante meses, incluso años. La capacidad para orientar el dolor es importante tanto para el individuo que experimenta una pérdida, como para la sociedad de que forma parte de él o ella. La conducción del duelo significa el saber manejarlo; significa comprender tus sentimientos, aprender a vivir con la pérdida y el cambio, ajustar los sucesos de una muerte o un cambio y sus consecuencias a tu vida, con el fin de que uno pueda seguir viviendo. (Kübler- Ross, 2001).
2. O' Connor (2004) explica que la pérdida de alguien por muerte es una herida, al igual que en el caso de una lesión, enfermedad o la pérdida de algún miembro, como el perder la vista, por esto es importante darse tiempo necesario para sanar ese dolor. El dolor psicológico que se sentirá es tan importante como cualquier herida física observable, pero sólo el tiempo nos dará una distancia respecto de los sucesos de la muerte y la relación personal que se perdió. El tiempo por sí solo no cura, pero la duración de los procesos del duelo ayudará a recuperar la

fuerza, si es que se permite experimentar y sentir lo que sea necesario para liberar aquello que se perdió y proseguir con la propia vida.

3. “Es imposible vivir sin experimentar dolor. La vida y el dolor van de la mano, están entrelazados en la intrincada red de la existencia humana. Constantemente estamos inmersos en el flujo del cambio, y el cambio, con frecuencia, se identifica con pérdida. Cualquier pérdida requiere un reajuste. La elaboración del duelo por esta pérdida nos permite liberarnos de las antiguas formas de pensar y de ser, y dar cabida a las nuevas, de este modo, nos recuperaremos después de una pérdida.” (O’Connor, 2004).

## **2. ETAPAS DEL DUELO**

Kubler- Ross, (2001) ha dividido la elaboración del duelo según la experimentan la mayoría de las personas en cinco etapas identificables. Negación, ira, negociación, depresión y aceptación. Estas etapas forman parte del marco en el que las personas aprenden a aceptar la pérdida de un ser querido. Pero no son paradas en ningún proceso de duelo lineal y no todo el mundo atraviesa todas, ni lo hace en un orden prescrito.

- Negación:

En la etapa de la negación al principio la persona se queda paralizada o se refugia en la insensibilidad. La negación no es aún la negación de la muerte propiamente dicha, aunque alguien pueda decir: “No puedo creer que esté muerto”. La persona lo dice porque al principio, la realidad es excesiva para su psique. La negación nos ayuda a dosificar el dolor de la pérdida. Este sentimiento es importante: es un mecanismo de protección de la psique. Dejar entrar de golpe todos los sentimientos asociados a la pérdida, sería algo emocionalmente abrumador. La cuestión no es olvidar a la persona, sino aprender a vivir con la pérdida.

Conforme se va aceptando la realidad de la pérdida y la persona se hace preguntas, se está iniciando sin saberlo el proceso de curación. Así la persona se está haciendo más fuerte y la

negación comienza a remitir. Pero conforme se avanza comienzan a aflorar todos los sentimientos que se estaban negando.

- Ira o Enojo:

Esta etapa se manifiesta de muchas formas: ira contra el ser querido por no haberse cuidado mejor o ira contra nosotros mismos por no haber cuidado mejor de él o no haber podido evitarlo. Es importante recordar que la ira sólo aflora cuando las personas se sienten lo bastante seguras para saber que probablemente sobreviva pase lo pase.

En el fondo el enojo o la ira, es temor. Temor a poder satisfacer las propias necesidades, a tomar decisiones, el miedo a no ser capaz de manejar la sobrevivencia financiera, emocional o física.

Debido a que las emociones reprimidas se almacenan en el cuerpo, la actividad física es una forma de liberarlas, el gritar, golpear una almohada o romper un directorio telefónico, puede ser útil. Empezar una larga caminata, ir al gimnasio, hacer ejercicio etc. Hay que ocuparse de una actividad en forma regular durante un tiempo, concentrarse en el propio cuerpo, no en la pena que se padece.

Cuanto más auténticamente se sienta, comenzará a dispararse y más rápido sanará. Puede ser absorbente pero mientras no te consuma durante un largo periodo de tiempo, forma parte del repertorio emocional.

- Negociación:

Después de una pérdida, la negociación puede adoptar la forma de una tregua temporal. ¿“Y si dedico mi vida a ayudar al prójimo”? Es como si la persona se extraviara en un laberinto, donde no hacemos más que repetirnos “Ojalá.” o “Y si..”. Se desea retroceder en el tiempo; encontrar antes el tumor reconocer la enfermedad con más rapidez; impedir que el accidente suceda... ojala, ojalá. La negociación, antes de que ocurra la muerte, puede consistir en desear que se descubra una nueva cura milagrosa o querer que se prolongue la vida hasta una cierta fecha. La negociación prosigue en nuestras mentes como una ayuda para ganar tiempo antes de aceptar la verdadera situación.



- Depresión:

Tras la negociación, la atención se dirige al presente. Aparece la sensación de vacío y el duelo en la propia vida a un nivel más profundo.

La pérdida de un ser querido es una situación depresiva, y la depresión es una respuesta normal y adecuada. Lo raro sería no sentirse deprimido ante la pérdida de un ser querido. Cuando el alma toma plena conciencia de la pérdida, cuando nos damos cuenta de que nuestro ser querido no logró recuperarse esta vez, es normal deprimirse. Por supuesto, una depresión clínica que no se trate puede conducir a un empeoramiento del propio estado mental, pero en el duelo, la depresión es un recurso de la naturaleza para protegernos. Bloquea el sistema nervioso para adaptarse a algo que se siente que no se podrá superar. Como el duelo es un proceso de curación, la depresión es uno de los muchos pasos necesarios que hay que superar para conseguirla.

“La depresión se define, con frecuencia como el enojo dirigido hacia adentro” (Kubler – Ross, 2001), incluye sentimientos de desamparo, falta de esperanza e impotencia; es una perturbación del estado de ánimo. También intervienen en ella sentimientos de tristeza, decepción y soledad. Cuando una persona está deprimida, suele alejarse de la gente y las actividades, pierde la capacidad para sentir placer o gozo y evita las situaciones agradables que antes se experimentaban en la vida.

- Aceptación:

La aceptación suele confundirse con la noción de sentirse bien o estar de acuerdo con lo que ha pasado. En esta etapa, se acepta la realidad de que el ser querido se ha ido físicamente y se reconoce que dicha realidad, es la realidad permanente. Nunca nos gustará esta realidad, ni estaremos de acuerdo con ella, pero, al final, la aceptamos. Aprendemos a vivir con ella. La curación se refleja en las acciones de recordar, recomponerse y reorganizarse

La obtención de la aceptación puede ser sólo tener más días buenos que malos, a medida que se vuelva a empezar, a vivir y disfrutar de la vida. Muchas veces pensamos que al hacerlo, se está traicionando al ser querido. Se sabe que nunca se podrá reemplazar lo que se

ha perdido, pero se pueden establecer nuevos contactos, nuevas relaciones importantes etc. La aceptación es un proceso que se experimenta, no una etapa final como punto final.

Se empieza a vivir de nuevo, pero esto no se podrá hacer hasta que no se le haya dedicado el tiempo correspondiente al duelo.

Bowlby, (1983), citado en Jara y Ornstein (2008), realiza una clasificación del proceso de duelo, distinguiendo cuatro fases:

- Fase de embotamiento de la sensibilidad.

Comienza cuando se muere el familiar y se prolonga desde algunas horas hasta una semana. Los deudos se sienten aturdidos e incapaces de aceptar la realidad. Suelen continuar con sus actividades cotidianas en forma casi automática, como si, la muerte no fuera una realidad, como si fuera un sueño. En esta etapa aparecen episodios de rabia y dolor muy intensos.

- Fase de anhelo y búsqueda de la figura perdida.

Comienza algunas horas o días después de la muerte y suele durar algunos meses e incluso un año. En la medida en que comienza a aparecer la realidad de la pérdida, surgen pensamientos obsesivos respecto a la figura perdida (se le confunde en la calle, se le sueña como si estuviera viva, etc.). Aun cuando la persona sabe racionalmente que su ser querido ha muerto, experimenta un fuerte impulso a tratar de encontrarlo y a la vez de olvidarlo. En esta fase, entonces, se mezclan el dolor, la rabia, la búsqueda inquieta y la ingratitud hacia quienes brindan ayuda. Todos estos sentimientos expresan la imperiosa necesidad de encontrar y recuperar a la persona perdida.

- Fase de desorganización y desesperanza.

Algún tiempo después de la pérdida, al imponerse la noción de la realidad, se intensifican los sentimientos de desesperanza y soledad, la persona acepta finalmente la muerte y cae inevitablemente en una etapa de depresión y apatía.

- Fase de reorganización.

Esta última fase se inicia aproximadamente luego de un año de ocurrida la pérdida. El deudo se encuentra en condición de aceptar la nueva situación y es capaz de redefinirse a sí mismo y al nuevo contexto, el cual no incluye a la persona perdida. Esta redefinición de sí mismo es tan penosa como determinante, ya que significa renunciar definitivamente a toda esperanza de recuperar a la persona perdida y volver a la situación previa. Hasta que no se logra esta nueva definición, no pueden hacerse planes a futuro.

## F. EL PROCESO DE DUELO EN LA DISCAPACIDAD VISUAL

Cuando una persona sufre un accidente o padece alguna discapacidad en forma repentina se produce un cambio muy notorio de vida. Es tener algo y luego perderlo, ese es el momento en que uno le toma importancia a las cosas. Por lo general al principio se produce un rechazo y tristeza frente a lo ocurrido, pero también hay que recalcar que influye la edad en que se adquiere y por sobre todo el apoyo y cariño que se le brinda a la persona. (Cartagena y Cares, 2005).

La manera en que las personas ciegas reaccionan ante su impedimento depende del momento y la forma en que han contraído su incapacidad. Aquellas que han nacido ciegas tienen lagunas en su conocimiento sobre el mundo circundante y no poseen medios para obtener determinadas impresiones y experiencias del medio ambiente, que otras personas dan por sentadas y obtienen naturalmente. La pérdida gradual de la vista puede exigir un esfuerzo emocional muy grande al individuo, quien pasa largos períodos lleno de miedo alternando con períodos de esperanza pero las personas que súbita e inesperadamente pierden totalmente o en parte la visión, a menudo entran en un estado mental similar al shock. Esto redundará en una incapacidad para tomar iniciativas, llevando a la persona a aislarse y resignarse pasivamente. (Tapia 2002).

“Para cualquier individuo, perder la vista o que nazca alguien ciego en la familia, es un hecho muy impactante y traumático.”(Tapia 2006). En la Psicología de la Ceguera, Iván Tapia menciona que hay tres etapas por las que pasa una persona ciega para llegar finalmente a su rehabilitación.

- Estado de Shock
- Profunda depresión
- Aceptación

El estado de *shock* es una especie de adormecimiento psíquico. La persona atina a nada, no llora ni ríe, cae en el mutismo pues le ha impresionado tanto esta pérdida de sus ojos que no sabe cómo reaccionar, hasta que toma conciencia en pocas semanas de su nueva condición.

Se sumerge en un estado *depresivo* tal que sólo quiere morir. Muchas veces en esta etapa intentan suicidarse, reaccionan con violencia, quieren estar solos ya que en verdad llora la pérdida de su vista y de toda una vida funcionando de acuerdo a ciertos esquemas.

Es importante que la persona acepte su nueva condición de ciego como un nuevo nacimiento para poder iniciar cualquier rehabilitación.

“El proceso de aceptación de la ceguera por parte del ciego es como un nuevo nacimiento. Mientras la persona no comprenda que la persona con vista o normo visual que era de alguna manera ya ha muerto, no podrá manifestarse la nueva persona, ciega pero con grandes capacidades de readaptación. Aplicando este principio a la rehabilitación de las personas ciegas, se puede decir que en tanto el ciego no renuncie psicológicamente a su antigua vida de persona con vista, no podrá resucitar como persona ciega rehabilitada.” (Tapia, 2006).

## **1. ENFRENTAMIENTO DE CRISIS**

Algunas veces, los acontecimientos que crean cambios en la vida son paulatinos y sutiles, ni siquiera nos llegamos a dar cuenta de la transformación. Sin embargo otros sucesos son fulminantes, se abaten sobre nosotros tan fuerte y violentamente que por un tiempo no se sabe qué fue lo que nos derribó. Las crisis de la vida son resultado de esos acontecimientos, especialmente si son inesperados. En el transcurso de la existencia, muchos de los sucesos que crean significativos problemas emocionales son transiciones normales de un periodo a otro, pero que afectan profundamente debido a los cambios que producen. Son llamamos crisis porque requieren un largo periodo de introspección y revaloración de la propia identidad, valores y convicciones. Estas transiciones a menudo se caracterizan por largos periodos de descontento, aflicción e incomodidad.

Las crisis suelen ser un punto decisivo en la vida cuando se formulan nuevas respuestas y prioridades, y al tomar la vida en una nueva dirección es inevitable que dejemos atrás a alguien o algo del pasado. La muerte de un ser querido es un cambio importante en la vida,

y el conocimiento previo puede ofrecer un tiempo muy bueno para ajustarte lenta y cuidadosamente a la pérdida ineludible. Sin embargo, cuando la crisis es inesperada, como una muerte repentina, un accidente o un conflicto imprevisto, el trauma puede ser tan severo que provocará un periodo prolongado de inestabilidad y confusión. La vida anterior habrá desaparecido para siempre; no se podrá volver atrás. La experiencia cambia a las personas, para bien o para mal, y nunca serán exactamente los mismos que eran. La habilidad para reconocer y manejar los cambios y las pérdidas será un factor decisivo en una transición positiva hacia el futuro. (O'Connor, 2004).

O'Connor (2004), afirma que todo el tiempo ocurren cambios, grandes y pequeños. Debido a que se tienen experiencias dolorosas con el cambio, o sabemos de sucesos críticos en otras personas, la mayoría vemos el cambio se percibe como amenazador. La incertidumbre de la vida después del cambio, con frecuencia produce resistencia y ansiedad. No obstante, las crisis y otras circunstancias importantes que obligan a cambiar, también pueden conducir a un desarrollo positivo que propicie la madurez. Lo esencial es la respuesta que tengamos ante el cambio.

## **2. MANEJO DE LA PÉRDIDA**

O'Connor, afirma que la muerte y la separación son dos de las pérdidas más importantes que puede experimentar una persona. (Ver fig. 1)

Posiciones Relativas de Pérdidas para nuestro yo, según O'Connor (2004):

La pérdida más absoluta y contundente es la muerte de uno mismo, o un cambio radical en el cuerpo, como el perder la vista o un miembro, o una enfermedad física deteriorante, como el cáncer, esclerosis múltiple y otras, que afectan la apariencia o la fuerza.

El segundo tipo de pérdida más seria es la separación de personas significativas en nuestra vida por muerte, divorcio y abandono. Los ataques físicos pueden ser devastadores emocionalmente, dependiendo de la persona y las circunstancias del hecho.

El tercer nivel de pérdidas que requiere ajustes a nuevas formas, incluye los cambios normales del desarrollo en la vida.

La cuarta área es la pérdida de objetos importantes, dinero, esperanzas, aspiraciones o expectativas, así como cambios en el medio social.

- Grado de liga emocional

La mayor pérdida que podemos tener es la propia muerte. La relación emocional más intensa, y con frecuencia, más confusa en nuestra vida, es con nosotros mismos. La relación emocional que tenemos con otra persona, lugar u objeto está en proporción con la cantidad de dependencia entre uno mismo. La dependencia se basa en las necesidades básicas de sobrevivencia, incluyendo los aspectos físicos, emocionales, mentales y espirituales de la vida. En buena medida el temor que producen las pérdidas se origina, al menos inconscientemente, por la amenaza que representan para nuestra sobrevivencia.

- Tipo de pérdida

El tipo de pérdida también determina la respuesta. La pérdida de una persona especial en la vida de uno tiene un efecto, mientras que el perder un lugar importante afecta de modo diferente. Otros tipos de pérdidas se relacionan con objetos materiales u objetos que tengan un valor sentimental. Los cambios en la apariencia física se pueden considerar como un tipo especial de pérdida. La pérdida de un rol pertenece a otro tipo. Cuanto más fuertes sean las ligas emocionales, más difícil será reemplazar la pérdida, incluso parcialmente. Los vínculos sentimentales son vínculos emocionales que nos recuerdan a personas especiales, lugares o acontecimientos de nuestro pasado.

- Personalidad y pérdidas anteriores

Esto se relaciona con la personalidad y la forma en que se manejan las pérdidas anteriores en la vida. Cuando la pérdida es severa, la resistencia a elaborar el duelo puede originar consecuencias serias, por ejemplo, físicamente, se necesita más energía para combatir y negar los sentimientos, que para expresarlos. Las pérdidas previas magnifican el dolor de las recientes. Durante el transcurso de la vida, experimentamos muchas pérdidas, si cada una se maneja tal y como se presenta, se intensificará la seguridad de que una nueva pérdida no devastará. Lo mismo es aplicable a todas las personas; la edad, de hecho, tiene poco que ver con el manejo eficaz de las pérdidas en la vida.

Todos los seres somos diferentes, es importante observar la forma en como manejamos los propios cambios. El primer paso es tomar conciencia, reflexionar y decidir cómo quieres ser.

- Circunstancias y conocimiento previo

El conocimiento de que va a ocurrir una muerte o una pérdida antes del hecho real es una ventaja, ya queda la oportunidad para prepararnos para el cambio y la pérdida, y elaborar parte del duelo antes de que suceda la desgracia. En la muerte de un ser querido, el anticipar lo que será la vida sin él es como un ensayo para los cambios que probablemente experimentarás.

La dificultad de no saber o no esperar la muerte, consiste en que no se cuenta con la oportunidad de prepararse para la pérdida de la persona y la relación. Por consiguiente, toda la elaboración del duelo tiene que realizarse después del fallecimiento, y, normalmente, se requiere de más tiempo para recuperarse. Sin embargo, el conocimiento previo no necesariamente disminuye el trauma inicial cuando sucede la pérdida; aun cuando se espere la muerte, cuando acontece, provoca una conmoción emocional.



Fig.1. Posiciones relativas de una pérdida.

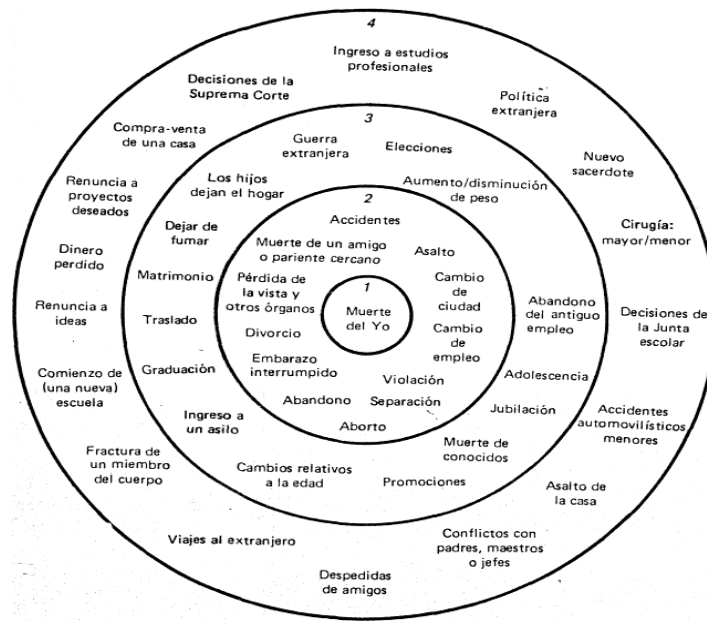


Figura 1. Explica las Posiciones Relativas de Pérdidas para nuestro yo, nuestra identidad fundamental. Cuanto más cercana sea la relación con el yo, más desconsoladora será la pérdida.

### 3. AJUSTE AL CAMBIO

Según O` Connor (2004), existen varias respuestas posibles al cambio:

- Conservación

Es éste un intento por conservar, proteger el estatus quo, negar y suprimir la angustia del dolor presente tratando al menos mentalmente de permanecer en el presente o volver al pasado. El pasado se idealiza como el estado recordado de equilibrio perfecto y armonía, un refugio seguro. Es probable que la persona que utiliza la conservación como un medio de autoprotección, busque culpar a los demás como una forma de comprender el suceso. No es factible que esta persona aproveche la oportunidad para alterar los patrones de

comportamiento existentes, las convicciones o los valores. Las personas pasivas recurren frecuentemente a la conservación como su estilo de autoprotección.

- Revolución

Es una respuesta que repentinamente rechaza los anteriores valores y creencias, la seguridad del pasado parece artificiosa y falsa. La revuelta puede ser contra los familiares, las ideas, lugares, sociedad u objetos. Es otra forma de negar el dolor y la angustia del presente, pero es una reacción más activa que la conservación. La revolución brota hacia el exterior, a menudo colérica y agresivamente, rechazando el pasado, negando el presente y maldiciendo el futuro. Se rebela y combate contra todo lo que antes proporcionaba estabilidad a su vida, y se aparta peligrosamente de todos los lazos familiares. Esto, a la larga puede producir una ansiedad extrema y un nerviosismo interno tal que se manifestará en la búsqueda agitada de nuevos lazos, nuevos valores y un nuevo significado en la vida, pero sin un sentido continuo del yo.

- Escape

Es una forma de evadir la angustia y el dolor presentes recurriendo a alternativas químicas o de conductas dependientes. Entre éstas se encuentran el uso del alcohol en exceso, las drogas, el sueño, el alimento y otros patrones de adicción. El escape, como estilo de autoprotección, lo utiliza con frecuencia la persona que es pasiva-agresiva en sus interacciones diarias. Esta persona quiere que sea otro quien asuma la responsabilidad de decirle cuándo, dónde y cómo vivir la vida. Quieren que se les rescate, pero cuando alguien sugiere una solución, lo resienten. El desarrollo del autocontrol y la autodisciplina es la clave para la persona que quiere dejar de escapar y enfrentarse a la realidad.

- Aprender a ser un sobreviviente

Los acontecimientos críticos en la vida ponen a prueba el instinto de sobrevivencia y apelan a los estilos aprendidos de autoprotección, ya sea la conservación, la revolución o el escape. Ante una severa conmoción emocional, la primera respuesta es instintiva, a nivel emotivo, queremos negar o escapar. Sin embargo, con el tiempo, durante la elaboración del

duelo, el predominio emocional cede el paso a nuestra mente racional para que se logre aceptar el dolor y empezar a controlar nuestra vida nuevamente.

En este punto, se empieza a pensar y actuar con racionalidad e inteligencia, en oposición a la reacción ciega, irracional y meramente emocional ante las circunstancias.

- Otra respuesta: Apertura al cambio

Es una forma más flexible, más armónica de enfrentarse a los desafíos de la vida. Esta postura requiere una apertura al cambio y a la pérdida, de tal manera que se enfoquen como oportunidades para obtener mayor profundidad como persona, para descubrir más acerca de uno mismo. Requiere de una convicción firme en que la vida es un proceso; que la incertidumbre es de esperarse, y que el cambio y el flujo es la norma. Es necesario confiar en las partes ocultas de uno mismo, y tener la seguridad de que se cuenta con los recursos indispensables para soportar cualquier crisis.

Esta apertura al cambio requiere el conocimiento o la convicción de que, independientemente de lo dolorosas que sean las circunstancias, se puede sentir desesperación y angustia, y sobrevivir.

- Trascendencia

Significa poder ir más allá de la pena y la pérdida para reorganizar tu vida en una forma nueva y significativa. La posición trascendente requiere de un compromiso con un enfoque del mundo como un aquí y ahora.

El ser trascendente significa confiar en uno mismo para sobrevivir a cualquier situación desde un desconcierto menor hasta una crisis importante. Significa permitir a uno mismo cometer errores, fracasar, ser imperfecto; brindarse la oportunidad de explorar los sentimientos, buscar la satisfacción las necesidades y deseos, pedir lo que se quiere de los demás, y aprender de los errores. La posición trascendente requiere una participación total y absoluta en la vida, en oposición al temor, negación, rebelión y alejamiento de las otras tres posiciones, la trascendencia te fortalece y consuela.

## **G. SITUACIÓN ACTUAL SOBRE LA DISCAPACIDAD EN MÉXICO**

Según un estudio exploratorio realizado por la Red Internacional sobre Discapacidad en 2004 (citado en PRONADIS, 2009) la mayoría de los países de la región americana utiliza la definición de discapacidad de la CIDMM en la que la exteriorización funcional de las deficiencias o limitaciones físicas o mentales al relacionarse con el contexto social producen minusvalías.

Con base en dicho estudio México se clasificó en la categoría de países “moderadamente inclusivos”, debido a que el Gobierno ha tenido participación en la promoción y protección de los derechos de las personas con discapacidad ante las Naciones Unidas, además de que el marco jurídico nacional hace énfasis en la igualdad de las personas con discapacidad y en la no discriminación a este grupo de la población en todos los aspectos de la vida social. Sin embargo, cabe mencionar que en la práctica es donde realmente se observa la falta de una cultura de la discapacidad mediante la cual la sociedad perciba a este grupo como parte de sí misma y lo acepte con todas sus características.

Asimismo, el estudio mencionado reveló algunas contradicciones debido a que gran parte de las leyes internas no han sido actualizadas o reglamentadas, lo que indica el enorme reto que enfrenta nuestro país para hacer realidad el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad.

Los censos y las encuestas que se han realizado en varios países han generado diversas aproximaciones a la magnitud de la discapacidad. La Organización Mundial de la Salud estima que actualmente el 15% de la población del mundo, aproximadamente 650 millones de personas presentan algún tipo de discapacidad intelectual, física o sensorial.

En México se han realizado diversos esfuerzos para medir la prevalencia de la discapacidad desde hace varias décadas. Sin embargo, es importante señalar que se han utilizado distintas conceptos, clasificaciones y fuentes de información por lo que esto podría haber generado sesgos en cuanto a la verdadera dimensión y comportamiento histórico de este indicador. Asimismo, no se ha evaluado el impacto de los programas y de las estrategias que se han

implementado en el país, lo que dificulta el diseño y la orientación adecuada de políticas de atención a personas con discapacidad. (CONADIS, 2009)

El XIII Censo General de Población y Vivienda realizado en el 2010, estima que el 5.13% de la población, es decir, alrededor de 5, 739, 270 personas, cuentan con alguna limitación o discapacidad entre las que se encuentran la movilidad, visual, auditiva, mental, de lenguaje, atención al cuidado personal y poner atención y aprendizaje. (INEGI, 2010).

El Censo realizado en el 2000, atendió el tema de discapacidad tomando en cuenta las recomendaciones de las Naciones Unidas de ese momento, por lo cual, utilizó como marco conceptual la CIDDM y definió a una persona con discapacidad como “aquella con alguna discapacidad física o mental de manera permanente o por más de seis meses que le impedía desarrollar sus actividades dentro del margen que se considera normal para un ser humano” (INEGI, 2004 citado en CONADIS 2009, p.50). De acuerdo a los resultados obtenidos en este censo, la prevalencia de discapacidad en México ascendió en el año 2000 a 1.84% de la población total del país.

Al comparar los resultados de ambos Censos, se identifica que en el periodo transcurrido entre el conteo de población, el porcentaje de discapacidad aumentó considerablemente. Esto a su vez se puede asociar a las causas de la misma, en donde se encuentran las enfermedad y edad avanzada como principales factores causales de la discapacidad. Por tal motivo, se considera que la situación actual de nuestro país en cuanto a acceso a servicios de salud, economía, recursos, acceso a la información entre otros, tiene gran impacto en el desarrollo de la discapacidad.

Ese mismo año fue realizada la encuesta censal, en la que se aplicó un cuestionario ampliado a una muestra de la población para conocer las causas de la discapacidad. Dicho instrumento arrojó una estimación de 2.31% de prevalencia de discapacidad en el país, (cifra que es semejante a la obtenida mediante la Encuesta Nacional de Salud que utilizó el mismo marco conceptual).

Por su parte, la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño (ENED), efectuada en el 2003 por la Secretaría de Salud, efectuada en el 2003 por la Secretaria de Salud, aprovechó para realizar un primer ejercicio para estimar la prevalencia de la discapacidad en la

población mexicana con base en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), por lo tanto, la medición se basó en el grado de dificultad en los dominios de salud: movilidad, función mental, estado de ánimo, actividades usuales, dolor y función social. A través de dicha Encuesta se reportó la presencia de discapacidad en el 9% de la población mexicana, lo que representa un mejor acercamiento a la magnitud de la prevalencia de la discapacidad en nuestro país. (CONADIS, 2009).

Con base en los resultados obtenidos de la ENED en 2003, en el Distrito Federal y Durango casi 15 de cada 100 habitantes manifestaron tener algún grado de dificultad en los dominios de salud estudiados, por el contrario, en el Estado de México y Tlaxcala, la prevalencia de la discapacidad fue inferior al 5%. Dichos datos reflejan la gran heterogeneidad existente al interior del país en torno a este tema.

El tener distintos resultados basados en instrumentos y metodologías en torno a diferentes aproximaciones a la magnitud de la prevalencia de la discapacidad en México, ratifica la necesidad de realizar una encuesta diseñada específicamente para medir la prevalencia de la discapacidad en la población general del país, con representatividad nacional y estatal, de acuerdo con las recomendaciones de las Naciones Unidas sobre estadísticas de discapacidad, lo que a su vez, permitiría estar en consonancia con la Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad y poder orientar o fortalecer políticas de desarrollo inclusivo en beneficio de las personas con discapacidad. (CONADIS, 2009).

## **1. SERVICIOS DE SALUD**

La salud es una condición necesaria para facilitar el desarrollo y la inclusión social de las personas con discapacidad. Por tal motivo, si se desea lograr una auténtica oportunidad de igualdad se debe garantizar antes que nada, la atención oportuna y adecuada a este grupo de la población para asegurar su rehabilitación y habilitación. Cabe señalar que para lograrlo se requiere reorientar las políticas de salud existentes.

La rehabilitación integral, es el proceso por el cual la persona con discapacidad logra la mayor compensación posible, de las desventajas que puede tener como consecuencia de su discapacidad para el desempeño de los roles que le son propios para su edad, sexo y condiciones socioculturales. Para lograrla, es necesario contar con servicios de salud donde se pueda seguir un programa de rehabilitación o reeducación especial, de manera que, contar con acceso a servicios de salud juega un papel importante dentro del proceso de integración.

La derechohabencia a servicios de salud se refiere al derecho de las personas a recibir atención médica en instituciones de salud públicas o privadas, como resultado de una prestación laboral al trabajador, a los miembros de las fuerzas armadas, a los familiares designados como beneficiarios o por haber recibido un seguro facultativo voluntario.(INEGI, 2004).

Según los resultados del Censo del 2010 del total de personas que tenían alguna discapacidad o limitación, únicamente el 53.23% eran derechohabientes a alguna institución de seguridad social. En relación a las personas que tienen discapacidad visual, el 68.68% son derechohabientes y el 31.13% no cuenta con acceso a los servicios de salud. (INEGI, 2010).

En base a los datos del XII Censo General de Población y Vivienda del 2000 se muestra que sólo cuatro de cada diez personas con discapacidad en ese momento eran derechohabientes a alguna institución de seguridad social entre los que se encuentran el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de Defensa Nacional (SEDENA) o Secretaría de Marina (SEMAR).

Según los resultados recabados, únicamente el 41.6% de las personas con discapacidad visual contaban con el derecho algún servicio de salud; de esta cifra, el 80.3% de las personas se encontraban afiliadas al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Asimismo, cabe señalar que la población con discapacidad visual que reside en áreas

rurales es la más afectada ya que apenas 21.1% disponía de derechohabiencia, contra 51.4% de la que residía en el medio urbano. (CONADIS, 2009).

Algo que es importante mencionar es que el derecho que se tiene para hacer uso a los servicios de salud, no implica que se haga un uso efectivo de éstos, las personas tienen la opción de elegir a qué institución de salud acudir en caso de enfermedad, tratamiento y rehabilitación. En el caso de las personas con discapacidad visual que son derechohabientes, 71.5% hicieron uso de los servicios del IMSS y 12.9% acudieron al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores (ISSSTE), mientras que 8.3% aún con derechohabiencia acudieron a servicios particulares. Por su parte, 47.4% de las personas que no son derechohabientes, se ven en la necesidad de acudir a las instituciones privadas como primera opción, las cuales en ocasiones resultan costosas para la persona o su familia; las instituciones destinadas a la atención de la población abierta como son los centros de salubridad de la Secretaría de Salud, concentraron 40.5% de la población no derechohabiente que requirió el uso de los servicios de salud.

Aun así, en las zonas rurales la situación no es mejor, ya que debido a la ausencia de instituciones especializadas para la atención de estas deficiencias y el costo que representa una visita al especialista la población decide consultar a los curanderos tradicionales y a otros agentes informales. (SSA, 2001 citado en INEGI, 2004).

## **2. ASOCIACIONES DE Y PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD VISUAL**

Según el Sistema Nacional de Información sobre Personas con Discapacidad en México existen 988 asociaciones de y para personas con discapacidad de las cuales 871 cuentan con registro oficial. En el Distrito Federal se encuentran 166 y en el Estado de México 41 de estas asociaciones.

Cabe señalar que la mayoría de las asociaciones tienen como forma de sostenimiento los donativos ocupando el 29.6%, en segundo lugar la organización de eventos con el 17.2%,



posteriormente las cuotas de recuperación a las que les corresponde el 14.2 %, las cuotas de servicio ocupando el 10.4%, las colectas correspondiendo a un 7.9 % y otras el 20.7%.

Además en cuanto a los principales problemas que enfrentan se sabe que el 69.8% de las asociaciones tiene como principal problema el financiamiento, el 54.6 % los materiales y equipos inadecuados, 47.5 % la falta de personal profesional, el 33% la falta de apoyo público y privado, y el 34.6% la falta de información y difusión.

En relación a los servicios que ofrecen las 988 asociaciones, 237 brindan atención médica, 513 rehabilitación física, 574 educación especial, 503 orientación psicológica, 523 capacitación laboral, 599 actividades deportivas y recreativas y 440 artísticas y culturales.

Enfocándonos en los servicios de atención psicológica únicamente 342 asociaciones tienen psicólogos y servicios referentes al área de psicología, lo que corresponde al 34.61%.

Es importante señalar que una asociación puede ofrecer varios servicios, así como enfrentarse a más de un problema.

En relación con la discapacidad visual, el 37.37% de las asociaciones se dedica a atender a personas con esta discapacidad, lo que corresponde a 369 asociaciones en total. De éstas 49 se encuentran en el Distrito Federal y 14 en el Estado de México. (Sistema Nacional de Información sobre Población con Discapacidad, s/f citado en INEGI, 2007).

### **3. REHABILITACIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD VISUAL**

“La rehabilitación es un proceso de duración limitada y con un objetivo definido, encaminado a permitir que una persona con deficiencia alcance un nivel físico, mental y/o social funcional óptimo, proporcionándole así los medios de modificar su propia vida. Puede comprender medidas encaminadas a compensar la pérdida de una función o una limitación funcional (por ejemplo, ayudas técnicas) y otras medidas encaminadas a facilitar ajustes o reajustes sociales”. (ONU, 1983 citado en INEGI, 2004 p. 102).

Con base en la Convención de los Derechos para Personas con Discapacidad, (2008) es el propio país quien debe de adoptar medidas efectivas y pertinentes, incluso mediante el apoyo de personas que se hallen en las mismas circunstancias, para que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. Por lo tanto para lograrlo deberán organizar, intensificar y ampliar servicios y programas generales de habilitación y rehabilitación, en particular en los ámbitos de la salud, el empleo, la educación y los servicios sociales, de forma que esos servicios y programas comiencen en la etapa más temprana posible y se basen en una evaluación multidisciplinar de las necesidades y capacidades de la persona; Asimismo, estos programas deberán apoyar la participación e inclusión en la comunidad y en todos los aspectos de la sociedad, sean voluntarios y estén a disposición de las personas con discapacidad lo más cerca posible de su propia comunidad, incluso en las zonas rurales.

Además, con respecto a las personas con discapacidad visual, la Convención menciona que los Estados Partes brindarán a las personas con discapacidad la posibilidad de aprender habilidades para la vida y desarrollo social, a fin de propiciar su participación plena y en igualdad de condiciones en la educación y como miembros de la comunidad. A este fin, los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes, entre las que se encuentran facilitar el aprendizaje del Braille, la escritura alternativa, otros modos, medios y formatos de comunicación aumentativos o alternativos y habilidades de orientación y de movilidad, así como la tutoría y el apoyo entre pares, además de asegurar que la educación de las personas se imparta en los lenguajes y los modos y medios de comunicación más apropiados para cada persona y en entornos que permitan alcanzar su máximo desarrollo académico y social.

La Organización Mundial de la Salud, (2005) promueve la rehabilitación basada en la comunidad (RBC) la cual suscita la colaboración entre los dirigentes comunitarios, las personas con discapacidad, sus familias y otros ciudadanos involucrados para ofrecer igualdad de oportunidades a todas las personas con discapacidad en la comunidad. La estrategia RBC, iniciada hace veinticinco años, sigue promoviendo los derechos y la

participación de las personas con discapacidad y fortaleciendo el papel de sus organizaciones en el mundo actualmente. Los objetivos principales de la RBC se basan en asegurar que las personas con discapacidad puedan desarrollar al máximo sus capacidades físicas y mentales, tener acceso a los servicios y a las oportunidades ordinarios y ser colaboradores activos dentro de la comunidad y de la sociedad en general; así como impulsar a las comunidades a promover y proteger los derechos de las personas con discapacidad mediante transformaciones en la comunidad.

Según la OMS existen dos tipos principales de organizaciones para personas con discapacidad que se han convertido en participantes activos de programas de RBC: las genéricas, que representan a personas con discapacidad sin consideración al tipo de deficiencia, y las específicas, que representan únicamente a los individuos con una discapacidad relacionada con una deficiencia concreta, como las visuales. Así, las organizaciones específicas realizan también una importante contribución a todos los niveles al asesorar sobre las necesidades de las personas con deficiencias específicas, por lo tanto, es fundamental que la planificación y aplicación de la RBC y de otros programas relacionados con las discapacidades se lleve a cabo en colaboración con dichas organizaciones. (OMS, 2005).

En México existen 369 asociaciones de y para personas con discapacidad visual que brindan atención y cuentan con servicios de rehabilitación. Es importante tomar en cuenta que los procesos de rehabilitación integral para personas con discapacidad visual se enfocan en actividades que promuevan el aprendizaje a través de ofrecer las herramientas necesarias y capacitación con el fin de lograr mayor independencia y autonomía en su vida diaria.

Dicha rehabilitación consta en actividades que fomenten el aprendizaje de distintas áreas como ábaco, actividades de la vida diaria, braille, escritura en negro, estimulación básica, mecanografía, orientación y movilidad y psicomotricidad, lo que permite que tanto las personas ciegas como las débiles visuales puedan llevar a cabo las actividades cotidianas con mayor facilidad.

Sin embargo, cabe mencionar que como parte de cualquier programa de rehabilitación para personas con discapacidad visual es necesario tomar en cuenta en primera instancia su situación emocional, ante lo cual debe de brindarse apoyo y atención psicológica como parte de cualquier programa de rehabilitación. Por tal motivo, retomando la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud, se considera que para que realmente se pueda hablar de un proceso de rehabilitación integral se debe de tomar en cuenta no sólo la situación bio-médica sino la biopsicosocial que incorpora conceptos, estándares y métodos desde una *perspectiva global de la persona* como la biológica, individual y social.

### **III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2011), alrededor del 15% de la población mundial vive con algún tipo de discapacidad, esto es aproximadamente 650 millones de personas. Si a esta cifra se agregan los familiares cercanos, el número de personas directamente involucradas con la discapacidad asciende a dos mil millones de habitantes, lo que representa casi un tercio de la población mundial.

En México, el XIII Censo General de Población y Vivienda realizado en el año 2010, señaló una prevalencia de discapacidad de 5.13% de la población total del país, lo que corresponde a 5, 739, 270 personas. Por otra parte, la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño realizada en el año 2003 por la Secretaría de Salud, reveló que aproximadamente el 9% de la población total del país presentaba en ese momento algún grado de dificultad en los dominios de movilidad, función mental, estado de ánimo, actividades usuales y dolor y función social, por lo cual se estima que el número de personas con discapacidad podría llegar a ser de alrededor de 9.7 millones en todo el país.

En cuanto a los resultados obtenidos en el Censo del 2010, la discapacidad que se presenta con mayor frecuencia es la motriz, la cual se presenta en el 58.33% de las personas que cuentan con alguna limitación o discapacidad, seguida por la visual cuyo porcentaje corresponde al 27.21 % de las personas; la discapacidad auditiva se encuentra en tercer lugar, presentándose en el 12. 10%; posteriormente, en cuarto lugar se sitúa la discapacidad mental con un 8.55%; Con respecto a la discapacidad de lenguaje, esta se presenta en el 8.31 % de la población. Cabe mencionar que se agregan dos tipos de discapacidad en relación al Censo del 2000 la atención en el cuidado personal, presentándose en sexto lugar con un porcentaje del 5.50% y por último lugar las personas que presentan problemas para aprender o poner atención (la suma de los tipos de discapacidad puede ser mayor a 100% debido a que existen algunas personas que presentan más de un tipo).

Existen diversos factores como causa de la discapacidad, pero los más relevantes están asociados a factores genéticos, enfermedades agudas o crónicas, violencia, accidentes,

sedentarismo, complicaciones perinatales, traumatismos, problemas nutricionales y características del entorno físico, entre otros

En nuestro país, de acuerdo con el Censo General de Población y Vivienda del 2010, la principal causa de la discapacidad es la enfermedad con un porcentaje del 39.42%, en segundo lugar se encuentra la edad avanzada abarcando el 23.14% debido a que en los adultos mayores se incrementa la probabilidad de adquirir alguna discapacidad como resultado de los procesos degenerativos propios de la vejez. Se atribuye a las anomalías al momento del nacimiento en el 16.32% de los casos. Se ubica en cuarto lugar a los accidentes ocupando el 14.99%. Además, se documentan causas no especificadas en el 7.79% de los casos.

Con base en sus factores causales, más del 75% de la discapacidad es adquirida, es decir, aquella en la que después de un accidente o enfermedad, la persona queda con secuelas graves, como el sufrir alguna amputación, perder alguna función intelectual o motora o también sufrir la pérdida de algún órgano. La discapacidad adquirida es la que en un instante, en un parpadeo o en un pequeño descuido puede cambiar la vida de las personas.

Pérez, (2010) menciona que es totalmente normal que cuando una persona después de haber sufrido un accidente, o una enfermedad que dejó secuelas, se sienta incapaz de salir adelante por medios propios y piense que siempre tendrá que depender de alguien más para poder realizar sus cosas. Esta situación modifica totalmente las condiciones de desarrollo y socialización a las que estaba acostumbrado, por lo que se hunden en estados depresivos, pensando que su vida ha terminado.

Las personas que tienen una discapacidad adquirida como lo es la ceguera por diversas circunstancias atraviesan por un proceso de duelo, específicamente por la pérdida repentina o paulatina de la visión. Para cualquier individuo, perder la vista de un momento a otro, es un hecho muy impactante y traumático, en primera instancia es común que la persona atraviese por un estado de shock. En esos momentos siente que está muerta en vida y no logra entender porque la vida fue injusta. Comúnmente se hacen las preguntas: ¿Por qué a mí?, ¿Qué hice para merecer este castigo? Y ahora ¿qué va hacer de mí?

Al encontrarse en esta situación no solamente el área emocional resulta afectada, sino que además se alteran diversas esferas de la vida de la persona, como lo son la familiar, laboral y social. La persona que por algún motivo pierde repentinamente la vista, experimenta sentimientos de tristeza al darse cuenta que ha perdido lo más valioso de sí mismo que le permitía integrarse al mundo exterior. Además se siente insegura al no poder valerse por sí misma y tener que depender de alguien más ante la incertidumbre de no saber qué será de su vida de ese momento en adelante. Aunado a esto, la frustración surge inevitablemente al caer en cuenta de que las exigencias de la vida seguirán siendo las mismas, sin embargo, esta nueva condición no le permitirá llevar la vida como lo hacía antes. Es posible que con base en lo antes mencionado, genere sentimientos de culpa, ya sea hacia otras personas o hacia sí misma. Todo esto altera su percepción, lo que conlleva a que su autoestima disminuya.

La dinámica familiar se ve alterada ya que se modifican los roles, debido a que en muchas ocasiones, al menos algún miembro de la familia tiene que renunciar a su vida laboral y social para dedicarse al cuidado de la persona con discapacidad, con las repercusiones económicas y sociales que esto conlleva, sin embargo existen otras ocasiones en las que no existe el debido apoyo por parte de los familiares por lo que llega a sentirse abandonada o distanciada.

En lo que respecta al área laboral, el individuo se ve obligado a dejar su empleo y por consiguiente a abandonar las actividades que le hacían sentir útil y autosuficiente. Asimismo, carece de oportunidades laborales y por lo tanto no le será fácil conseguir un empleo de ahora en adelante.

El ámbito social es de gran peso, ya que sufre discriminación y segregación, razones por las que no se da su inclusión a la sociedad en distintos ámbitos como los son: el educativo, cultural, laboral, deportivo, de salud, en la infraestructura y transporte, entre otros, lo que se suma a la falta de oportunidades y dificultades con las que tienen que lidiar día a día. Además, deja a un lado las actividades que antes realizaba y disfrutaba por miedo a ser rechazada o señalada por los demás.

Partiendo de la información mencionada anteriormente, se identifica que la situación emocional, es un factor que impacta en todas las áreas de la vida de la persona con discapacidad, siendo esta la base que determinara la manera en que se vive el duelo. A pesar de que en nuestro país, actualmente existen instituciones que ofrecen las herramientas para rehabilitar, capacitar y reeducar a personas adultas ciegas y de baja visión, para reintegrarlas a la sociedad de forma independiente y productiva, los resultados no son siempre exitosos, debido a que en el proceso de formación, no se considera el estado emocional que prevalece en ellos, impidiendo así, la resolución del duelo y por lo tanto la aceptación de su actual situación. Cabe señalar que algunas asociaciones a pesar de contar con el servicio de atención psicológica, por diversas circunstancias carecen de los recursos necesarios para brindar los elementos fundamentales que permitirán la resolución de duelo.

Al identificar dicha situación, surge el interés de realizar la presente investigación, priorizando la situación emocional, con el fin de poder brindar los elementos necesarios y fundamentales para llegar a la aceptación de su condición. Así pues, se considera a las personas con ceguera adquirida como sujetos de estudio, a quienes a través de un proceso grupal se les brindaron las estrategias y elementos psicosociales necesarios para elaborar el duelo, siendo dichos elementos el objeto de estudio. Este proceso, se llevó a cabo mediante el taller “Volver a Nacer”, el cual a través de una propuesta innovadora permitió brindar los elementos antes mencionados de forma novedosa, impactando así, no sólo en el proceso de rehabilitación, sino en la calidad de vida de las personas, contribuyendo positivamente y planteando las estrategias necesarias para que las instituciones logren abordar la problemática de forma integral.



Figura 2. Categorías que determinan el objeto de estudio e impactan en el sujeto de estudio.

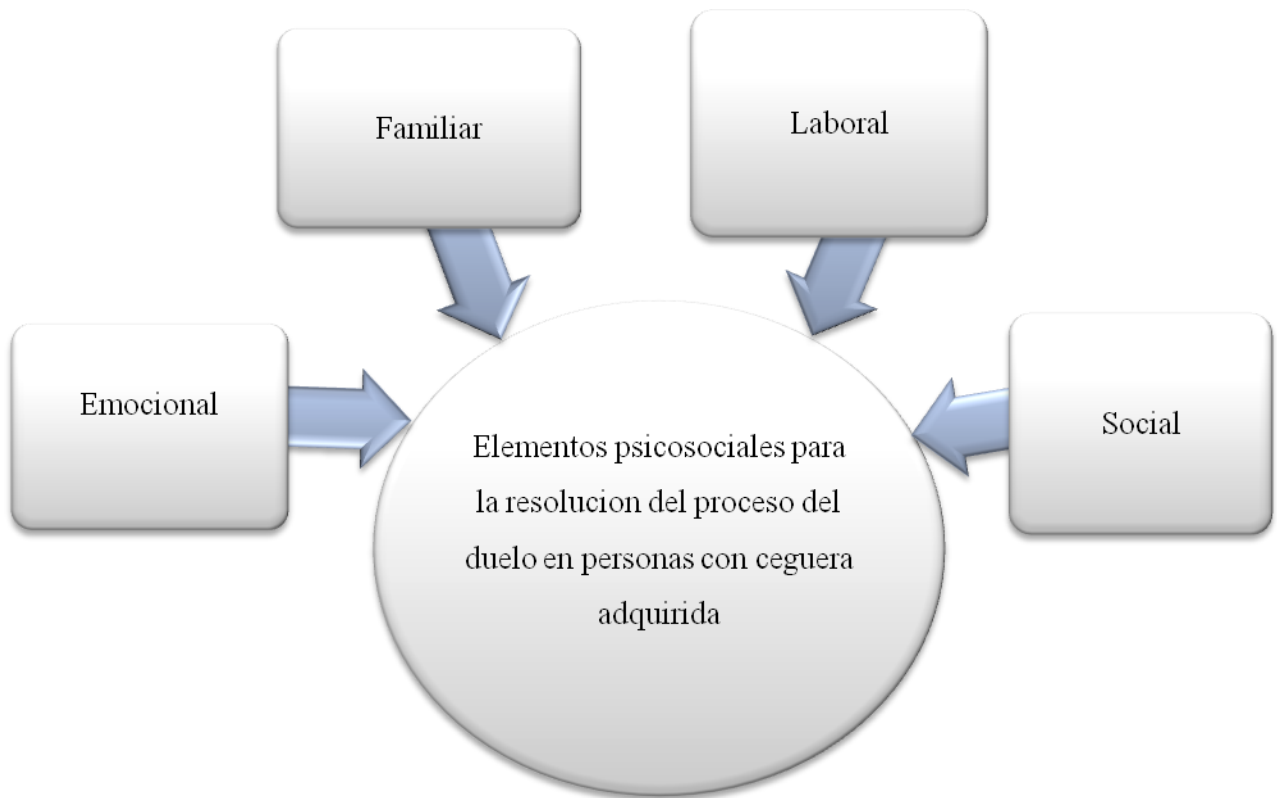


Figura 2. Presenta las categorías que determinan el objeto de estudio de la investigación (elementos psicosociales necesarios para la resolución del proceso de duelo). El área emocional impacta en diferentes sentidos, ya que se ve afectada la seguridad, confianza, autoestima, autonomía y motivación contribuyendo a que aumenten los niveles de ansiedad o depresión. El área familiar se ve afectada debido a la falta de apoyo, a la sobreprotección, o la separación del núcleo que se genera debido al impacto de la situación. En relación al área laboral, muchas expectativas se destruyen, existe falta de oportunidades y una gran necesidad económica para poder salir adelante. Con respecto al área social, se vive discriminación, segregación, y se pierde el interés por las salidas y la convivencia. Como se puede observar, las categorías anteriormente mencionadas, impactan en el sujeto de estudio de la investigación (personas con ceguera adquirida), pero también determinan los elementos necesarios para la resolución del proceso de duelo.

## **IV.JUSTIFICACIÓN**

### **A. SITUACIÓN ACTUAL**

La Organización Mundial de la Salud (OMS), 2011 señala que cerca de 650 millones de personas en el mundo sufren alguna discapacidad visual, mental, motriz, auditiva o de lenguaje. Se estima que 80% vive en países sin acceso a servicios médicos o de rehabilitación y, pese a la existencia de normas jurídicas internacionales que prohíben cualquier forma de discriminación o exclusión, la mayoría carece de formación educativa y laboral debido a las escasas oportunidades de desarrollo en torno a este sector de la población.

Asimismo, la OMS destaca que asegurar la igualdad de oportunidades y la promoción de los derechos humanos de las personas con discapacidad, especialmente aquellas de bajos recursos, debe ser una prioridad para los Estados, ya que las directrices para garantizar su acceso a la salud, educación, trabajo y participación social, aprobadas por la Asamblea General de Naciones Unidas en diciembre de 1993, establecen la responsabilidad de las naciones de prestar atención médica eficaz a dicha población. La prestación de servicios de rehabilitación, a fin de que logren alcanzar y mantener un nivel óptimo de autonomía y movilidad, también es una obligación, así como velar por el establecimiento y la prestación de servicios de apoyo para ayudar a aumentar su nivel de autonomía en la vida cotidiana y a ejercer sus derechos.

Según el XIII Censo General de Población y Vivienda 2010, en México el 27% de las personas con discapacidad corresponde a aquella de tipo visual que incluye a quienes padecen tanto de ceguera como a quienes tienen debilidad visual. Esta cifra corresponde a 1, 561, 270 personas de la población total en México, de las cuales, más del 25% no cuenta con acceso a los servicios de salud.

La información más actualizada en relación a los servicios de salud y atención para la discapacidad corresponde a la recabada en el Censo del 2000, a través del cual se identifica que en México existen 988 asociaciones de y para personas con discapacidad, de las cuales 369 atienden aquella de tipo visual, lo que corresponde al 37.35% total. Con respecto al tipo de servicio que proporcionan, 513 brindan rehabilitación básica, 342 tienen servicio de psicología, y únicamente 49 de psiquiatría. En base a los principales problemas que enfrentan, el 69.8% están relacionados con el financiamiento, 54.6% con respecto al material y equipo inadecuado para brindar la rehabilitación y atención y el 47.5 % falta de personal profesional.

Las cifras mencionadas anteriormente nos dejan ver que a pesar de que existen regulaciones para defender los derechos de las personas con discapacidad así como para brindar los servicios básicos de rehabilitación, en México, gran parte de las personas con discapacidad visual no tienen acceso a servicios de salud, educación, trabajo y participación social, y sin embargo, aunque existen diversas asociaciones de y para personas con discapacidad, son escasas y no se encuentran al alcance de toda la población que presenta esta condición.

Aunado a lo mencionado anteriormente, las problemáticas que presentan dichas asociaciones, como el no tener recursos, automáticamente genera falta de personal profesional lo que probablemente orilla a que se tenga al más indispensable para llevar a cabo la rehabilitación, por lo que alrededor del 60% de las asociaciones no cuentan con atención psicológica la cual es indispensable en esta situación.

Así, la mayoría de éstas únicamente se enfoca en el proceso de rehabilitación, dejando en segundo término la situación emocional de las personas que en ese momento atraviesan por el duelo de haber perdido la visión, y adquirido una discapacidad. Además, se identifica que del porcentaje de personas que cuenta con los servicios de atención y rehabilitación, gran parte no tiene alcance hacia a los mismos, ya que como consecuencia de la discapacidad, se tienen que enfrentar a diversas situaciones como el difícil acceso, el depender de otros para poder llegar, pero sobretodo, el propio sentir y el hecho de realmente querer salir adelante. Por tal motivo se considera que el factor primordial para

que una persona pueda completar de forma exitosa su proceso de rehabilitación es tomar en cuenta la situación emocional, de forma tal, que si la persona vive, atraviesa y elabora el proceso de duelo, llegará a la aceptación de la discapacidad, generando así cambios radicales en su calidad de vida.

## **B. IMPORTANCIA PARA LA SOCIEDAD**

La importancia de esta investigación para la sociedad radica en construir una estrategia para brindar la atención psicológica, que es indispensable y que por diversas razones se ha dejado a un lado o en menor termino en la mayoría de las asociaciones de y para personas con discapacidad. De ésta manera se ofrece a estas personas, los elementos psicosociales necesarios para que logren trabajar en la elaboración de su proceso de duelo tras haber perdido la visión, con el fin de que puedan llegar a una mayor aceptación de su condición, además de incidir en su rehabilitación y en partes importantes de su vida personal como en su autoestima, seguridad, confianza y por lo tanto impactar en su calidad de vida.

## **C. IMPORTANCIA PARA LA PSICOLOGÍA**

La Psicología en todos sus ámbitos vela por el bienestar emocional de las personas, por tal motivo, el brindar las herramientas necesarias a través de la atención psicológica para que las personas puedan llegar a una mayor aceptación de la discapacidad es fundamental y hasta cierto punto obligatorio. Se considera así la importancia de esta investigación para la Psicología Clínica y de la Salud, dando a conocer la estrategia utilizada que permitió incidir favorablemente en la calidad de vida de las personas que tienen discapacidad, permitiéndoles, a través de esta, llegar a una mayor aceptación de su condición.

Como profesionales de la salud, consideramos hacer uso de nuestro conocimiento y ética profesional para enfocarnos en las situaciones que realmente generan un problema a nivel

psicosocial y tratar de aportar novedosamente estrategias que permitan afrontar dichas situaciones.

El interés por la presente investigación surge debido a que al tener un vínculo con personas ciegas y de baja visión en distintos momentos de la formación profesional, se ha despertado una gran admiración hacia éstas, así como un gran interés por compartir y transmitir el conocimiento adquirido en dicha experiencia profesional con el fin de contribuir en la mejora de su calidad de vida. Asimismo, el haber trabajado con el tema del duelo influyó en que al identificar la situación emocional de las personas con ceguera adquirida dicho tema no quede de lado y sea considerado el antecesor a cualquier programa de rehabilitación.

## **V. OBJETIVO**

Brindar los elementos psicosociales necesarios para la elaboración del proceso de duelo, logrando la aceptación de la discapacidad visual e incidiendo en la calidad de vida.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar los elementos psicológicos que obstaculizan el proceso de duelo.
- Identificar los elementos sociales que obstaculizan el proceso de duelo.
- Disminuir los niveles de ansiedad y depresión en las personas con discapacidad.

### **HIPOTESIS**

Al brindar los elementos psicosociales se posibilita la elaboración del proceso de duelo, llegando a la aceptación de la ceguera adquirida.

## **VI.MÉTODO**

### **A. LINEAMIENTOS GENERALES**

El método es un orden que debe imponer a los diferentes procesos necesarios para lograr un fin dado o resultados. En la ciencia se entiende por método, al conjunto de procesos que el hombre debe emprender en la investigación y demostración de la verdad. Existen dos tipos de método: el cualitativo y el cuantitativo. El método cuantitativo es aquel orientado a resultados, sirviéndose de la estadística para la medición controlada y penetrante de forma objetiva.

El método cualitativo considera al fenómeno a investigar como un todo, hace énfasis en la validez de las investigaciones a través de la proximidad a la realidad empírica, es de naturaleza flexible, evolucionaría y recursiva además de inductiva. La corriente que fundamenta dicho método es el constructivismo, que plantea y revoluciona la manera de entender la generación del conocimiento, llevándolo desde la creencia en torno a ser una copia fiel de lo externo, a un escenario en donde la persona recobra su protagonismo e interviene interpretando el objeto según las categorías explicativas desarrolladas en su historia personal.

Los investigadores cualitativos participan a través de la interacción con los sujetos que estudian, existiendo así una relación jerárquica similar entre los mismo, diferenciada por las funciones de cada parte. Dentro de los principales métodos se encuentran los siguientes: investigación-acción, etnografía, historia de vida, comparativo constante, evaluación iluminativa, entre otros.

El método de investigación-acción permite vincular el estudio de los problemas en un contexto determinado con programas de acción social, de manera que se logren de forma simultánea conocimientos y cambios sociales. Este, se aplica para estudiar, controlar y alcanzar las modificaciones deseadas en el entorno social de aplicación.

“Este tipo de investigación intenta resolver preguntas que se derivan de forma implícita o explícita de un análisis de la realidad de las comunidades y de la experiencia práctica del investigador.” (Moser, H. citado en Tamayo, 1984, p. 60)

A partir de la realidad de una comunidad seleccionada para estudio se motiva un dialogo reflexivo que permita el análisis de cada uno de los factores internos y externos, a fin de producir conciencia en cada uno de sus miembros, para que reaccionen y actúen frente a sus necesidades. El modelo de investigación- acción permite integrar en el proceso a los miembros de la comunidad como investigadores activos, en vez de tomarlos como objetos investigados. (Tamayo, 1984, p. 61)

La presente investigación se basó en este método debido a que en la medida que se investiga, se realizan intervenciones con el fin de que en el grupo, cada persona elabore sus percepciones y por tanto interprete desde sus categorías, organice la realidad desde sus significados y su forma de dar sentido al mundo que está viviendo. Por lo tanto, asignan el valor que le corresponde a lo subjetivo y la emocionalidad en el acto de construir conocimiento.

Asimismo, con la finalidad de tener elementos para la evaluación de las intervenciones realizadas a través de la investigación-acción, se toman recursos de medición y evaluación correspondientes al método cuantitativo, teniendo como resultado una investigación de metodología mixta.

## **B. POBLACIÓN**

Trece personas con discapacidad visual adquirida entre los que se encuentran tres mujeres y cuatro hombres cuyas edades fluctúan entre dieciocho y sesenta y seis años. Todos atraviesan por un proceso de rehabilitación no menor a dos meses en el Comité Internacional Pro-ciegos I.A.P, así como por un proceso de duelo incompleto debido a la pérdida de la visión por diversas causas entre las que se encuentran enfermedades, accidentes y adicciones.



## C. INSTRUMENTOS

Los instrumentos utilizados para llevar a cabo la investigación se describen a continuación:

- **Evaluación del proceso de duelo (De Ávila, Morales, 2010):** Cuestionario conformado por 17 preguntas abiertas, sin tiempo límite para su contestación y bajo los lineamientos de la entrevista de Marx cuyo objetivo es crear consciencia de la propia situación a través de la reflexión y análisis de las preguntas. La meta de dicho Cuestionario es identificar los obstáculos psicológicos y sociales fundamentales que impiden la elaboración y resolución del proceso de duelo.
- **Impacto del proceso grupal (De Ávila, Morales, 2010):** Cuestionario abierto de 26 preguntas cuyo objetivo radica en conocer el impacto del proceso grupal, en el área de emocional, familiar, laboral y social de las personas con ceguera adquirida.
- **Escala de Ansiedad de Hamilton (1959):** Instrumento que tiene por objetivo valorar el grado o intensidad de ansiedad a través de 14 preguntas cerradas, las primeras 13 preguntas, corresponden a signos y síntomas ansiosos y el último ítem valora el comportamiento del paciente durante la prueba. Cada ítem se valora en una escala de 0 a 4 puntos. Hamilton reconoce el valor de 4 como ansiedad de intensidad máxima, 3 como elevada, 2 media y 1 ligera.

A continuación se presenta una tabla donde se muestran los niveles de ansiedad, de acuerdo a los rangos de puntuación.

Tabla 2. Nivel de ansiedad equivalente a la puntuación total

PUNTUACION	NIVEL
1-7	1.- Ansiedad de intensidad ligera
8-14	2.- Ansiedad de intensidad media
15-21	3.- Ansiedad de intensidad elevada
22-28	4.- Ansiedad de intensidad máxima

Tabla 2. Muestra los niveles de ansiedad que se obtienen a través de los rangos de las puntuaciones totales obtenidas en la Escala de Ansiedad de Hamilton. La columna de la izquierda corresponde al rango de puntuación cuyo valor se describe en la columna de la derecha en relación al nivel de ansiedad.

- **Test de Depresión de Beck: (1979)** Se aplica con la finalidad de identificar síntomas típicos de la depresión y así determinar los niveles de la misma. Consta de 21 ítems, en los cuales se sistematizan 4 alternativas de respuesta para cada uno, lo que permite evaluar la gravedad e intensidad del síntoma. De acuerdo a la puntuación obtenida se determina el nivel de depresión.

Tabla 3. Nivel de depresión equivalente a la puntuación total

<b>PUNTUACIÓN</b>	<b>NIVEL DE DEPRESIÓN</b>
0-10	1.- Altibajos normales en el estado de ánimo
11-16	2.- Leve perturbación en el estado de ánimo
17-20	3.- Depresión intermitente
21-30	4.- Depresión moderada
31 en adelante	5.- Depresión extrema

Tabla 3. Muestra los niveles de depresión que se obtienen a través de los rangos de las puntuaciones totales obtenidas en el Test de Depresión de Beck. La columna de la izquierda corresponde al rango de puntuación cuyo valor se describe en la columna de la derecha en relación al nivel de depresión.

#### **D. PROCEDIMIENTO**

El proceso para la realización de la investigación consistió en 8 etapas, que a continuación se describen:

##### **1. Contacto Institucional**

Se realizó el contacto institucional en el Comité Internacional Pro-ciegos I.A.P. dando a conocer los objetivos de la investigación.

## **2. Difusión**

Una vez obtenida la autorización por parte de las autoridades de la institución, se llevó a cabo la difusión del taller para los alumnos, esto se hizo aproximadamente durante dos semanas en distintos horarios para poder transmitir la información a la mayor población posible, además se repartieron trípticos con la información general del taller (Ver anexo D).

## **3. Proceso de afiliación**

En esta etapa se llevó a cabo la inscripción de los alumnos al taller. Se tomaron sus datos generales, y se les realizó una entrevista para verificar que cumplieran con los requisitos solicitados para formar parte del proceso grupal. Asimismo se programaron las fechas para realizar la aplicación de las pruebas psicológicas a cada uno de los participantes.

## **4. Fase de Exploración**

Se citó a los participantes de forma individual, para que contestaran el cuestionario de “Evaluación del proceso de duelo” (De Ávila, Morales, 2011), con base en el análisis de los resultados obtenidos se detectaron los obstáculos psicosociales que impedían la aceptación de la ceguera adquirida. De tal forma se diseñó el taller “Vol-ver a Na-ser” con el fin de brindar los elementos psicológicos y sociales necesarios para poder elaborar el duelo y llegar así a una mayor aceptación de su nueva condición. Asimismo, se aplicó la Escala de Ansiedad de Hamilton y el Test de Depresión de Beck para evaluar el estado emocional, además de indagar los motivos y deseos de las personas para participar en el taller. Posteriormente a cada uno de ellos se le brindó una carta informativa y un consentimiento informado acerca del mismo. (Ver anexo C).

## **5.- Planeación del taller**

Un taller es un espacio de construcción y desarrollo dentro del cual, hay elementos que lo conforman y caracterizan. Estos elementos son los que permiten abordar el taller como una estrategia, en donde a partir de la individualidad de roles, se construye una historia

colectiva de acuerdo al proceso que se presenta. El método utilizado para elaborar el taller “Vol-Ver a Na-Ser”, se elaboró bajo la teoría y los lineamientos de los grupos operativos de Pichon Riviere. Un grupo operativo es una técnica que inició el presente autor, en donde afirma que es un grupo de personas con un objetivo común al que integran operando un equipo. Esta técnica sirve para fomentar en los alumnos un aprendizaje responsable y autónomo, en donde los participantes logran aprehender.

Tomando en cuenta los lineamientos antes mencionados, se logró obtener un grupo de trece personas con ceguera que tenían un mismo fin en común, es decir, el de llegar a la resolución de su proceso de duelo.

A partir de los resultados obtenidos en los cuestionarios aplicados inicialmente, fue como se evaluaron los aspectos psicosociales necesarios a trabajar y así se determinaron las temáticas del taller.

## **6.- Desarrollo del taller**

Se llevó a cabo la realización del taller llamado “Vol-Ver a Na-Ser”, cuyo objetivo radica en brindar los elementos psicosociales necesarios para lograr transformar la manera en la que se vive el duelo y poder llegar a la resolución del mismo, además de lograr una mayor aceptación de la discapacidad visual.

Las temáticas con las que se trabajó fueron; cuando se pierde la vista, sentimientos ante la pérdida, reparación de daños, manejo de la pérdida y enfrentamiento de crisis, ajuste al cambio y el nacimiento de un nuevo ser. Todas las técnicas utilizadas fueron adaptadas a las posibilidades de los participantes, sin embargo también hubo actividades en las que el objetivo era que intentaran hacer actividades que creían que ya no iban a poder realizar. El taller “**Vol**ver a **Naser**”, tuvo una duración total de 20 horas divididas en 7 sesiones, llevándose a cabo 1 sesión semanal de 3 horas durante un mes y medio. (Ver anexo E).

## **7.- Fase de Evaluación longitudinal del impacto del proceso grupal**

Se realizó el análisis longitudinal de los 11 vectores del cono invertido bajo la teoría de los grupos operativos para determinar el impacto del proceso grupal desde su inicio hasta su término. Dicho análisis describe de forma cualitativa la manera en que se conformó la dinámica grupal, la integración en la misma y la aprehensión de los elementos brindados.

## **8. Fase del impacto del proceso grupal en el estado emocional: Ansiedad y Depresión**

Nuevamente los participantes fueron evaluados a través de la Escala de Ansiedad de Hamilton y el Test de depresión de Beck, con el fin de compararlos con los anteriores, y evaluar el impacto del taller en el estado emocional. Además se aplicó el Cuestionario Impacto del proceso grupal, (De Ávila, Morales 2010), para identificar cómo influyó el taller en el proceso de resolución de duelo y por lo tanto en la aceptación de la discapacidad visual. (Ver Anexo C).

## VII. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos en las distintas etapas del proceso de investigación: Exploración, evaluación longitudinal del proceso grupal e impacto del proceso grupal en el estado emocional.

### A. FASE 1. EXPLORACIÓN: OBSTÁCULOS PARA LA ELABORACIÓN DEL PROCESO DE DUELO

Figura 2. Obstáculos psicológicos ante la pérdida de la visión

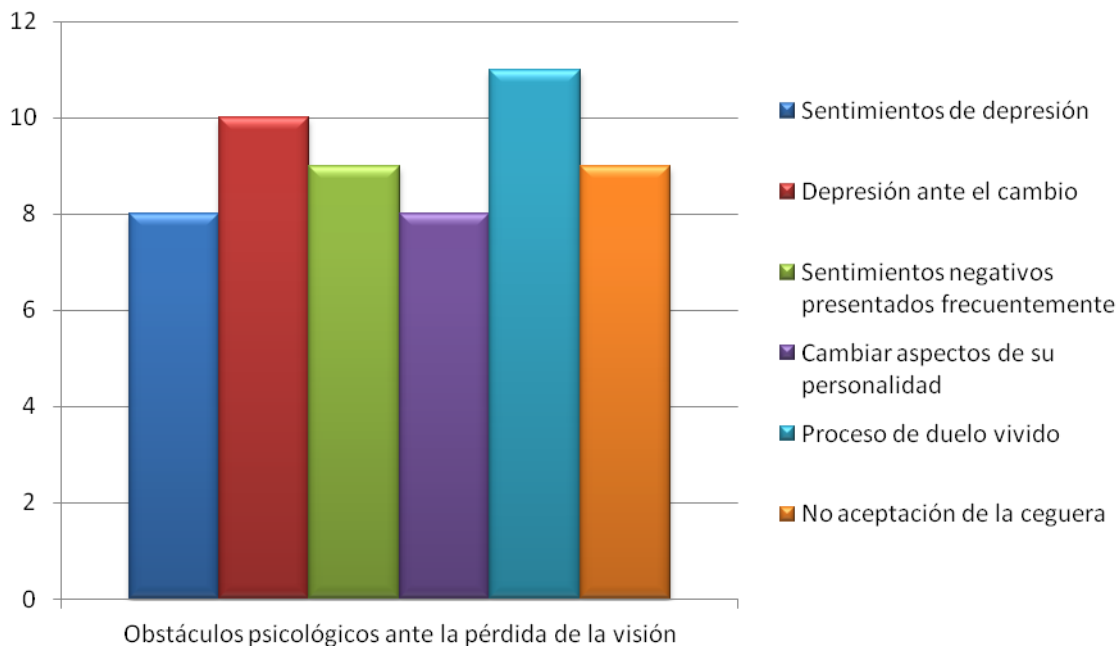


Figura 2. Presenta los principales obstáculos psicológicos que impiden la resolución del proceso de duelo en las personas con ceguera adquirida.

A través de la figura 2 se muestran los 6 obstáculos de mayor importancia que impiden la resolución del proceso de duelo en las personas con ceguera adquirida. El más relevante

hace referencia a la idea de creer haber vivido un proceso de duelo, presentándose en 11 de las 13 personas, sin embargo llama la atención que 9 de ellas no han logrado la aceptación de su actual condición. Posteriormente se identifica que ante la situación de cambio, el sentimiento que más se presenta es la depresión en 10 de las personas. De igual forma, 9 de ellas consideran que frecuentemente presentan sentimientos negativos como lo son enojo, rechazo, tristeza, inseguridad y conformidad. Y 8 de las 10 personas viven, por un lado deprimidas y por el otro inconformes ante los cambios que en rasgos de personalidad han sufrido como: inseguridad, debilidad y dependencia.

Figura 3. Obstáculos sociales ante la pérdida de la visión

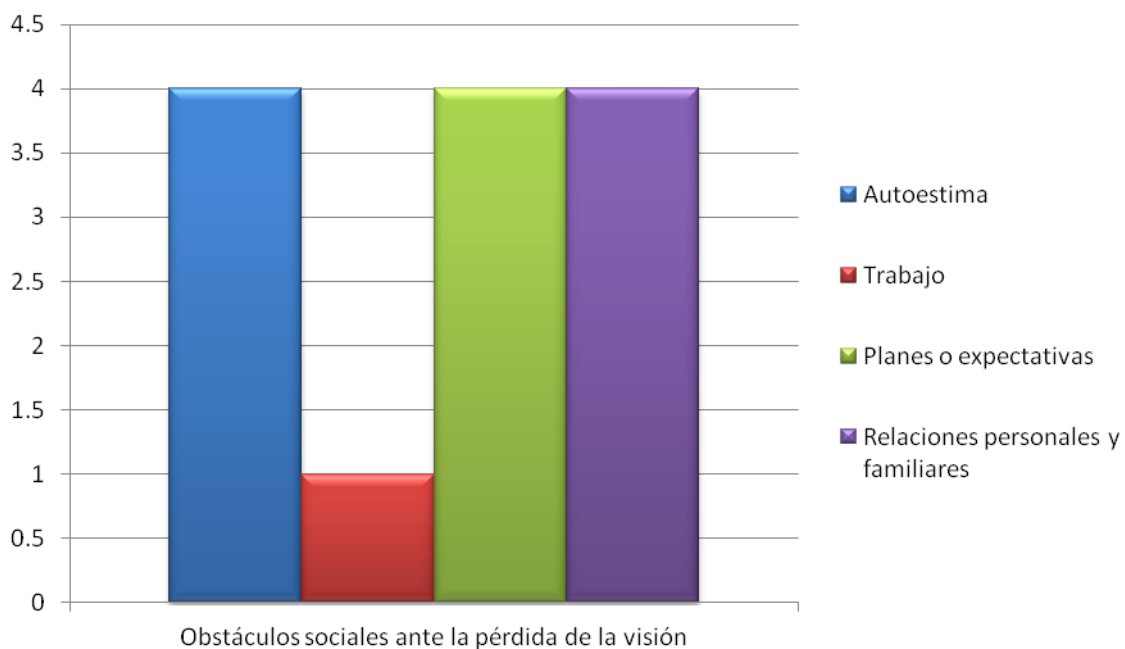


Figura 3. Presenta los principales obstáculos sociales que impiden la resolución del proceso de duelo en las personas con ceguera adquirida.

En la figura 3 se presentan los 4 obstáculos sociales de mayor impacto. Las 13 personas consideran que no solamente perdieron la visión, sino además aspectos fundamentales de su vida en diferentes áreas: rechazo laboral, uno de ellos perdió su trabajo; rechazo institucional, 4 sintieron que la mayor dificultad se centra en la actitud de las sociedad e

instituciones para consolidar sus proyectos; rechazo social, 4 participantes consideran que las reacciones de los otros (padres, hermanos, amigos) son negativas y por último, las relaciones familiares ya que 4 de ellos consideraron que las actitudes como sobreprotección, rechazo e indiferencia han sido un factor importante para no resolver su duelo.

## **B. FASE 2. EVALUACIÓN LONGITUDINAL DEL IMPACTO DEL PROCESO GRUPAL**

Tabla 4. Análisis longitudinal del proceso grupal bajo la Teoría los Grupos Operativos de Pichón Riviére

<b>VECTOR</b>	<b>ANTES</b>	<b>DESPUÉS</b>
<p><b>Afiliación</b> Primer momento en el que se sabe que la persona está en el grupo, momento de afiliación se da por primera vez en el proceso y nunca se vuelve a dar.</p>	<p>La afiliación no se da en la primera sesión por parte de todos los participantes, como es el caso de Mariano a quien le cuesta mucho trabajo integrarse y relacionarse con sus compañeros. Lalo y Gerardo a pesar de estar en el grupo se siguen percibiendo como individuales dentro del mismo. Cabe señalar que únicamente acuden a las primeras sesiones y después abandonan el taller por razones personales.</p>	<p>Conforme avanzaron las sesiones se nota un gran cambio y se puede decir que hay afiliación entre los participantes del taller. Se forma un grupo en el cual todos se incluyen entre sí y se sienten parte del mismo. Se detecta un gran avance y esfuerzo por parte de Mariano quien se integra a sus compañeros, además por parte del grupo quienes lo buscan e integran a sus actividades no solo en el taller sino fuera de éste.</p>
<p><b>Actitud ante el cambio</b></p>	<p>No existe por parte de los participantes en general ya que los miedos obstaculizan la actitud ante el cambio. Mariano se cuestiona con frecuencia la utilidad del taller pensando que en realidad nada lo hará cambiar. Alejandro se presenta dispuesto, sin embargo sus miedos son tan grandes que se encuentra en la etapa de negación de su situación lo que le impide avanzar.</p>	<p>Es evidente el progreso a partir de las sesiones medias en la mayoría de los participantes. Mariano identifica sentirse diferente y se presenta dispuesto. Gerardo, Lalo y Mario (sujeto 13) abandonan el taller por razones personales.</p>
<p><b>Aprendizaje</b> Cuando se agrupan conocimientos y hay la capacidad de, sentir y</p>	<p>En general aunque la mayoría del grupo se encuentra dispuesto les cuesta mucho trabajo aprehender su realidad, es decir, el hecho de</p>	<p>Conforme avanzan las sesiones y al llegar al término se nota un gran progreso en general, en donde los participantes aceptan</p>



<p>actuar.</p> <p><b>- Pre tarea</b> No ligado al sentir ni al actuar, es el periodo donde se centran todos los mecanismos de defensa para pasar a la tarea.</p> <p><b>- Tarea</b> Es el momento en que se produce el abordaje al objeto de conocimiento, es decir que el grupo se pone a trabajar en el tema que le corresponde Cuando hablamos de tarea, nos referimos a una tarea explícita y a una tarea implícita y la realización de la tarea implícita consiste en la resolución de las ansiedades y miedos básicos para dar lugar a la realización de la tarea explícita. De modo que para poder centrarse en la tarea, hay que elaborar los miedos y ansiedades, trabajarlos, superarlos y luego centrarse en el abordaje del objeto de conocimiento. Cuando el grupo pudo elaborar los miedos y ansiedades y realizar la tarea aparece.</p>	<p>aceptar que son ciegos.</p> <p>En la pre tarea existen mecanismos de defensa por parte del grupo en general, excepto por Ángel y Cristian. La mayoría dice sentirse bien y niegan sus sentimientos. De igual forma algunos se presentan a la defensiva ante otros como forma de liberar sus ansiedades.</p> <p>Se realiza la tarea únicamente por parte de algunos miembros del grupo como lo son Ángel, Cristian y Javier, quienes se permiten experimentar y vivir sus emociones, dejando a un lado los obstáculos.</p>	<p>su realidad y empiezan a reflexionar en torno a la forma de vivirla.</p> <p>Los mecanismos de defensa disminuyen al vencer los obstáculos y miedos de forma tal que el grupo de paso a la tarea. Es evidente el cambio y esfuerzo de Mariano.</p> <p>La sesión correspondiente a “Mi funeral” fue fundamental en el sentido de que a partir de esta, todos los miembros del grupo hacen una reflexión, no sólo a nivel grupal, sino personal que les permite realmente avanzar aceptando su condición y viviendo su realidad. Además se dan a conocer abiertamente sus ideas y existe mucha empatía por parte del grupo.</p>
---	--	---

<p><b>- Proyecto</b>  Poder difundir, compartir con otros el producto del sentir.  Posibilidad que tiene el grupo de elaborar algo que trasciende la tarea de hoy.  Es la forma de salida a la situación de terminación que vive el grupo frente a una tarea que se está finalizando.  El Proyecto es como una posibilidad de sobrevivir frente a la “muerte” del grupo en ese momento, en ese aquí y ahora.  El Proyecto es la continuidad. El grupo habla de volver a encontrarse, de lo que va a realizar mañana.</p>	<p>En general no existe un proyecto grupal del propio taller ya que los participantes aunque se conocen se sienten un poco limitados para expresarse en torno al mismo y por lo tanto solo asisten a las sesiones y las experimentan en ese momento.</p>	<p>Al avanzar las sesiones se identifica una gran pertenencia y empatía lo que facilita que el grupo se conjunte y por lo tanto tenga un proyecto muy claro: el salir adelante, pero además ayudar a otros compañeros que no están en el taller, transmitiendo lo que aprendieron en el mismo.</p>
<p><b>Cooperación</b>  Colaborar y estar complementados para lograr la tarea.</p>	<p>Algunos participantes como Mariano y Lalo, se encuentran a la defensiva ante la cooperación con el grupo para la realización de la tarea.</p>	<p>Se identifica gran disposición y cooperación por parte de todo el grupo para realizar las actividades. Algunas les cuestan trabajo pero al ir superando y venciendo sus miedos se nota un gran aumento en la cooperación.</p>
<p><b>Competencia</b>  Lograr la meta en las mejores condiciones, esta se va a dar para alcanzar la meta, No se compite con los participantes sino con la tarea.</p>	<p>La competencia no se da en torno a la tarea, sino entre los integrantes del grupo. Llegan a existir dificultades entre ellos ya que algunos pueden manejar la situación con mayor seguridad y confianza que otros.</p>	<p>Se da la competencia para lograr la meta grupal, es decir, entre los participantes del grupo se apoyan para lograr vencer las dificultades aceptando su realidad. Javier y Homero son un claro ejemplo de esto.</p>
<p><b>Complementariedad</b></p>	<p>Se da la complementariedad en base a las edades, razones por la que se encuentran en el taller y formas de perder la vista. En un principio esto llega a ser incómodo para algunos participantes, como Lalo y Gerardo, quienes por ser los más jóvenes les cuesta trabajo relacionarse con los demás y únicamente lo hacen entre ellos.</p>	<p>La complementariedad sirve como una forma de expresión ante los demás, las personas se vuelven empáticas y aprenden de las experiencias de los demás. Logran brindarse entre ellos lo que les hace falta. Homero detecta las necesidades de Mariano y trata de cubrirlas.</p>
<p><b>Comunicación</b>  Interacción, transmisión, emisión y recepción de</p>	<p>La comunicación no se da dentro del grupo del taller Volver a Nacer debido a que no existe un ECRO</p>	<p>Hay un progreso en la comunicación por parte de Mariano y Liliana quienes logran</p>

<p>mensajes. Emisión y recepción de un discurso el cual va a tener una retroalimentación a partir de un código común. Cada quien lo entiende desde su experiencia y el conflicto se soluciona haciendo construcciones conjuntas.</p>	<p>del mismo conformado, sin embargo si se da comunicación debido a que algunos de los integrantes del grupo se conocen y conviven en otras actividades.</p>	<p>abrirse ante el grupo una vez que se conforma el grupo. En general el grupo es capaz de comunicar sus necesidades e ideas con respeto y empatía.</p>
<p><b>ECRO</b> Existen dos tipos: <b>PERSONAL:</b> La historia individual de cada sujeto en el grupo. <b>GRUPAL:</b> La historia que se forma después de que se haya establecido la comunicación, es la historia grupal.</p>	<p>El ECRO es personal, algunos se conocen bien y se llevan por otras clases que toman juntos, pero hay otros que nunca se habían escuchado y por lo tanto no se conocían. La elaboración del encuadre fue de importancia para que comenzara a darse un ECRO grupal.</p>	<p>Se formó un ECRO grupal, en donde todos se apoyaban como grupo. En la última sesión todos los participantes agradecieron al grupo por haberse dado la oportunidad de vivir el taller y entre todos se motivaban para seguir adelante.</p>
<p><b>Miedos básicos</b> Es una reacción generada por los sujetos ante todo intento de respuesta a la adaptación. <b>MIEDO AL ATAQUE:</b> Los integrantes sienten que no pueden enfrentarlo, no tienen los elementos suficientes para enfrentar esa nueva situación. <b>MIEDO A LA PÉRDIDA:</b> Pérdida de una situación cotidiana</p>	<p>Todos los participantes traen desde inicio el miedo a la pérdida, debido a la falta de equilibrio en sus vidas al perder la vista. Todos los participantes presentan miedo al ataque. Debido a su condición no se sienten seguros y capaces de enfrentar el mundo. La mayoría asistió al taller para adquirir herramientas para enfrentar su condición.</p>	<p>Todos mencionan que se sienten con las herramientas necesarias para salir adelante, y mostraron sentirse más tranquilos y seguros. Hubo solo un participante, que todavía presenta miedo a la pérdida y por lo tanto miedo al ataque, debido a que había cierta resistencia de su parte, a llegar temprano a todas las sesiones.</p>
<p><b>Obstáculos</b> Existen dos tipos de obstáculos: <b>EPISTEMOLOGICOS:</b> Son obstáculos de conocimiento, dificultad de comprender un nuevo conocimiento por no tener los elementos teóricos necesarios para aprenderlo. <b>EPISTEMOFILICOS:</b> Son obstáculos de historia, es el obstáculo del “no entiendo”, tiene que ver con la cultura, la</p>	<p>Hubo resistencias, por parte de Mariano, al no querer participar en todas las dinámicas. Alejandro siempre llegaba tarde a las sesiones. Existen obstáculos epistemológicos por parte de todos los participantes, al no entender que significaba el duelo y en qué consistía. La mayoría mencionó que se encontraban en la etapa de aceptación del duelo</p>	<p>No se presentaron obstáculos en la mayoría de los participantes, sobre todo a la hora de pedirles su foto de cuándo ellos veían para poder enterrarla. Los únicos que no la trajeron fueron Liliana, Rosa y Alejandro, de hecho ellos nunca traían el material que se les pedía durante las sesiones.</p>

ciencia, etc.		
<p><b>Pertenencia</b> Proceso mediante el cual la persona es y se siente parte del grupo.</p>	<p>Comienza a darse la pertenencia al escuchar las historias de los demás, sin embargo todavía hay personas que se aíslan un poco del grupo como Mariano, Gerardo y Lalo.</p>	<p>Se da la pertenencia, al pedirles que hagan un comentario de final del taller, todos lo hacen pero incluyen otro comentario para los demás compañeros y de ésta manera todos se dirigen algunas palabras. Se entusiasman mucho al tomarse la foto grupal y piden una copia de la misma.</p>
<p><b>Pertinencia</b> La actividad que se está realizando es congruente con el objetivo, esto con el fin de lograr el objetivo grupal.</p>	<p>Aunque no hay pertenencia aun, todos los participantes colaboran y cooperan con las actividades del grupo por lo que se da la pertinencia en las tareas. Se muestran dispuestos pero se nota que lo hacen de forma individual y no como grupo debido a que aún no existe un ECRO grupal, ni la pertenencia el grupo.</p>	<p>Se da la pertinencia a la hora de que todos presentan a su nuevo ser y todos se apoyan entre sí. También hay pertinencia a la hora de que todos se dirigen unas palabras para cerrar el taller.</p>
<p><b>Roles</b>  Dentro de cada grupo hay un proceso de interacción, de dinámica grupal. A cada uno de los vectores le puede corresponder una función de liderazgo. O sea que, algún miembro del grupo puede ser líder de la comunicación o líder del aprendizaje. Hablamos de un liderazgo funcional, aquel que en función de las situaciones es el que mejor orienta lo que es necesario para el grupo.  <b>LIDER:</b> Depositario de las cosas positivas del grupo. <b>CHIVO EMISARIO:</b> Depositario de las cosas negativas del grupo. <b>PORTAVOZ:</b> Dice el discurso acorde a todos.</p>	<p>Líder: Javier, debido que es al que más le gusta hablar y organizar. Porta voz: Alejandro siempre que le toca hablar, habla por los demás y no por el mismo, menciona que a todos les cuesta trabajo pasar por esta situación, pero saldrán adelante. Chivo emisario: A Mariano, es al que le cuesta más trabajo hablar, participar y difícilmente se integra al grupo, la mayoría del tiempo se comporta de forma hostil con los compañeros. Saboteador: Rosa interrumpe siempre en las actividades, se la pasa platicando y cuándo los demás compañeros hablan, ella empieza a platicar con alguien más</p>	<p>Líder: Javier sigue siendo el líder Pota voz: Alejandro sigue hablando por los demás y son muy pocos los momentos en que habla por el mismo. Chivo emisario: A pesar de que los compañeros saben que Mariano es el más reservado, sus compañeros ya lo apoyan mucho y él ya participa y habla mucho más Saboteador: Rosa sigue siendo la saboteadora, al no traer su material, y seguir hablando durante la explicación de las dinámicas, cuándo es la hora de que ella pase a hablar, casi no dice mucho. (es parte de su misma resistencia)</p>

<p>Es el que enferma al grupo. Denuncia una necesidad grupal.</p> <p><b>EMERGENTE:</b> Denuncia una situación molesta que ocurre momentáneamente.</p> <p><b>SABOTEADOR:</b> Se resiste al cambio y procura hacer cosas para impedir que la tarea se cumpla.</p>		
<p><b>Telé</b> La capacidad o disposición que cada uno de nosotros tiene para trabajar con otros, que va a dar los factores afectivos y el clima afectivo.</p>	<p>Casi no estaba bien formado. Había compañeros que no podían trabajar juntos durante las actividades como, Mariano, Gerardo, Lalo y Alejandro.</p>	<p>Se formó el telé en el grupo, ya que todos se apoyan para realizar las tareas, Mariano apoya más en las actividades y sus compañeros le dan muchos ánimos.</p>

Tabla 4. Presenta los 14 vectores del cono invertido de Pichón Riviere, mostrando una comparación entre antes y después del taller. Debido a la confidencialidad, todos los nombres son ficticios.

La tabla 4 muestra el análisis longitudinal realizado en el transcurso del proceso grupal con el fin de realizar una comparación entre el antes y el después. La primer columna de izquierda a derecha describe y explica cada uno de los vectores de la teoría de los Grupos Operativos que fueron analizados, la segunda columna se refiere al análisis del vector en relación al comienzo del proceso grupal y finalmente la tercer columna muestra los resultados obtenidos del análisis longitudinal, con el fin de presentar los avances obtenidos de forma cualitativa a través del aprendizaje y aprehensión de los elementos psicológicos y sociales brindados durante las sesiones del proceso grupal.

### C. FASE 3. IMPACTO DEL PROCESO GRUPAL EN EL ESTADO EMOCIONAL: ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

#### Estado emocional: Ansiedad (Escala de Ansiedad de Hamilton)

A continuación se presentan los resultados obtenidos a través de la Escala de Ansiedad de Hamilton. Es importante mencionar que se seleccionaron las categorías de mayor significancia a través de los resultados arrojados de un análisis estadístico utilizando el Coeficiente Alfa de Cronbach, mediante el cual, se determina la significancia de las diferencias presentadas en distintos momentos. Para obtener un grado aceptable de significancia se tomó como base un nivel menor a .10, lo que implica un cambio certero entre el antes y el después con un 90% de confianza.

Es de suma importancia mencionar que en un inicio, participaron en el taller trece personas, sin embargo, durante el desarrollo del mismo, tres abandonaron el proceso por motivos personales y ajenos al mismo. Debido a esto, en los resultados correspondientes al post-test únicamente se toma en cuenta a los diez participantes que lo concluyeron.

Figura 5. Categorías de mayor significancia en la Escala de Ansiedad de Hamilton en el pre-test y post-test

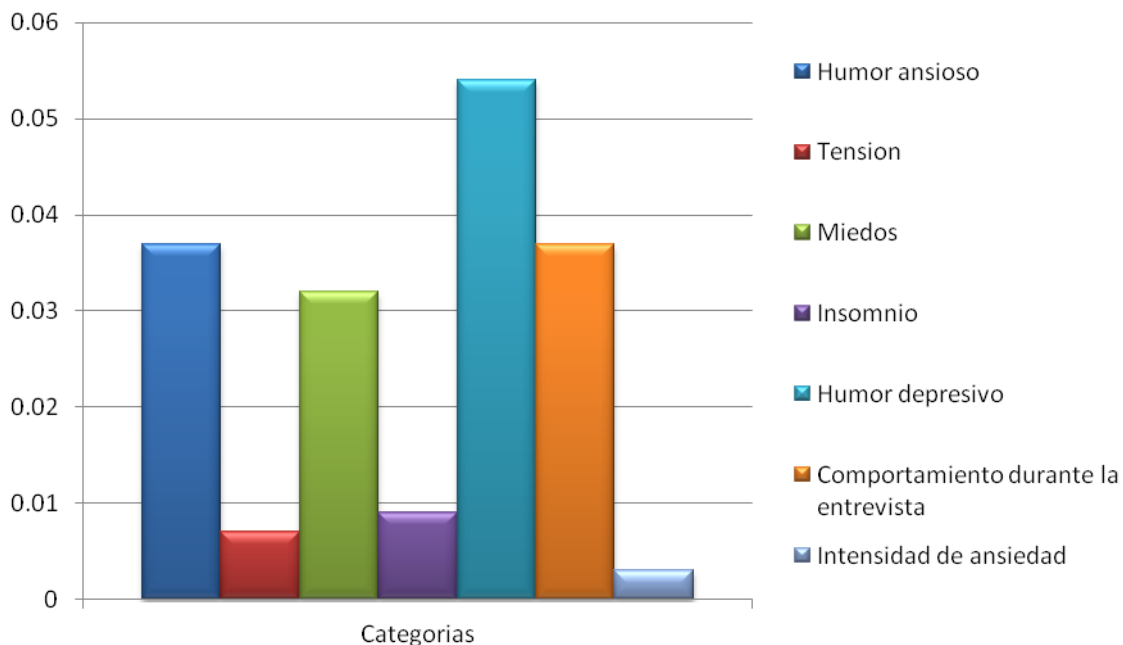


Figura 5. Presenta las categorías con mayor significancia de la escala de Ansiedad de Hamilton.

Se puede observar que la categoría más significativa es la correspondiente a la intensidad de la ansiedad cuya significancia es de .003 lo que corresponda a un nivel de confianza del 99.7%. En cuanto a la categoría de tensión hubo cambios significativos con un nivel de confianza del 99.3% debido a que la significancia fue de .007. Asimismo, cabe señalar la relevancia de la categoría de insomnio ya que la significancia es de .009, es decir, se presentaron cambios con un nivel de confianza de 99.1%

Tabla 5. Puntuaciones totales y niveles de ansiedad en el pre-test y post-test de la Escala de Ansiedad de Hamilton por participante

<b>SUJETO</b>	<b>PUNTUACIÓN TOTAL ANTES</b>	<b>NIVEL DE ANSIEDAD ANTES</b>	<b>PUNTUACIÓN TOTAL DESPUÉS</b>	<b>NIVEL DE ANSIEDAD DESPUÉS</b>
Participante 1	36	4	23	4
Participante 2	5	1	3	1
Participante 3	21	3	13	2
Participante 4	23	4	18	3
Participante 5	24	4	15	3
Participante 6	26	4	19	3
Participante 7	12	2	9	2
Participante 8	14	2	7	1
Participante 9	9	2	5	1
Participante 10	22	4	8	2
Participante 11	16	3	-	-
Participante 12	20	3	-	-
Participante 13	16	3	-	-

Tabla 5. Presenta las puntuaciones y niveles de ansiedad obtenidos por cada participante antes y después del taller en la escala de Hamilton. A partir del sujeto 11 únicamente se presentan los resultados iniciales ya que por razones personales y ajenas al proceso estas personas abandonaron el proceso grupal.

Como se puede observar en la tabla 5, los 10 participantes disminuyeron sus puntuaciones significativamente en relación al nivel de ansiedad, ya que llega a haber diferencia hasta de 14 puntos, A pesar de haber disminuido sus puntuaciones, 3 de las 10 personas se quedaron en el mismo nivel de ansiedad, 6 de las 10 bajaron un nivel y solamente una bajo dos niveles. Sin embargo, los 10 participantes disminuyeron sus puntuaciones.

Figura 6. Comparación de las Puntuaciones totales del pre-test post-test de la Escala de Ansiedad de Hamilton por participante

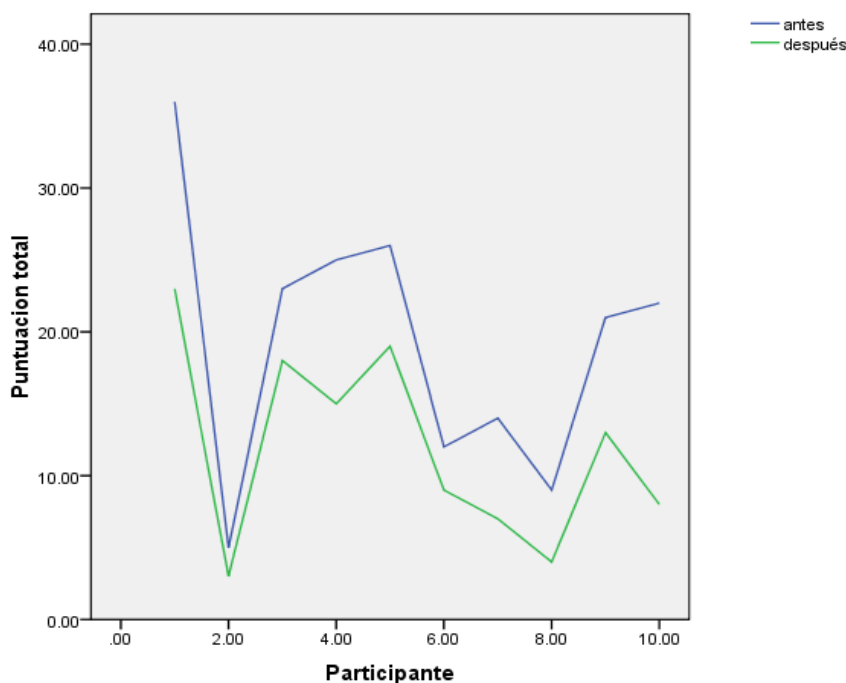


Figura 6. Muestra las puntuaciones totales de cada participante, obtenidas en la escala de Ansiedad de Hamilton, haciendo una comparación entre el pre-test y el post-test.

En relación a las puntuaciones de ansiedad se puede observar que el participante número 1 tuvo una diferencia de 8 puntos, obteniendo antes del taller una puntuación de 36 y una puntuación de 23 después del mismo. El participante 2, anterior al taller obtuvo una puntuación de 5 y posterior a éste obtuvo una puntuación de 3. El siguiente participante obtuvo 21 puntos antes del taller, sin embargo su puntuación bajo a 13 después de haber participado en el mismo. El participante número 4 bajo a una puntuación de 18, cuando en un inicio su puntuación era de 23. La persona que ocupa el 5to lugar, tenía una puntuación de 24, disminuyendo a una puntuación de 18. El participante número 6 al principio presentaba 26 puntos y posteriormente presentó 19. La siguiente persona obtuvo una puntuación de 12 y después del taller, obtuvo 9 puntos. Se muestra que el participante número 8 en el pre-test obtuvo 14 puntos y el post-test únicamente tuvo 7. El noveno participante tenía 9 en un inicio y 5 al final. El último de los participantes disminuyó hasta 14 puntos, ya que antes de participar en el taller su puntuación fue de 22 y después de taller



su puntuación fue de 8. Los tres participantes restantes, no aparecen en la gráfica ya que por razones personales y ajenas al proceso, estas personas desistieron del mismo.

Figura 7. Comparación en los niveles de ansiedad en pre-test y post-test de la escala de Ansiedad de Hamilton por participante

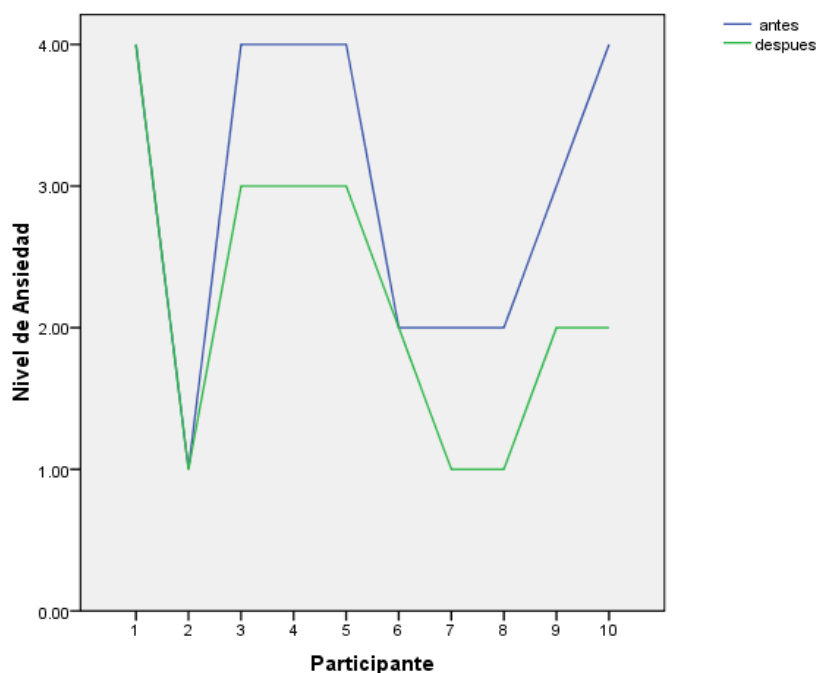


Figura 7. Muestra los niveles de ansiedad de cada participante, obtenidos en la escala de Ansiedad de Hamilton, haciendo una comparación entre el pre-test y el post-test.

En la figura 7, se muestran los niveles de ansiedad de cada participante. La escala de los valores de ansiedad va desde 4 a 1, presentando un valor de una intensidad máxima el nivel 4, intensidad elevada el nivel 3, intensidad media el 2, e intensidad ligera el nivel 1.

Se puede observar que el primer participante, se quedó en el mismo nivel de ansiedad, es decir permaneció con una intensidad máxima antes y después del taller, ubicándose en el nivel 4. El participante 2, permaneció en el mismo nivel, correspondiente a intensidad ligera (nivel 1) antes y después del taller. El tercer participante bajo del nivel 3 (intensidad elevada), al nivel 2 correspondiente a una intensidad media. Se observa que el participante 4, 5 y 6, tampoco modificaron sus niveles de ansiedad, permaneciendo en el nivel 3, es

decir con una intensidad elevada. El participante número 7, se encontraba en el nivel 2 (intensidad ligera) y no modificó sus niveles de ansiedad. El octavo y noveno participante se encontraban en el nivel 2 (intensidad media), antes de tomar el taller, posterior al mismo se ubicaron en el nivel 1 sintiendo una ansiedad ligera. El último de los participantes se encontraba en el nivel 4 (intensidad máxima), sin embargo su nivel de ansiedad bajo a 2 (intensidad media), después de haber tomado el taller. Los últimos tres participantes se encontraban en el nivel 3 (intensidad ligera), sin embargo no aparecen en la gráfica, debido a que no concluyeron el proceso por motivos personales.

### Estado emocional: Depresión (Test de Depresión de Beck)

En seguida se presentan los resultados más significativos obtenidos a través del Test de Depresión de Beck. Dicho análisis se realizó en base al Coeficiente Alfa de Cronbach, a través del cual se determina la significancia de las diferencias presentadas en distintos momentos. Para obtener un grado aceptable de significancia se tomó como base un nivel menor a .10, lo que implica un cambio certero entre el antes y el después con un 90% de confianza.

Figura 8. Categorías de mayor significancia en el Test de Depresión de Beck en el pre-test y post-test

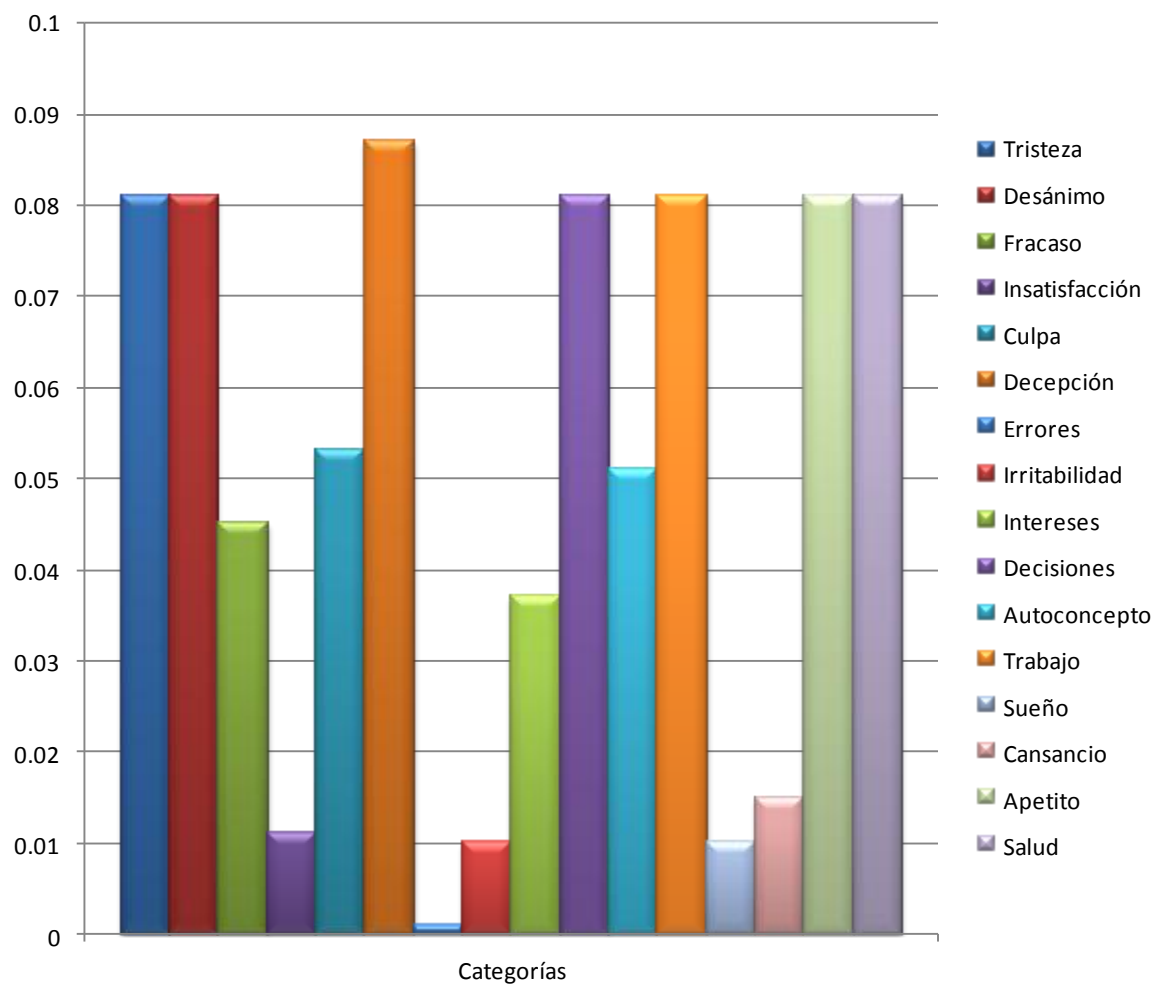


Figura 8. Categorías de mayor significancia en el Test de Depresión de Beck.

Figura 8. Como se muestra las categorías correspondientes a tristeza, desánimo, fracaso, insatisfacción, culpa, decepción, errores, irritabilidad, intereses, decisiones, auto-concepto, trabajo, sueño, cansancio, apetito y salud son aquellas en las que se puede determinar con un nivel de certeza de 90% o más que existieron cambios significativos entre el antes y después del taller, por lo que, al disminuir los niveles en dichas categorías, automáticamente se impacta en la disminución de las puntuaciones de depresión.

Es relevante señalar que con un coeficiente de confiabilidad del 99.9% hubo cambios importantes en la categoría correspondiente a los errores ya que su significancia fue de .001. Asimismo, las categorías de irritabilidad y sueño obtuvieron un nivel de significancia de .010, lo que corresponde a un nivel de confianza del 99%. En cuanto a la categoría de insatisfacción se presentaron cambios importantes, existiendo una significancia de .011 y un nivel de confianza del 98.9%. En relación al cansancio, es relevante señalar que el nivel de confianza es del 98.5%, teniendo una significancia de .015

La categoría correspondiente a los intereses obtuvo una significancia de .037 lo que determina que hubo cambios con un nivel de confianza del 96.3%. En relación al fracaso, se determina con un nivel de certeza del 95.5% y una significancia de .045 que existieron cambios después del taller. Además, en relación al autoconcepto se presentaron modificaciones importantes, ya que la significancia fue de .051, lo que nos habla de un nivel de confianza del 94.9%. La categoría de culpa presentó una significancia de .053, lo que corresponde a un nivel de confianza del 94.7%.

Cabe destacar que las categorías correspondientes a tristeza, desánimo, decisiones, trabajo, apetito y salud presentaron cambios con un nivel de confianza del 91.9% obteniendo una significancia de .081. Por último se identifica la categoría de decepción, en la que la significancia corresponde al .087, teniendo así un nivel de confianza del 91.3%.

Tabla 6. Puntuaciones totales y niveles de depresión pre-test y post-test del Test de Depresión de Beck por participante.

<b>PARTICIPANTE</b>	<b>PUNTUACIÓN TOTAL ANTES</b>	<b>NIVEL DE DEPRESIÓN ANTES</b>	<b>PUNTUACIÓN TOTAL DESPUÉS</b>	<b>NIVEL DE DEPRESIÓN DESPUÉS</b>
Participante 1	41	5	13	2
Participante 2	8	1	3	1
Participante 3	22	4	15	2
Participante 4	20	3	8	1
Participante 5	21	4	3	1
Participante 6	7	1	3	1
Participante 7	10	1	3	1
Participante 8	11	2	1	1
Participante 9	9	1	5	1
Participante 10	22	4	6	1
Participante 11	24	4	-	-
Participante 12	16	2	-	-
Participante 13	17	3	-	-

Tabla 6. Presenta las puntuaciones y niveles de depresión obtenidos por cada participante antes y después del taller en el Test de Beck.

Tabla 6. Se muestran las puntuaciones y niveles de depresión obtenidas por cada participante antes y después del taller en el Test de Depresión de Beck. Se observa que todas las personas disminuyeron su puntuación en el post-test, impactando así en los niveles de depresión, que llegaron a ser en la mayoría de los casos altibajos normales en el estado de ánimo. Como se mencionó, a partir del participante 11 únicamente se presentan los resultados iniciales ya que por razones personales estas personas abandonaron el proceso grupal.

Figura 9. Comparación de las Puntuaciones totales del pre-test y post-test del Test de Depresión de Beck por participante

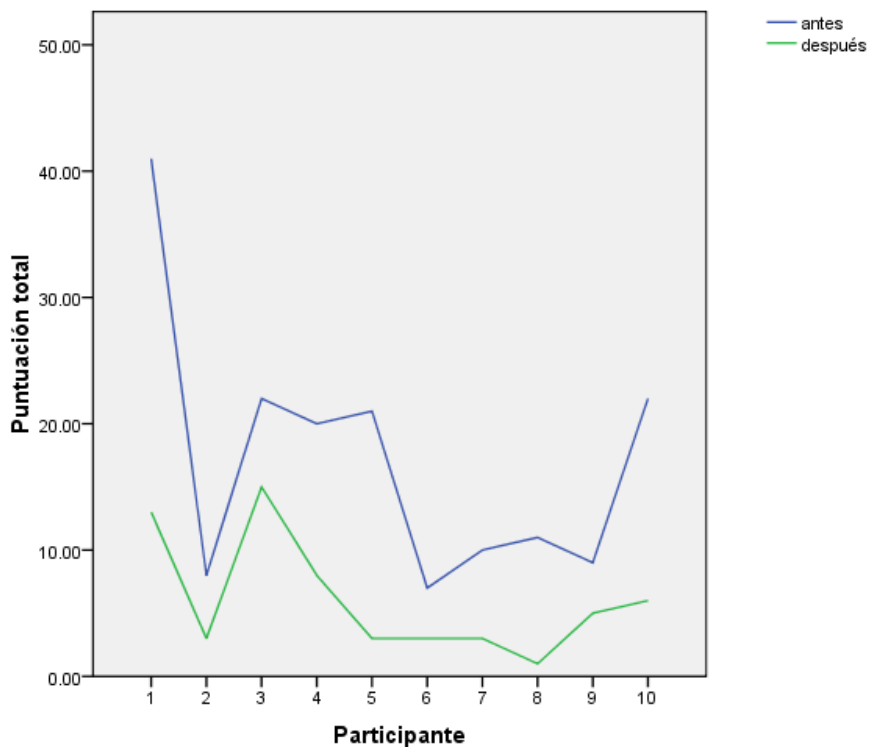


Figura 9. Comparación pre-test y post-test de la puntuación total por participante obtenida en el Test de Depresión de Beck.

Figura 9. Se muestran las puntuaciones totales obtenidas por cada participante en el pre-test y en el post-test del Test de Depresión de Beck a forma de comparación. Cabe señalar que al ser una gráfica comparativa únicamente se muestran los resultados de los 10 participantes que permanecieron en los dos momentos de la aplicación del test mencionado. Se puede observar que en todos los casos existió una disminución de las puntuaciones de depresión, presentándose así cambios debido al impacto del taller.

El primer participante disminuyó significativamente su puntuación pasando de 41 a 13; el participante 2, aunque desde el inicio presentaba una puntuación baja, es decir de 8, logró disminuir a 3; en cuanto al participante 3, este disminuyó su puntuación en 8 puntos; el integrante 4 logró cambios importantes ya que pasó de 20 a 8 puntos; de igual forma, destaca la persona 5 ya que de 21 puntos, logró bajar hasta 3; en el caso del participante 6 se observa que desde un principio la puntuación era baja ya que correspondía a 7, sin

embargo, ésta bajó hasta 3; como se observa, el participante 8 es el que alcanzó la puntuación más baja después del taller presentándose un cambio de 11 a 1 punto; en relación al penúltimo integrante, éste logró disminuir su puntuación de 9 a 5 y finalmente el último participante disminuyó significativamente pasando de 22 a 6 puntos.

Figura 10. Comparación de los Niveles de Depresión del pre-test y post-test del Test de Depresión de Beck por participante

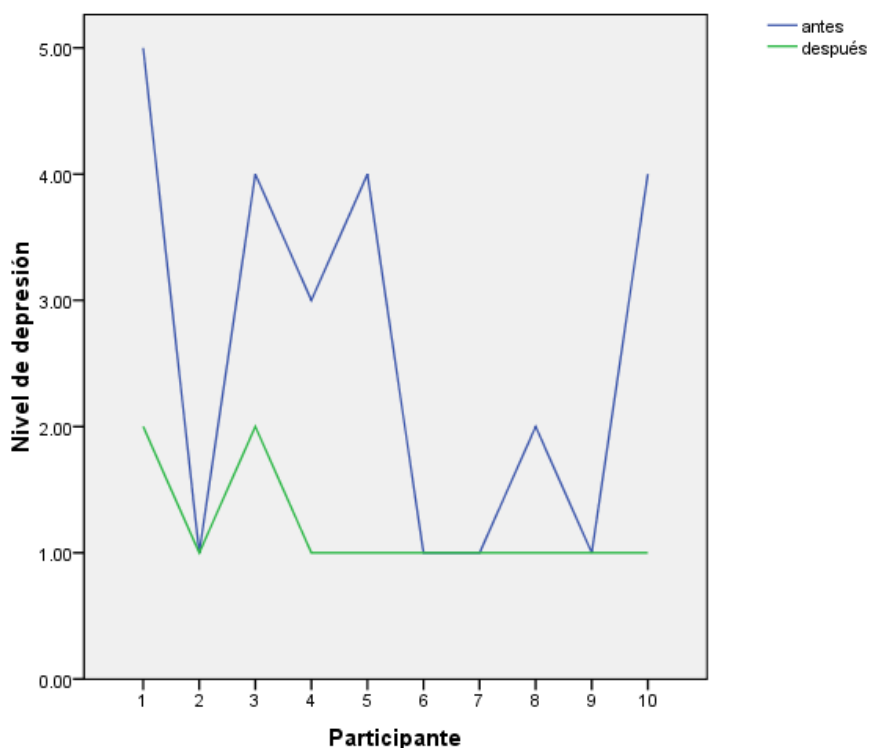


Figura 10. Comparación de los niveles de depresión de cada participante obtenidos en el pre-test y post-test del Test de Depresión de Beck.

Figura 10. Señala los niveles de depresión de cada sujeto en el pre-test y en el post-test del Test de Depresión de Beck como una forma de comparación. Es importante señalar que todos los participantes bajaron su puntuación total durante el taller, mostrándose evidencia de esto en la comparación de resultados debido al impacto que el proceso grupal generó en este rubro.

Como se muestra, el participante 1 se encontraba en el mayor nivel de depresión, es decir, depresión extrema y logró bajarlo notablemente hasta el nivel correspondiente a leve perturbación en el estado de ánimo. En cuanto a los participantes 2, 6, 7 y 9, es importante señalar que desde un inicio se encontraban en el nivel 1, el cual se asocia con altibajos normales en el estado de ánimo, y aunque se mantuvieron en el mismo nivel, sus puntuaciones disminuyeron. En relación al participante 3 se identifica que presentaba en un inicio depresión moderada, logrando avanzar y llegar a leves perturbaciones en el estado de ánimo. Asimismo, el participante 10 tenía depresión moderada, sin embargo destaca su avance ya que logró pasar al nivel 1 que se asocia con altibajos normales en el estado de ánimo. El integrante 4 presentaba depresión intermitente al inicio, así como el participante 5 tenía depresión moderada y la persona 8 presentaba leves perturbaciones en el estado de ánimo, sin embargo todos ellos disminuyeron hasta el nivel 1 que corresponde a altibajos normales en el estado de ánimo.

De los 3 participantes que abandonaron el proceso grupal uno presentaba leve perturbaciones en el estado de ánimo y 2 presentaban depresión intermitente y moderada respectivamente.



## Impacto del Proceso Grupal: (Cuestionario Impacto del Proceso Grupal)

Figura 11. Resultados del impacto del proceso grupal

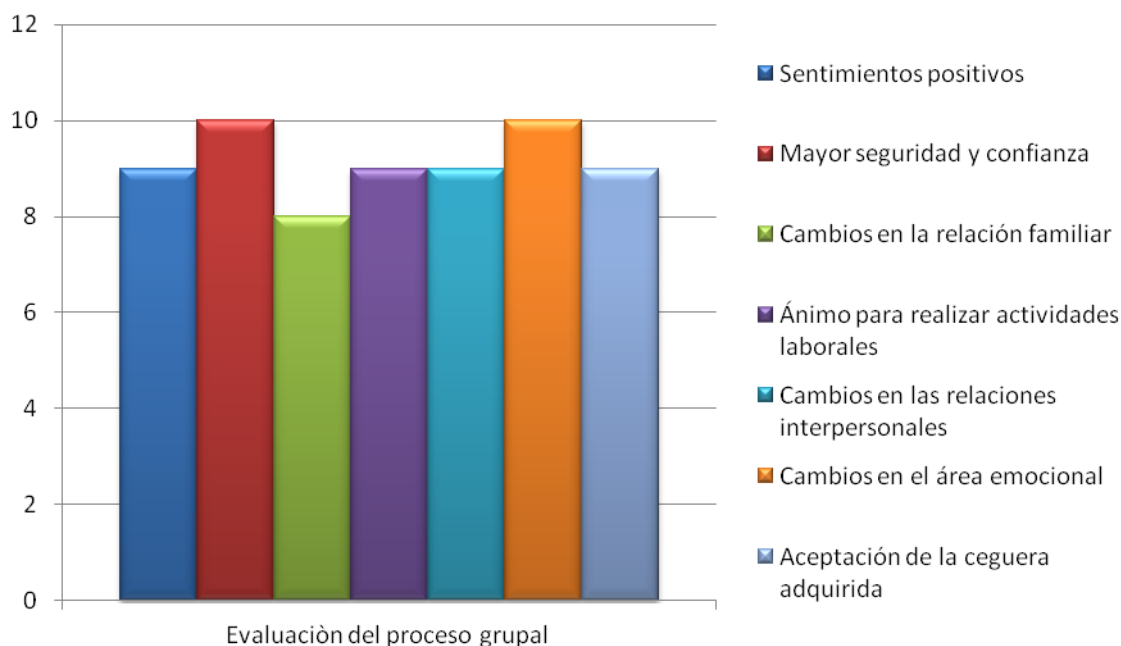


Figura 11. Resultados de mayor relevancia debido al impacto del proceso grupal

Figura 11. Muestra las áreas en las que hubo un mayor impacto posterior al taller “Volver a Na-Ser”. Como se puede observar todos los participantes mencionaron tener mayor seguridad y confianza en sí mismos, además de presentar cambios significativos en el área emocional. En 9 de los 10 participantes, diferentes esferas de su vida se ven positivamente influenciadas, entre las que se encuentran el frecuentemente presentar sentimientos positivos, cambios en las relaciones interpersonales y actividades sociales y laborales. Es importante señalar que 9 de las 10 personas consideran haber logrado una mayor aceptación de la discapacidad visual adquirida, mencionando uno encontrarse en el proceso. Además, 8 personas percibieron cambios benéficos en la relación con sus familiares.

Figura 12. Impacto del Proceso Grupal en la Aceptación de la Ceguera Adquirida

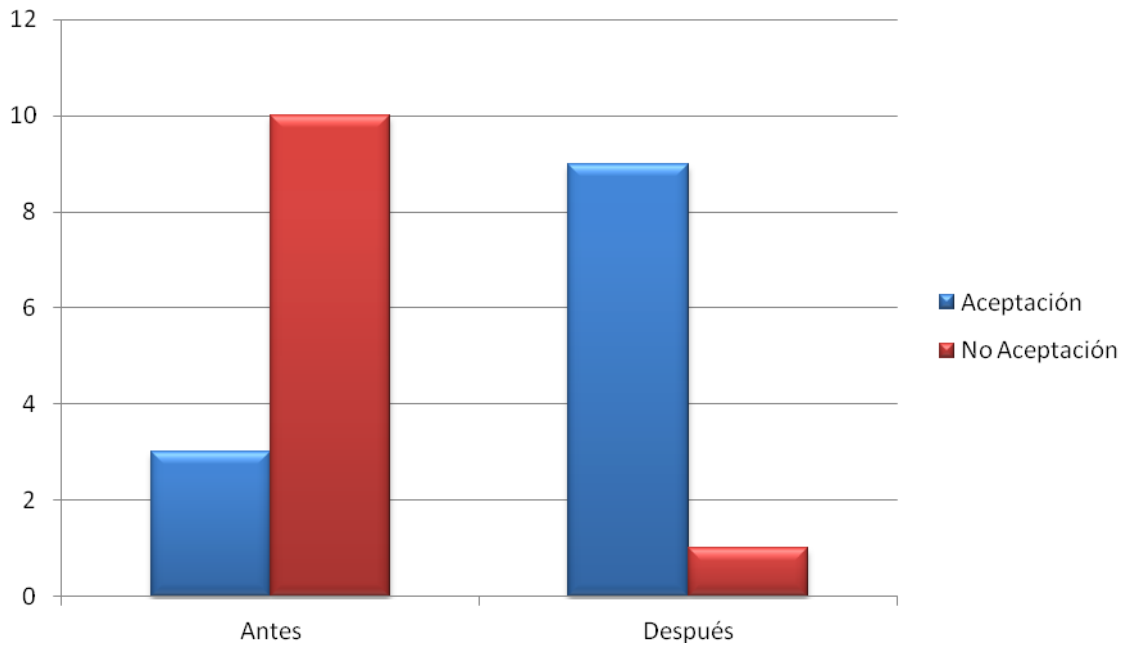


Figura 12. Comparación en relación a la aceptación de la ceguera adquirida antes y después del proceso grupal.

Como se puede observar en la figura 12, en relación a la aceptación de la ceguera adquirida, se identifica que 10 personas no lo hacían y 3 mencionaron aceptarla, sin embargo, después del taller, los resultados cambian significativamente, ya que 9 personas identificaron que sí aceptaban su condición y solamente 1 mencionó encontrarse en el proceso. Es evidente el impacto que tiene el proceso grupal en las diferentes esferas de la vida, permitiendo así una mejoría en la calidad de la misma, disminuyendo los niveles de ansiedad y depresión y logrando así la aceptación de la ceguera adquirida en la gran mayoría de las personas después de haber participado en el mismo.

## **VIII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

A continuación se plantean a forma de discusión los resultados obtenidos en la presente investigación en relación con las opiniones de distintos autores que han aportado en torno al tema de la discapacidad visual.

Según lo estipulado en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2008), se busca proteger los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad, promoviendo la igualdad de oportunidades en los ámbitos: civil, político, económico, social y cultural tanto en países en desarrollo como en los desarrollados. La realidad en nuestro país es que a pesar de que existen instituciones de y para personas con discapacidad éstas son escasas, además de no ser accesibles a todas las personas que presentan dicha condición. Asimismo se identifica un rezago social inmenso ya que en el taller los participantes mencionaron no sentirse apoyados por la sociedad en general, aislándose por completo e incluso sintiéndose discriminados, lo que les ha impedido seguir desarrollándose en las actividades que eran primordiales en su vida y a las que todos deberían tener derecho como la educación o un trabajo digno.

El CONADIS (2009) tiene como meta alcanzar en México la inclusión de las personas con discapacidad en todos los ámbitos de la vida. En esta investigación consideramos que es inminente tomar en cuenta el aspecto emocional de la vida de las personas con discapacidad, ya que si ellos mismos logran la aceptación de su condición, se podrá impactar favorablemente en otras áreas como la social, laboral y familiar entre otras, y de esta forma crear conciencia en torno al tema. Si bien en México existen 988 asociaciones que atienden personas con discapacidad, únicamente la tercera parte de éstas brinda atención psicológica, y se identifica que además, el 50% tiene como problemática principal la falta de recursos, entre los que se encuentra la falta de personal, así como la falta de capacitación del mismo. (INEGI, 2004). Por tal motivo, se identifica que aún en aquellas instituciones que se brinda atención psicológica, no siempre se hace de manera correcta. A través de la investigación se detectó que a pesar de que las personas con ceguera adquirida atravesaban un proceso de rehabilitación, el cual no sólo constaba de psicoterapia individual, sino además grupal, no se lograba avanzar en la aceptación de su condición,

quedándose rezagado el aspecto emocional. Estos factores fueron determinantes para que la mayoría de los participantes abandonaran dicho tratamiento.

Es necesario que el personal a cargo de rehabilitar el área emocional, más allá de los recursos con los cuenta, se encuentra altamente capacitado y calificado para realizar adecuadamente esta labor. Es decir, no sólo basta con conocer, sino entender la dinámica por la que atraviesa la persona que acaba de perder la visión, con el fin aplicar las técnicas adecuadas y brindar los elementos necesarios para el manejo de los conflictos que se presenten a lo largo del tratamiento, además de poder detectar los obstáculos que impiden la resolución del duelo. De no ser así, dichos obstáculos seguirán aumentando y la aceptación de la discapacidad será más difícil de conseguir.

En relación a los obstáculos, Opegard en 1984, afirmó que la deficiencia visual está asociada con la depresión, pero únicamente en las personas que presentaban un bajo nivel de apoyo social. Sin embargo, se identifica que no sólo las personas que tienen un bajo nivel de apoyo se encuentran deprimidas, sino que también lo están aquellas que cuentan con altos niveles del mismo, es decir, sobreprotección. Este es un factor que también influye para que presenten sentimientos depresivos, pues se hacen dependientes y poco autosuficientes. De esta manera Díaz (2008), refiere que un exceso de apoyo en este tipo de población influye para que logren ser menos independientes. Esto se debe a la falta de información tanto en las personas que atraviesan por una pérdida, como en sus familiares, pues no saben cómo manejar este estado de crisis. Aunado a esto, se determina que al encontrarse inmersos en esta condición, se generan altos niveles de ansiedad debido a que continuamente viven en incertidumbre al no poder ver que es lo que sucede a su alrededor. Lo que concuerda con el planteamiento de Blasch, Wiener y Welsh, quienes en 1977 determinaron que la ceguera y sus consecuencias resultan ser estresantes y generadoras de ansiedad. Por lo tanto, las personas con discapacidad visual en las que no se aborda el área emocional presentan alteraciones en sus niveles de ansiedad y depresión.

Cravzoff, Hermida, y D'Andreis (s/f), observaron que las personas que padecen problemas visuales tienen una dificultad duradera para poder aceptar el tratamiento, además de mostrarse retraídas, sumisas, aisladas, o resignadas ante la situación por la que están pasando. Lo anterior coincide con la población atendida, ya que a pesar de estar en

rehabilitación no percibían avances o mejoría debido a dos factores que concuerdan con la Teoría de Pichón Riviere, miedo a la pérdida, por aferrarse al estilo de vida que llevaban anteriormente y miedo al ataque, al no contar con los elementos necesarios para enfrentar la situación por la que se atraviesa. Es importante considerar que además de atravesar por lo anteriormente mencionado, también se ven afectadas las relaciones sociales y familiares, planes, expectativas y autoestima, pues como menciona Vigotsky (1924-1928), cualquier tipo de discapacidad influye en las relaciones personales.

Así, se identifica la importancia de atender el área emocional con el objetivo de lograr la elaboración del duelo, lo que conllevará no sólo a la aceptación de la discapacidad, sino el impacto positivo en diversas áreas como la familiar, social, laboral, entre otras y generará una mejora significativa en la calidad de vida. Sin embargo, es necesario tomar en cuenta lo que menciona Jiménez (2000) en torno a la elaboración del duelo, es decir, que implica una tarea dolorosa, pero la mala elaboración de éste representa la entrada a un trastorno psicossomático y puede generar condiciones emocionales precarias para los futuros e inevitables duelos que la vida proporcionará. Siguiendo esta idea, De Luca, (s/f) sostiene que cuando una persona sufre una discapacidad, lo primero que se le debe sugerir es realizar el duelo correspondiente a toda pérdida. Luego de ese período de tiempo (que se ajusta a cada persona y a cada necesidad) le seguirá la etapa de ponerse nuevamente de pie.

Se observa que al no conocer el significado del duelo, e ignorar que existe una forma para superar el dolor, es posible que se generen daños emocionales. Por su parte O'Connor (2004), afirma que el duelo es un estado de intranquilidad incómodo y doloroso, pero que si no se experimenta, si se reprime o niega y se interioriza, puede conducir a una seria enfermedad física y emocional. Dicha idea se confirma con la situación que vivieron la mayoría de los participantes, pues al desconocer el significado de la palabra duelo, automáticamente se ignoraba que existiera una forma de trabajar y superar ese dolor, por lo que emergían los obstáculos psicosociales que les impedían resolver el proceso y llegar a la aceptación de su discapacidad.

Kubler- Ross afirma que la aceptación suele confundirse con la noción de sentirse bien o estar de acuerdo con lo que ha pasado, pero la verdadera definición de la aceptación tiene

que ver con el hecho de aceptar la realidad actual. A través del proceso grupal se corrobora dicha afirmación, ya que se logró que al contar con los elementos psicosociales, los participantes aceptaran su condición actual y su nueva realidad, aun sin estar de acuerdo con lo que les había sucedido. La mayoría de las personas reportaron tener cambios significativos en diferentes áreas de su vida, sintiéndose con mayor seguridad y confianza, lo que posibilita que la rehabilitación se concluya en menor tiempo. De esta manera, se comprueba lo que afirmó Keinsschmidt en 1999, es decir, que las personas que se perciben capaces para controlar las consecuencias de la deficiencia visual presentan menor sintomatología depresiva y mejor satisfacción en la vida respecto a los que no presentan estas creencias.

## IX. CONCLUSIONES

Es necesario considerar que ante cualquier tipo de pérdida se presentan distintos tipos de obstáculos que impiden e imposibilitan elaborar un proceso de duelo y por la tanto, llegar a la aceptación de dicha situación. Se entiende por obstáculo aquello que hace difícil y en ocasiones imposible la realización de algo, por lo que muchas personas le atribuyen a éstos, una connotación negativa debido a que obstruye o retrasa una acción o situación deseada. Sin embargo, la frustración que estos generan, debe interpretarse como algo natural y positivo que posibilita el crecimiento y evolución del ser humano, siempre y cuando sean identificados y atendidos con el fin de llegar a su resolución. Pero, ¿qué sucede cuando existe una negación u omisión ante los mismos? Se concibe como un problema grave, ante el cual, el ser humano se resigna a vivir, interfiriendo y afectando diferentes áreas de su vida.

A través de la presente investigación se identifica que las personas con discapacidad visual adquirida se enfrentan a dos tipos de obstáculos: los psicológicos y los sociales. Los psicológicos se refieren a aquellos que impiden el desarrollo personal en base al pensamiento, sentimientos y emociones, afectando así la autoconcepción. Son inconscientes y generalmente actúan juntos, por lo que si uno se resuelve da pie a que se avance en los demás. Los obstáculos psicológicos que presentan las personas con ceguera adquirida son: sentimientos de depresión, depresión ante el cambio vivido, sentimientos negativos presentados frecuentemente, deseos de cambiar aspectos de la personalidad, proceso de duelo no vivido y la no aceptación de la ceguera.

Los obstáculos sociales son aquellos que se generan en base a la interacción con los demás, son conscientes e interfieren en la vida personal. Se identifica que las personas con discapacidad visual presentan los siguientes obstáculos sociales: rechazo laboral e institucional impidiendo el desarrollo de planes y expectativas y rechazo social que dificulta las relaciones interpersonales y familiares.

Es necesario realizar un diagnóstico de las principales necesidades que existen en las diferentes esferas de la vida como lo son el área emocional, familiar, laboral y social a

través del análisis de los obstáculos presentados en las mismas, lo que permite generar estrategias para brindar los elementos psicosociales que impactarán en la resolución del duelo.

Los elementos psicológicos que permiten vencer los obstáculos relacionados al área emocional son los siguientes: conocer el significado del duelo y las etapas que lo conforman, habilidades de comunicación entre las que encuentran escucha activa y empatía, manejo de pérdida, enfrentamiento de crisis, manejo de emociones, autoconcepto, asertividad, resolución de conflictos, afrontamiento de la realidad, re-significación de su historia, motivación, toma de decisiones, autorregulación y autonomía.

En cuanto a los elementos sociales abordados para vencer los obstáculos de dicha área, se encuentran los siguientes: sentido de pertenencia, integración al grupo, identificación y empatía hacia el otro, visión social de la discapacidad, relaciones interpersonales, límites, reconocimiento del apoyo social, reconocimiento del proceso de cambio en la familia, reconocimiento social y sentido de trascendencia.

La metodología adecuada y efectiva para abordar la elaboración del proceso de duelo en personas con discapacidad visual adquirida es la investigación-acción, ya que de forma simultánea se logra el autoconocimiento y así cambios sociales. Por lo tanto, el proceso grupal es un factor clave y efectivo que permite brindar los elementos psicosociales mencionados ya que las condiciones se optimizan a través de la propia conciencia y reflexión, dentro de una sociedad. Al abordar el proceso grupal, a través de un taller bajo los lineamientos de la teoría de los grupos operativos de Pichón Riviere se logra un aprendizaje responsable y autónomo a través de la aprehensión de la realidad.

Al trabajar los elementos psicosociales se impacta en el estado emocional, logrando la disminución de los niveles de ansiedad y depresión, permitiendo mejoras en la calidad de vida e impactando en la rehabilitación. Por este motivo, es de suma importancia atender el estado emocional de las personas con discapacidad.



La labor del psicólogo no sólo debe quedarse en detectar cuáles son los problemas o en dar un diagnóstico, sino que es parte de su deber intervenir y brindar un tratamiento óptimo. Los profesionales en el área de la salud deben aplicar el conocimiento y ética para atender situaciones sociales que lo requieran y que a pesar de ser importantes, en la mayoría de los casos no son tomadas en cuenta. Es un hecho que en México gran parte de las instituciones de y para personas con discapacidad no atienden el área emocional y sin embargo, aquellas que lo hacen, generalmente no cuentan con los recursos humanos y materiales para esto. Se determina que si bien existe falta de tiempo, personal o espacio, el factor primordial es realmente atender el área emocional a través del conocimiento y las estrategias adecuadas para vencer así los obstáculos que existen ante la pérdida. A través de esta investigación se brinda una estrategia novedosa para las instituciones que atienden personas con discapacidad visual, con el fin de que exista una rehabilitación integral y se facilite el proceso para llegar a la aceptación la ceguera.

Se concluye que abordar el área emocional debe ser antecesor a cualquier programa de rehabilitación.

## X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- American Psychological Association (2010). *Manual de Publicaciones de la APA. Versión abreviada*. 2ª ed. México: El Manual Moderno
- Arabian, M. (2010). *Conadis, por la plena inclusión de las personas con discapacidad*. (Boletín 61). Recuperado de [http://conadis.salud.gob.mx/interior/sala\\_de\\_prensa/anteriores/061-100808-plena-inclusion-pcd.html](http://conadis.salud.gob.mx/interior/sala_de_prensa/anteriores/061-100808-plena-inclusion-pcd.html)
- Asociación Española. Centro de Reconocimiento de Conductores. (2011). *Inventario de Depresión de Beck. Beck Depression Inventory (BDI) y col., 1961*. Recuperado de <http://centros-psicotecnicos.es/ansiedad-depresion/inventario-depresion-de-beck/gmx-niv55-con139.htm>
- Barrera, J. (2008). *El trabajo de duelo*.  
Recuperado de <http://www.psicoactiva.com/arti/default.asp?id=42&dp=0>
- Braslavsky, B. (1999). El ciego en la teoría de Vigotsky. *Dossier Discapacidad visual hoy, aportes sobre la visión diferenciada*. (p.18).  
Recuperado de [http://juntadeandalucia.es/averroes/~29601690/interedvisul/psicologia\\_y\\_dv.htm](http://juntadeandalucia.es/averroes/~29601690/interedvisul/psicologia_y_dv.htm)
- Cabanillas, G., Dotto, A., Libsfrant, N., Zabala, G. (2003). *El aspecto social de la integración escolar de niños con discapacidad visual: interacciones*. Recuperado de <http://www.monografias.com/trabajos14/discapacvisual/discapacvisual.shtml>
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2005). *Ley general de las personas con discapacidad*. Recuperado de <http://www.conadis.salud.gob.mx/descargas/pdf/leypersonasdiscapacidad.pdf>
- Cartagena, J. y Cares, C. (2005). *Como enfrenta la familia la discapacidad de su hijo*. Recuperado de <http://tiflologia.blogspot.com/2005/10/como-enfrenta-la-familia-la.html>
- Cravzoff, E., Hermida, O., y D'Andreis, Y. (s/f), *Abordaje investigativo de la relación ceguera, depresión y hemodiálisis, un aporte para mejorar la calidad de vida en pacientes ciegos dializados*. Recuperado de [http://www.seden.org/files/art436\\_1.pdf](http://www.seden.org/files/art436_1.pdf)
- De Luca, N. (s/f). *Discapacidad y calidad de vida*. Recuperado de [http://www.lazarum.com/2/articulos/articulos\\_ver.php?idarticulo=56](http://www.lazarum.com/2/articulos/articulos_ver.php?idarticulo=56)
- Díaz, P. (2008, Diciembre). *Discapacidad visual y autonomía: las posibilidades de los adultos mayores*. Integración Revista sobre ceguera y deficiencia visual, (pp. 23-66).  
Recuperado de <http://www.once.es/home.cfm?id=351>

- Dollenz, E., (2003). Duelo normal y patológico. Consideraciones para el trabajo en atención primaria de salud. Recuperado de [www.psiquiatriasur.cl/.../1\\_duelo\\_normal\\_y\\_patologico\\_en\\_aps.doc](http://www.psiquiatriasur.cl/.../1_duelo_normal_y_patologico_en_aps.doc)
- Egea y Sarabia. (2001). Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. *Murcia Notas y artículos*. Recuperado de <http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/art/ClasificacionesOMSDiscapacidad.pdf>
- Freud, S. (1915). *Duelo y Melancolía*. (p.3). Recuperado de [www.informatica.com.ar](http://www.informatica.com.ar)
- Fitz, M. (2007). *Crece la inserción laboral de personas con discapacidad*. Recuperado de <http://edant.clarin.com/suplementos/economico/2007/02/11/n-01401.htm>
- Gago, G. (s/f). *Consulta de psicología de gloria gago*. Recuperado de <http://www.gloriagago.es/duelo-patologico>
- García, A. (s/f). *Discriminación por discapacidad*. Recuperado de <http://www.eduquemosenlared.com/es/index.php/educacion-sociedad/103-discriminacion-discapacidad>
- Gray, D. y Crespo, S. (s/f). *Ayudemos al niño disminuido visual a aceptar sus limitaciones*. Recuperado de [http://www.juntadeandalucia.es/averroes/~29601690/interedvisual/ftp/ayudemos\\_ndv\\_limitaciones.htm](http://www.juntadeandalucia.es/averroes/~29601690/interedvisual/ftp/ayudemos_ndv_limitaciones.htm)
- Instituto Nacional De Estadística y Geografía e Informática. (2004). *Las personas con discapacidad en México: una visión censal*. México
- Instituto Nacional De Estadística y Geografía e Informática. (2007). *Directorio Nacional de asociaciones de y para personas con discapacidad*. Recuperado de [http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/registros/sociales/dir\\_discapacidad.pdf](http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/registros/sociales/dir_discapacidad.pdf)
- Instituto Nacional De Estadística y Geografía e Informática. (2010). *Censos y conteos de población y vivienda: Censo General de Población y Vivienda 2000*. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/consulta.asp?p=14048&c=10252&s=est#>
- Jara, S. y Ornstein, C. (2008). *El proceso de duelo y estrategias de manejo*. Recuperado de <https://www.ucursos.cl/medicina/2007/2/MPSIMED2/3/.../9548>
- Jimenez, L. (s/f). *La imagen social de la discapacidad*. Recuperado de <http://usuarios.discapnet.es/ajimenez/imagen/imagen-social.htm>
- Jimenez, N. (2007). *El duelo*. *Asociación Española de Enfermería Clínica*. (p.7). Recuperado de <http://www.psycoactiva.com/arti/articulo.asp?SiteIdNo=162>

- Kübler-Ross, E. y Kessler, D. (2001) *Sobre el duelo y el dolor*. (pp.23-39). Barcelona: Luciérnaga
- López, A., Iturralde, F., Clerencia, M., Galindo, J., *Asociación internacional para el estudio del dolor*. (p.721). Recuperado de [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-doc/dolor\\_1.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-doc/dolor_1.pdf)
- Marín, E. (2007). *Conversaciones entre la familia y el equipo terapéutico en la discapacidad adquirida*.  
Recuperado de [http://portales.puj.edu.co/psicorevista/components/com\\_joomlib/ebooks/PS11-9.pdf](http://portales.puj.edu.co/psicorevista/components/com_joomlib/ebooks/PS11-9.pdf)
- Martin, L. (s/f). *Discapacidad y familia: Mitos y Realidades*. Recuperado de [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/mitos\\_y\\_realidades.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/mitos_y_realidades.pdf)
- Naciones Unidas. (2010). *La Discapacidad y el Sistema de las Naciones Unidas*. Recuperado de <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=549>
- O'Connor, N. (2004). *Déjalos ir con amor: La aceptación del duelo*. (pp.23-37, 121-163) México: Trillas
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud*. Suiza
- Organización Mundial de la Salud (2005). *RBC Estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad. Documento de posición conjunta 2004*. Suiza
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Discapacidades*. Recuperado de <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2011). *10 Datos sobre la Discapacidad*. Recuperado de <http://www.who.int/features/factfiles/disability/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2011). *Ceguera y Discapacidad Visual*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2011). *Informe mundial sobre la discapacidad*. Recuperado de [http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/es/index.html](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/index.html)
- Organización de las Naciones Unidas. (2008). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. Recuperado de <http://www2.ohchr.org/spanish/law/disabilities-convention.htm>
- Palacios, A. (2008). *El modelo social de la discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. España

- Pérez, A. (2010). *Discapacidad adquirida*. Recuperado de <http://ana-cecilia-perez.suite101.net/discapacidad-adquirida-a21059>
- Pitlevnik M. (1999). *Rehabilitación y psicoanálisis. Dossier. Discapacidad visual hoy, aportes sobre la visión diferenciada*.  
Recuperado de [http://www.juntadeandalucia.es/averroes/~29601690/interedvisual/psicologia\\_y\\_dv.htm](http://www.juntadeandalucia.es/averroes/~29601690/interedvisual/psicologia_y_dv.htm)
- Polanco, A. (s/f). *La igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad en la sociedad dominicana*.  
Recuperado de <http://www.monografias.com/trabajos5/perdisc/perdisc.shtml>
- Psicoanálisis y Psicología. (2011). *Escala de Ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS)*. Recuperado de <http://psicopsi.com/Escala-de-ansiedad-de-Hamilton-Hamilton-Anxiety-Scale-HAS>
- Sánchez, P. (2006). *Discapacidad familia y logro escolar. Revista Iberoamericana de educación. (p.1)* Recuperado de <http://www.rieoei.org/deloslectores/1538Escobedo.pdf>
- Secretaría de Salud y Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad. (2009). *Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad 2009-2012*. México.
- Tamayo, M. (1984) *El proceso de la Investigación Científica. (pp. 60-61)* México: Limusa
- Tapia, I. (2002) *Psicología de la cieguera*. Recuperado de [http://www.integrando.org.ar/datosdeinteres/it\\_psicologia\\_cieguera.htm](http://www.integrando.org.ar/datosdeinteres/it_psicologia_cieguera.htm)
- Tapia, I. (2006). *Psicología de la cieguera*.  
Recuperado de <http://tiflologia.blogspot.com/search/label/Cieguera%20en%20General>
- Urries, J, (s/f). *Inserción laboral de personas con discapacidad*. Recuperado de <http://campus.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/insercion.htm>
- Verdugo, M. (2005). *Personas con discapacidad, perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras. (p.1)* España: Siglo XXI.

## **XI. ANEXOS**

### **A. CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Santa María la Ribera, México D.F. a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ he sido informado(a) completamente del taller “Volver a Nacer” que se realizará en el Comité Internacional ProCiegos I.A.P. y por lo tanto acepto participar voluntariamente en la realización de éste, así como en la aplicación de distintas pruebas psicológicas que tienen como objetivo evaluar mi estado emocional, así como el proceso de rehabilitación en el CIPC durante el tiempo que llevo en el mismo.

Estoy consciente de que al participar en dicho taller contaré con algunos beneficios que radican en encontrar las estrategias y herramientas necesarias que mejorarán mi estado emocional y por lo tanto el proceso de mi rehabilitación. Además seré informado de los resultados de las pruebas presentadas antes y después del taller. Así mismo entiendo que mi participación en el taller no conlleva riesgo alguno para mí.

Se me ha explicado que mi participación en el taller será únicamente los días viernes a partir del 01 de octubre y hasta el 12 de noviembre, es decir un mes y medio, aproximadamente de dos a tres horas por sesión, por lo que me comprometo a no faltar a menos que se me presente alguna situación personal, ante lo cual daré aviso a las coordinadoras del taller.

Entiendo que podré hacer preguntas sobre el proyecto si así lo deseo y que si por alguna circunstancia no llego a sentirme cómodo (a) en el taller podré desistir del mismo sin que mi decisión genere prejuicio alguno.

Reconozco que los resultados recabados en el taller son confidenciales y no serán utilizados sin mi consentimiento para ningún otro propósito.

Autorizo mi participación en este taller y estoy consciente de que la realización del mismo estará a cargo de Abigail de Ávila Cortés y Roxana Morales Ainslie y supervisada por la Lic. Ma. Estela Flores Ortiz quien es profesora de la Universidad Latinoamericana.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del participante en el taller

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de las coordinadoras del taller

## B. CARTA INFORMATIVA

Santa María la Ribera, México D.F. a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Como parte de la formación del psicólogo es necesario realizar un proyecto de investigación, en este caso se realiza el proyecto llamado “El proceso de duelo y aceptación en la ceguera adquirida”, el cual se llevará a cabo a través del taller “Volver a Nacer”. Por lo tanto es necesaria la evaluación del estado emocional, así como del proceso de rehabilitación de los participantes del taller a través de la aplicación de distintas pruebas psicológicas, entre las que se encuentran: La Escala de Hamilton para Ansiedad, El Inventario de Depresión de Beck y el Cuestionario para conocer acerca del proceso de Rehabilitación.

El beneficio de la aplicación de estas, radica en conocer la situación emocional de las personas con ceguera adquirida que desean entrar al taller con el fin de brindar a través del mismo, las estrategias y herramientas necesarias para que mejoren en su estado emocional logrando una mayor aceptación de la discapacidad y por lo tanto incidir positivamente en su proceso de rehabilitación.

Así mismo se da a conocer que la participación en el taller “Volver a Nacer” así como la aplicación de las pruebas es de manera voluntaria y si en algún momento el participante desea abandonarlo o hacer preguntas sobre el mismo su decisión será respetada.

La participación en el taller y en la aplicación de pruebas no conlleva riesgo alguno. La aplicación de las pruebas tiene una duración aproximada de 1 hora y los resultados de las pruebas presentadas antes y después del taller serán entregados a los participantes del mismo. El taller se llevará a cabo los días viernes a partir del 01 de octubre y hasta el 12 de noviembre, es decir un mes y medio, aproximadamente de dos a tres horas por sesión. Los participantes se comprometen a asistir a todas las sesiones, a menos que se les presente alguna situación personal, ante lo cual darán aviso a las coordinadoras del taller.

La realización del taller y la aplicación de pruebas psicológicas estará a cargo de las alumnas Abigail de Ávila Cortés y Roxana Morales Ainslie de 9° semestre de la licenciatura de Psicología cuyas matrículas son 198732 y 198702 respectivamente, y supervisada por la Lic. Ma. Estela Flores Ortiz de la Universidad Latinoamericana Campus Norte, a quienes se les puede contactar de la siguiente forma:

Abigail De Ávila Cortes  
Teléfono celular: 5538903563

Roxana Morales Ainslie  
Teléfono celular: 554135069

## C. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

### 1. CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL PROCESO DE DUELO

**Nombre:**

**Fecha:**

**Edad:**

**Tiempo de rehabilitación en el CIPC:**

**Dx oftalmológico:**

**Instrucciones:** favor de responder las siguientes preguntas lo más sinceramente posible. Te recordamos que no hay respuestas buenas ni malas.

1. Brevemente descríbeme cómo fue que perdiste la vista.
2. ¿Cómo te sentiste ante esa situación?
3. Al perder la vista, ¿qué otras cosas consideras haber perdido?
4. Hoy en día ¿cómo te sientes?
5. ¿Te gustaría cambiar algún aspecto de tu vida? ¿Cuál (es)?
6. ¿Cuáles son las materias que tomas para llevar acabo tu rehabilitación?
7. ¿Cuáles son las que ya acreditaste?
8. ¿Qué materias te falta pasar?
9. ¿Alguna de estas se te ha dificultado?, ¿a qué crees que se deba?
10. ¿Consideras que tu proceso de rehabilitación ha sido favorable en relación al tiempo que llevas en el CIPC?
11. Si el tiempo de tu rehabilitación ha sido (avanzado/lento) ¿a qué crees que se deba?
12. Explica brevemente ¿cómo viviste el proceso de cambio cuando perdiste la visión?
13. ¿Crees que viviste un proceso de duelo?
14. ¿Cuáles son los sentimientos que se presentan con más frecuencia en tu vida diaria?
15. ¿Consideras que aceptas tu discapacidad visual?
16. ¿Por qué quieres entrar al taller “Volver Nacer”?
17. ¿Qué es lo que esperas de este taller?



## 2. ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

### Escala de Ansiedad de Hamilton

Nombre del paciente:

Fecha de evaluación

Ficha clínica:

**1** **Se refiere a la condición de incertidumbre ante el futuro que varía y se expresa desde con preocupación, inseguridad, irritabilidad, aprensión hasta con terror sobrecogedor.** Puntaje

**Ansiedad**

- 0** El paciente no está ni más ni menos inseguro o irritable que lo usual
- 1** Es dudoso si el paciente se encuentre más inseguro o irritable que lo usual
- 2** El paciente expresa claramente un estado de ansiedad, aprensión o irritabilidad, que puede ser difícil de controlar. Sin embargo, no interfiere en la vida del paciente, porque sus preocupaciones se refieren a asuntos menores.
- 3** La ansiedad o inseguridad son a veces más difíciles de controlar, porque la preocupación se refiere a lesiones o daños mayores que pueden ocurrir en el futuro. Ej: la ansiedad puede experimentarse como pánico o pavor sobrecogedor. Ocasionalmente ha interferido con la vida diaria del paciente.
- 4** La sensación de pavor está presente con tal frecuencia que interfiere notablemente con la vida cotidiana del paciente.

Puntaje

**2** **Este ítem incluye la incapacidad de relajación, nerviosismo, tensión corporal, temblor y fatiga.**

**Tensión**

- 0** El paciente no está ni más ni menos tenso que lo usual
- 1** El paciente refiere estar algo más nerviosos y tenso de lo usual
- 2** El paciente expresa claramente ser incapaz de relajarse, tener demasiada inquietud interna difícil de controlar, pero que no interfiere con su vida cotidiana.
- 3** La inquietud interna y el nerviosismo son tan intensos o frecuentes que ocasionalmente han interferido con el trabajo cotidiano del paciente.

	4	La tensión y el nerviosismo interfieren todo el tiempo con la vida y el trabajo cotidiano del paciente	
	3	<b>Tipo de ansiedad que surge cuando el paciente se encuentra en situaciones especiales, que pueden ser espacios abiertos o cerrados, hacer fila, subir en un autobús o un tren. El paciente siente alivio evitando esas situaciones. Es importante notar en esta evaluación, si ha existido más ansiedad fóbica en el episodio presente que lo usual.</b>	Puntaje
<b>Miedo</b>		<p>0 No se encuentran presentes</p> <p>1 Presencia dudosa</p> <p>2 El paciente ha experimentado ansiedad fóbica, pero ha sido capaz de combatirla.</p> <p>3 Ha sido difícil para el paciente combatir o controlar su ansiedad fóbica, lo que ha interferido hasta cierto grado con su vida y trabajo cotidianos.</p> <p>4 La ansiedad fóbica ha interferido notablemente con la vida y el trabajo cotidiano</p>	
	4	<b>Se refiere a la experiencia subjetiva del paciente de la duración del sueño (horas de sueño en un período de 24 horas), la profundidad o ligereza del sueño, y su continuidad o discontinuidad. Nota: la administración de hipnóticos o sedantes no se tomará en cuenta.</b>	Puntaje
<b>Insomnio</b>		<p>0 Profundidad y duración del sueño usuales</p> <p>1 Es dudoso si la duración del sueño está ligeramente disminuida (ej: dificultad para conciliar el sueño), sin cambios en la profundidad del sueño.</p> <p>2 La profundidad del sueño está también disminuida, con un sueño más superficial. El sueño en general está algo trastornado.</p> <p>3 La duración y la profundidad del sueño están notablemente cambiadas. Los períodos discontinuos de sueño suman pocas horas en un período de 24 horas.</p> <p>4 Hay dificultad para evaluar la duración del sueño, ya que es tan ligero que el paciente refiere períodos cortos de adormecimiento, pero nunca sueño real.</p>	
	5	<b>Se refiere a las dificultades para concentrarse, para tomar decisiones acerca de asuntos cotidianos y alteraciones de la memoria.</b>	Puntaje
<b>Dificultades en la concentración y la memoria</b>		0 El paciente no tiene ni más ni menos dificultades que lo usual en la concentración y la memoria.	

- 1 Es dudoso si el paciente tiene dificultades en la concentración y/o memoria
- 2 Aún con esfuerzo es difícil para el paciente concentrarse en su trabajo diario de rutina.
- 3 Dificultad más pronunciada para concentrarse, en la memoria o en la toma de decisiones. Ej: tiene dificultad para leer un artículo en el periódico o ver un programa de TV completo. Se califica '3', siempre que la dificultad de concentración no influya en la entrevista.
- 4 El paciente muestra durante la entrevista dificultad para concentrarse o en la memoria, y/o toma decisiones con mucha tardanza.

**6                    Comunicación verbal y no verbal de tristeza, depresión, desaliento, inutilidad y desesperanza.**                    Puntaje

**Animo deprimido**

- 0 Animo natural
- 1 Es dudoso si el paciente está más desalentado o triste que lo usual. Ej: el paciente vagamente comenta que está más deprimido que lo usual.
- 2 El paciente está más claramente preocupado por experiencias desagradables, aunque no se siente inútil ni desesperanzado.
- 3 El paciente muestra signos no verbales claros de depresión y/o desesperanza.
- 4 El paciente enfatiza su desaliento y desesperanza y los signos no verbales dominan la entrevista, durante la cual el paciente no puede distraerse.

**7                    Incluyen debilidad, rigidez, hipersensibilidad o dolor franco de localización muscular difusa. Ej: dolor mandibular o del cuello.**

**Síntomas somáticos generales (musculares)**

- 0 No se encuentran presentes
- 1 Presencia dudosa
- 2 El paciente ha experimentado ansiedad fóbica, pero ha sido capaz de combatirla.
- 3 Ha sido difícil para el paciente combatir o controlar su ansiedad fóbica, lo que ha interferido hasta cierto grado con su vida y trabajo cotidianos.
- 4 La ansiedad fóbica ha interferido notablemente con la vida y el trabajo cotidiano.

Puntaje

**8** **Incluye aumento de la fatigabilidad y debilidad los cuales se constituyen en reales alteraciones de los sentidos. Incluye tinitus, visión borrosa, bochornos y sensación de pinchazos.** Puntaje

**Síntomas somáticos generales (sensoriales)**

- 0 No presente
- 1 Es dudoso si las molestias referidas por el paciente son mayores que lo usual.
- 2 La sensación de presión en los oídos alcanza el nivel de zumbido, en los ojos de alteraciones visuales y en la piel de pinchazo o parestesia.
- 3 Los síntomas generales interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral del paciente.
- 4 Los síntomas sensoriales generales están presentes la mayor parte del tiempo e interfiere claramente en la vida diaria y laboral del paciente.

**9** **Incluye taquicardia, palpitaciones, opresión, dolor torácico, latido de venas y arterias y sensación de desmayo.** Puntaje

**Síntomas cardiovasculares**

- 0 No presentes
- 1 Dudosamente presentes
- 2 Los síntomas están presentes pero el paciente los puede controlar.
- 3 El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas cardiovasculares, los cuales interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral
- 4 Los síntomas cardiovasculares están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente en la vida diaria y laboral del paciente.

**10** **Incluye sensaciones de constricción o de contracción en la garganta o pecho, disnea que puede llevar a sensación de atoro y respiración suspirosa..** Puntaje

**Síntomas respiratorios**

- 0 No presente
- 1 Dudosamente presente
- 2 Los síntomas respiratorios están presentes pero el paciente puede controlarlos.
- 3 El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas respiratorios, los cuales interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral de él.

- 4 Los síntomas respiratorios están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.

<b>11</b>	<b>Incluye dificultades para deglutir, sensación de "vacío en el estómago", dispepsia, ruidos intestinales audibles y diarrea.</b>	Puntaje
<b>Síntomas gastrointestinales</b>	<b>0</b> No presentes	
	<b>1</b> Dudosamente presentes (o dudoso si es distinto a las molestias habituales del paciente).	
	<b>2</b> Una o más de las molestias descritas arriba están presentes pero el paciente las puede controlar.	
	<b>3</b> El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas gastrointestinales, los cuales interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral del enfermo (tendencia a no controlar la defecación)	
	<b>4</b> Los síntomas gastrointestinales están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	

<b>12</b>	<b>Incluye síntomas no orgánicos o psíquicos tales como polaquiuria, irregularidades menstruales, anorgasmia, dispareunia, eyaculación precoz, pérdida de la erección.</b>	Puntaje
<b>Síntomas genito urinarios</b>	<b>0</b> No presentes	
	<b>1</b> Dudosamente presentes (o dudoso si es distinto de las sensaciones genito urinarias frecuentes del paciente).	
	<b>2</b> Uno o más de los síntomas mencionados están presentes, pero no interfieren con la vida diaria y laboral del presente.	
	<b>3</b> El paciente tiene frecuentemente uno o más de los síntomas genito-urinarios mencionados arriba, de tal magnitud que interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral del paciente.	
	<b>4</b> Los síntomas genito-urinarios están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	

<b>13</b>	<b>Incluye sequedad de boca, enrojecimiento facial o palidez, transpiración y mareo.</b>	Puntaje
<b>Síntomas autonómicos</b>	<b>0</b> No se encuentran presentes	
	<b>1</b> Presencia dudosa	
	<b>2</b> Una o más de las molestias autonómicas descritas más arriba están presentes pero no interfieren con la vida diaria y laboral del paciente.	

- 3 El paciente tiene frecuentemente uno o más de los síntomas autonómicos mencionados arriba, de tal magnitud que interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral del paciente.
- 4 Los síntomas autonómicos están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.

<b>14</b>	<b>Incluye comportamiento del paciente durante la entrevista. ¿Estaba el paciente tenso, nervioso, agitado, impaciente, tembloroso, pálido, hiperventilando o transpirando</b>	Puntaje
<b>Conducta durante la entrevista</b>	<b>0</b> El paciente no parece ansioso	
	<b>1</b> Es dudoso que el paciente esté ansioso	
	<b>2</b> El paciente está moderadamente ansioso	
	<b>3</b> El paciente está claramente ansioso	
	<b>4</b> El paciente está abrumado por la ansiedad. Tiritando y temblando completamente.	

### 3. TEST DE DEPRESIÓN DE BECK

#### INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI)

Instrucciones: A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Delante de cada frase marque con una cruz el círculo que mejor refleje su situación actual

1)

- No me siento triste.
- Me siento triste.
- Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello.
- Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo.

2)

- No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro.
- Me siento desanimado con respecto al futuro.
- Siento que no puedo esperar nada del futuro.
- Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.

3)

- No me siento fracasado.
- Siento que he fracasado más que la persona normal.
- Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos.
- Siento que como persona soy un fracaso completo.

4)

- Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes .
- No disfruto de las cosas como solía hacerlo.
- Ya nada me satisface realmente.
- Todo me aburre o me desagrada.

**5)**

- No siento ninguna culpa particular.
- Me siento culpable buena parte del tiempo.
- Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- Me siento culpable todo el tiempo.

**6)**

- No siento que esté siendo castigado.
- Siento que puedo estar siendo castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

**7)**

- No me siento decepcionado en mí mismo.
- Estoy decepcionado conmigo.
- Estoy harto de mí mismo.
- Me odio a mí mismo.

**8)**

- No me siento peor que otros.
- Me critico por mis debilidades o errores.
- Me culpo todo el tiempo por mis faltas.
- Me culpo por todas las cosas malas que suceden.

**9)**

- No tengo ninguna idea de matarme.
- Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo.
- Me gustaría matarme.
- Me mataría si tuviera la oportunidad.



**10)**

- No lloro más de lo habitual.
- Lloro más que antes.
- Ahora lloro todo el tiempo.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera.

**11)**

- No me irrito más ahora que antes.
- Me enojo o irrito más fácilmente ahora que antes.
- Me siento irritado todo el tiempo.
- No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.

**12)**

- No he perdido interés en otras personas.
- Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.
- He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.
- He perdido todo interés en los demás.

**13)**

- Tomo decisiones como siempre.
- Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes.
- Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.
- Ya no puedo tomar ninguna decisión.

**14)**

- No creo que me vea peor que antes.
- Me preocupa que esté pareciendo avejentado (a) o inatractivo (a).
- Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractivo (a).
- Creo que me veo horrible.

**15)**

- Puedo trabajar tan bien como antes.
- Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.
- Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.
- No puedo hacer ningún tipo de trabajo.

**16)**

- Puedo dormir tan bien como antes.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto 1 ó 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.
- Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme

**17)**

- No me canso más de lo habitual.
- Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.
- Me canso al hacer cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.

**18)**

- Mi apetito no ha variado.
- Mi apetito no es tan bueno como antes.
- Mi apetito es mucho peor que antes.
- Ya no tengo nada de apetito.

**19)**

- Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo.
- He perdido más de 2 kilos.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 6 kilos.

**20 )**

- No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual.
- Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estomago o constipación.
- Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.

**21 )**

- No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo.
- Estoy interesado por el sexo de lo solía estar.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
- He perdido por completo mi interés por el sexo.

#### 4. CUESTIONARIO: IMPACTO DEL PROCESO GRUPAL

**Nombre:**

**Fecha:**

**Instrucciones:** Favor de responder las siguientes preguntas lo más sinceramente posible.  
Te recordamos que no hay respuestas buenas ni malas.

##### EMOCIONAL

1. ¿Qué sentimientos presentabas en tu vida diaria antes de entrar al taller?
2. ¿Después de haber participado en el taller Volver a Nacer, qué sentimientos son los que más se presentan en tu vida diaria?
3. ¿Consideras que el haber tomado el taller te ayudo a lograr una mayor aceptación de tu discapacidad visual?  
Si ( ) No ( )  
¿Por qué?
4. ¿Consideras que a partir del taller hubo cambios en tu vida?  
Si ( ) No ( )  
¿Cuáles?
5. ¿Consideras que adquiriste las herramientas necesarias para salir adelante por ti mismo?
6. ¿Crees que hubo cambios en tu vida durante el taller?  
Si ( ) No ( )  
¿A qué crees que se debe?
7. ¿Sientes mayor confianza y seguridad en ti mismo?  
Si ( ) No ( )  
¿Por qué?
8. ¿Consideras que el taller incidió en tu calidad de vida?  
Si ( ) No ( )  
¿Cómo?

##### FAMILIAR

9. ¿Cómo era la relación con tu familia antes del taller?
10. ¿Consideras que hubo cambios en la relación con tu familia a partir del taller?  
Si ( ) No ( )  
¿Cuáles?

11. ¿Antes del taller te sentías apoyado por los miembros de tu familia?

12. ¿Actualmente sientes que te apoya tu familia?

Si ( ) No ( )

¿Cómo?

#### LABORAL

13. ¿Antes de entrar al taller tenías alguna ocupación laboral? ¿Cuál?

14. ¿A partir de ahora te sientes con ánimos de trabajar o realizar alguna actividad?

15. ¿Actualmente te sientes capaz de realizar algún trabajo para solventar tus gastos?

#### SOCIAL

16. ¿Antes del taller cómo era tu relación con las demás personas?

17. ¿Crees que tu relación con las demás personas cambio a partir del taller?

Si ( ) No ( )

¿Cómo?

18. ¿Te interesa salir a reuniones o convivios? \*antes

#### TALLER

19. ¿Qué significó para ti el taller de Volver a Nacer?

20. ¿Cumplió con las expectativas que tenías sobre el mismo?

21. ¿Pará que consideras que fue útil el taller?

22. ¿Qué sesión fue la que más te ayudó a lograr algún cambio en tu vida?

23. ¿Consideras que le falto algo al taller?

Si ( ) No ( )

¿Qué?

24. ¿Qué le cambiarías?

25. ¿Cambió tu perspectiva en alguna área importante de tu vida?

Si ( ) No ( )

¿Cuál?



¿Por qué?

26. ¿Consideras que con el taller nació un Nuevo Ser?

Si ( ) No ( )?

¿Por qué?

## D. TRÍPTICO DEL TALLER “VOL-VER A NA-SER”

<p><b>TALLER IMPARTIDO POR:</b></p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Abigail de Ávila Cortés</b> Tel. 55 3890 3563</li><li>• <b>Roxana Morales Ainslie</b> Tel. 55 4135 0695</li></ul> <p><i>vol Ver a na Ser</i></p>	<p><b>Comité Internacional Pro Ciegos I.A.P.</b> Salón Psicomotricidad</p> <hr/> <p>Mariano Azuela no. 218 Colonia Santa María la Ribera, México D.F. CP 06400</p> <p>Teléfonos: 5541.3488 y 5547.5167 contacto@prociegos.com www.prociegos.com</p> 	<p><i>vol Ver a na Ser</i></p> <hr/>  <p><b>“El duelo es una intensa respuesta emocional al dolor de una pérdida, pero también, el duelo es un viaje emocional, espiritual y psicológico a la curación.”</b></p> <hr/> <p><i>Elisabeth Kubler Ross</i></p>
---	---	---

## OBJETIVO

Brindar los elementos psicosociales necesarios para lograr transformar la manera en que se vive el duelo, con el fin de llegar a una mayor aceptación de la discapacidad visual y de esta forma incidir en la rehabilitación.

La pérdida más absoluta y contundente es la muerte de uno mismo, o un cambio radical en el cuerpo, como el perder la vista, ya que afecta la apariencia o la fuerza vital. El dolor psicológico que se siente es tan importante como cualquier herida física observable. El tiempo por sí solo no cura, pero la duración de los procesos del duelo ayudará a recuperar la entereza, si es que se permite experimentar y sentir lo que sea necesario para liberar aquello que perdimos y proseguir con la propia vida.

En este taller buscaremos llegar a una mayor aceptación de la ceguera a través de *VoIvER a nsSER*. De esta manera resurgirá dentro de nosotros un nuevo SER con grandes capacidades de readaptación. Ahora, esta persona será capaz de VER todo lo que el mundo le ofrece a través de experiencias gratificantes que resignificarán su proceso de vida ante la pérdida que ha atravesado.

## TEMÁTICA

- **Bienvenida**
- **Cuando se pierde la vista**
- **Manejo de la pérdida**
- **Sentimientos ante la pérdida**
- **Reparación de daños**
- **Ajuste al cambio**
- **Nacimiento de un nuevo ser**

## POBLACIÓN A LA QUE ESTÁ DIRIGIDO:

Personas únicamente con ceguera total adquirida, de sexo indistinto, mayores de 18 años, que actualmente atraviesen por un proceso de rehabilitación no menor a dos meses.

## FECHAS

Todos los viernes a partir del 01 de octubre y hasta el 12 de noviembre de 2010.

### OCTUBRE

**Viernes 1** de 10:00 a.m. a 12:00 p.m.  
**Viernes 8** de 10:00 a.m. a 1:00 p.m.  
**Viernes 15** de 10:00 a.m. a 1:00 p.m.  
**Viernes 22** de 10:00 a.m. a 12:00 p.m.  
**Viernes 29** de 10:00 a.m. a 1:00 p.m.

### NOVIEMBRE

**Viernes 5** de 10:00 a.m. a 1:00 p.m.  
**Viernes 12** de 10:00 a.m. a 1:00 p.m.

## LUGAR

Comité Internacional Pro Ciegos I.A.P.  
Salón Psicomotricidad

## **E. PROGRAMA DEL TALLER “VOL-VER A NA-SER”**

### **SESIÓN 1**

#### **BIENVENIDA**

##### **Objetivo**

- Dar la bienvenida a los participantes.
- Conocerse y presentarse ante todos los participantes del taller.
- Conocer las expectativas en torno al taller.
- Reflexionar que es lo que tenemos en común, como participantes del taller
- Especificar las reglas y encuadre del taller.

##### **TÉCNICA 1: “LAS PARTES QUE FORMAN UN TODO”**

###### **Instrucciones**

A cada participante de le repartirá un objeto, es importante que identifique que es, sin embargo, no podrá comentárselo a sus compañeros.

Se les acomodara por parejas. Con su pareja se presentarán diciendo únicamente su nombre, edad, y porque están en el taller. Al finalizar tomaran su lugar de inicio, e irán pasando uno por uno conforme sean llamados por las coordinadoras a presentarse de la siguiente manera: “Yo soy .... (y dirán el nombre del objeto) por ejemplo, “yo soy María maceta” y explicaran quien fue su pareja y porque esta en el taller. Al finalizar dejará su objeto en una mesa que en se encuentra en el centro y regresará a su lugar. Esto se realizara con cada uno de los participantes.

Cada persona al aportar su objeto estará contribuyendo para formar un todo.

###### **Materiales**

- Una maceta
- Un bolsita con tierra
- Semillas
- Una jarra con agua



- Lámpara (linterna)
- Un curita
- Un corazón de papel
- Un anillo
- planta
- Diurex

### **Tiempo**

1 hora: 25 presentación / 30 minutos armar la planta.

### **Plenaria**

Preguntas eje

1. ¿Te gusto presentarte con los demás participantes?
2. ¿Qué te llamo más la atención de lo que te contaron los participantes?
3. ¿Cómo te sentiste al ser un eslabón importante para completar un todo?
4. ¿Qué es lo que representan los elementos juntos? (\*nacimiento de una planta)?
5. ¿Relacionas esta planta con tu vida (\*ser algo nuevo, volver a nacer)?
6. ¿Te gusto la dinámica? Y ¿Qué fue lo que te gusto más?
7. ¿Estás dispuesto a vivir tu propio renacer?

## **TÉCNICA 2: “QUÉ ESPERO DEL TALLER”**

### **Instrucciones**

Todos los participantes del taller formaran un círculo y estarán parados. Bailarán al ritmo de la música y simultáneamente ir pasándose entre ellos una pelota, cuando la música para, la persona que tenga la pelota en sus manos, compartirá cuales son sus expectativas del taller y que temas le gustaría tratar. Posteriormente reanudará la música para pasar a otro compañero.

Escuchar con atención, las reglas del taller, preguntar inquietudes y aportar nuevas ideas.

### **Materiales**

- Música
- Grabadora
- Pelota

## **Tiempo**

30 minutos

## **Plenaria**

Preguntas eje

1. ¿Cuáles son tus expectativas?
2. ¿Qué esperas del taller?
3. Al escuchar a tus compañeros, consideras que sus expectativas se relacionan?
4. ¿Cuáles son los temas que te gustaría tratar?
5. ¿Existe algún tema en especial del cual no te gustaría hablar?

## **TECNICA 3: “LAS REGLAS DEL JUEGO”**

Los participantes se sentaran en su lugar para escuchar el encuadre del taller, en donde se hablará de las reglas del mismo: puntualidad, asistencias, fechas y horarios, temáticas, respeto, confianza, compromiso y confidencialidad.

### **Materiales:**

- Calendario del taller
- Tríptico
- Hojas y plumas

## **Plenaria**

Preguntas eje

1. ¿Estás de acuerdo con las reglas que se establecen el taller?
2. ¿Estas dispuesto a cumplir las reglas?
3. ¿Tienes alguna otra sugerencia para llevar a cabo en el taller?
4. ¿Consideras importante hacer un compromiso el día de hoy hacia el taller y contigo mismo?
5. ¿Tienes alguna duda?

## **Conclusión**

## SESIÓN 2

### CUANDO SE PIERDE LA VISTA

#### Objetivo

- Compartir al grupo mi experiencia, mis emociones y sentimientos en el momento de la pérdida.
- Favorecer la capacidad con la que me expreso y con la que escucho la historia de los demás.
- Entender la situación en la que me encuentro y aceptar que no soy al único al que le ha ocurrido.

#### Resumen

#### TÉCNICA 1: “LAS COTORRAS”

##### Instrucciones

El coordinador dirá: “Dividan el grupo en dos partes iguales y formen dos filas de tal manera que queden espalda con espalda, (en el caso de que los grupos no sean iguales el participante restante quedará dando la espalda en uno de los extremos de la fila)”, ya que los participantes estén listos, el coordinador dirá: “Piensen un tema de interés sobre el cual tengan muchas ganas de platicar y a la cuenta de tres todos se voltearan (quedando frente a frente) y comenzarán a platicar sin importar que el otro también hable, hasta que yo diga que paren de hablar”.

##### Material

- Ninguno

##### Tiempo

5 minutos técnica

15 minutos para plenaria

Total: 20 minutos

##### Plenaria

## Preguntas eje

1. ¿Cómo te sentiste al querer platicar o compartirle algo a tu compañero y al darte cuenta de que este únicamente hablaba de lo que le interesaba sin poner atención a los demás?
2. ¿Alcanzaste a entender o sabes que era lo que estaba diciendo tu compañero?
3. ¿Durante este ejercicio consideras que se empleó la escucha activa?
4. ¿Qué hubiera pasado si cada persona hubiera tenido un turno para hablar y decir lo que quería?
5. ¿Te identificas con la situación vivida en este ejercicio en tu vida cotidiana?
6. ¿Siempre escuchas lo que los demás tienen que decir?
7. ¿Alguna vez has querido decirle algo importante a alguien y este únicamente habla de sí mismo?

## TÉCNICA 2: “LO QUE PERDÍ”

### Instrucciones

Una vez realizada la técnica 1 (ya contando con los elementos de escucha activa) el coordinador dirá: "Nos vamos a situar en el comienzo del camino, cada persona contará como fue que perdió la vista y como vivió su pérdida, identificando que otros elementos creen haber perdido además de esta".

Todos los integrantes tendrán que contar su historia al frente del grupo, respetando el tema y a los demás compañeros. Al pasar a contar su historia, se les entregará un objeto que conservarán durante la técnica.

El orden en que pasarán será al azar y por medio de papelitos que tengan escrito el nombre de cada integrante del grupo, estos serán escogidos por cada uno de los participantes.

### Material

- Un bote o bolsita para meter los papelitos.
- Papelitos con el nombre de cada integrante del grupo.
- Una silla al frente
- 13 monedas de chocolate

### Tiempo

- 10 minutos por participante. Total: 2 horas 10 minutos
- 10 minutos para plenaria. Total: 2 horas 20 minutos

## **Plenaria**

### Preguntas eje

1. ¿Cómo te sentiste al contar lo que te sucedió?
2. ¿Cómo te sentiste al escuchar a otras personas que han pasado por lo mismo?
3. ¿Qué fue lo más difícil de expresar para ti?
4. ¿Te sentiste apoyado?
5. ¿Te sentiste escuchado?
6. ¿Te incomodó que otras personas se enteraran de tu situación?
7. ¿Qué relación encuentras entre todos tus compañeros y tu?
8. ¿Qué reflexión te deja esta actividad?

## **TÉCNICA 3: “RELAJACIÓN”**

### **Instrucciones**

Se les pedirá a los participantes que se pongan cómodos, cierren sus ojos y sigan las indicaciones del coordinador.

El coordinador dirigirá a los integrantes del grupo para llevarlos a un estado de relajación y situarlos en el presente, pidiéndoles que guarden el objeto que se les dio anteriormente (técnica 2) en una cajita que se les irá pasando. De esta forma, se relacionará el objeto (monedas de chocolate) con algo valioso (la vista) lo cual tendrán que depositar en un cofre (cajita) para que le den el valor de un tesoro y de esta forma ya no les haga daño.

### **Material**

- Una cajita
- 13 monedas de chocolate
- Música y grabadora
- Incienso

### **Tiempo**

- 10 minutos.
- 10 minutos para plenaria.

Total: 20 minutos

## **Plenaria**

### Preguntas eje

1. ¿Cómo te sentiste durante la técnica?
2. ¿Qué significó para ti dejar el objeto valioso dentro de la cajita?
3. ¿Con qué lo relacionas?
4. ¿Cómo te sientes al saber que esa cajita es un tesoro valioso?
5. ¿Estas dispuesto a dejar eso que es valioso para ti adentro del cofre?
6. ¿Qué implica esto?
7. ¿Cómo te vas el día de hoy?

### **Conclusión**

## SESIÓN 3

### SENTIMIENTOS ANTE LA PÉRDIDA

#### Objetivo

- Conocer el concepto de duelo.
- Conocer e identificar los sentimientos de las etapas del duelo.
- Ubicar en qué etapa del duelo se encuentra cada uno de los participantes e identificar cuáles son las que faltan por superar para elaborar el duelo.
- Reflexionar si es que los participantes atravesaron por un proceso de duelo.

#### Resumen

#### TÉCNICA 1: “CONOCIENDO MI CORAZÓN”

Antes de comenzar esta técnica se dará una breve explicación sobre el concepto y las etapas del duelo, así como los sentimientos que se presentan en cada una de ellas, se irá brindando la información en la medida en que los integrantes del grupo participen y brinden sus ideas.

#### Instrucciones

Se colocaran en la pared cinco corazones de papel con diferentes texturas y colores, cada uno de ellos representará una etapa del duelo y los sentimientos que en esta se presentan.

ETAPA	SENTIMIENTO	COLOR	TEXTURA
Negación	Incredulidad/confusión	Negro	Tache de pintura inflable
Ira	Enojo/culpa	Rojo	Tachuelas o clavos
Negociación	Esperanza	Azul marino	Plumas
Depresión	Tristeza	Gris	Lija
Aceptación	Tranquilidad/adecuación a la realidad	Blanco	Algodón

Cada participante pegará un papel con su nombre en el corazón que representa la etapa y los sentimientos ante los que se encuentra. Posteriormente compartirá por qué colocó su nombre en ese corazón.

Al finalizar las coordinadoras ejemplificarán con un globo como es que las cinco etapas pueden afectar de distintas formas a la persona que atraviesa por un duelo, relacionándolo con las texturas que de los corazones.

### **Materiales**

- Cinco corazones con diferentes texturas y colores.  
Negro/pintura inflable  
Rojo/tachuelas  
Azul marino/plumas  
Gris/lija  
Blanco/algodón
- Mecate
- 5 pinzas
- Diurex
- Papelito con el nombre de cada participante

### **Tiempo**

1 hora 20 minutos

### **Plenaria**

1. ¿Entiendes el significado de duelo y de las etapas del mismo?
2. ¿Consideras que al haber perdido la visión vives un proceso de duelo (probablemente sin haberte dado cuenta)?
3. ¿Por qué?
4. Ahora que conoces las etapas del duelo, ¿puedes identificar en cuál te encuentras?
5. ¿Te cuesta trabajo identificar la etapa y los sentimientos que presentas?
6. ¿Te gustaría cambiar el sentimiento que actualmente representas por otro?
7. ¿Cómo crees que lo puedes cambiar?
8. ¿Relacionas el corazón de papel, con tu corazón de verdad?



## **TÉCNICA 2: “DESHECHANDO LO DOLOROSO”**

### **Instrucciones**

Se dividirá a los participantes en 4 grupos, conformados por 3 personas (uno de los grupos estará integrado por 4 personas). A cada grupo se le entregará un paquete de crayolas que contenga los colores utilizados en la técnica anterior. (negro, azul marino, rojo, gris y blanco), Así mismo a cada participante se le brindará un rotafolio y se les dará la instrucción de que pinten con los colores que actualmente les causen daño su rotafolio.

Posteriormente todos juntos tendrán la oportunidad de deshacerse de los sentimientos que les causan daño o dolor, rompiendo su rotafolio.

### **Materiales**

- Siete rotafolios blancos (divididos en dos).
- 4 juegos de colores (gris, negro, azul marino y rojo).
- Grabadora y música

### **Tiempo**

30 minutos: 15 actividad de colorear / 5 para romper el rotafolio / 10 para plenaria.

### **Plenaria**

1. ¿Cómo te sentiste al plasmar en el rotafolio los sentimientos que te lastiman?
2. ¿Consideras que es más fácil que expresarlo en palabras?
3. ¿Te sentiste liberado al realizar la actividad de colorear?
4. ¿Qué te pareció el tener la oportunidad de deshacerte de estos sentimientos?
5. ¿Qué representa para ti el romper el rotafolio?
6. ¿Consideras que es importante dejarlos ir?
7. ¿A qué te compromete esta actividad?
- 8.

## **TÉCNICA 3: “BOTIQUÍN”**

### **Instrucciones**

Se preguntará al grupo cuales son los elementos que conforman un botiquín y para qué sirven, así mismo se asociará cada objeto con un factor de la vida que haya sido de ayuda en el momento de la pérdida.

El coordinador explicará que cada elemento que se encuentra dentro del botiquín representa simbólicamente un elemento de ayuda en el momento de la pérdida.

Se les pedirá a los participantes que reflexionen en torno a los sentimientos que presentaron al perder la vista, así como los que presentan en la actualidad.

Posteriormente pasaran por turnos para explicar qué elementos del botiquín han utilizado durante este tiempo para sanar sus heridas, en el caso de no haber utilizado alguno, cuales cree que utilizaría.

Por ejemplo: “Cuando perdí la vista yo me sentía solo, triste... los elementos que utilice para superar el momento y salir adelante fueron... las vendas porque el apoyo de mi familia y mis seres queridos fue... y gracias a eso me sentí....”

**Material:**

- Un rotafolio
- Plumón
- Cronometro

**Tiempo**

50 minutos

**Plenaria**

1. ¿Has utilizado alguno de los elementos del botiquín para sanar tus heridas?
2. ¿Por qué?
3. ¿Te fue fácil elegir algún elemento del botiquín?
4. ¿Consideras que faltó algún elemento en el botiquín?
5. ¿Relacionas los elementos del botiquín con personas o situaciones en tu vida?
6. ¿Qué te hace reflexionar esta actividad?
7. ¿Piensas que puedes utilizar este botiquín para sanar heridas en tu vida de hoy en adelante?

**Conclusiones:**

## SESIÓN 4

### REPARACIÓN DE DAÑOS

#### Objetivo

- Conocer el sentido de la trascendencia después de la pérdida.
- Identificar la esencia de mi vida, la importancia de mi ser y lo que aún puedo hacer conmigo mismo si lo deseo.
- A pesar de la pérdida de la vista, reflexionar sobre las virtudes que tiene cada miembro de mi familia y relacionarlo con el apoyo que he obtenido de su parte.
- Conocer mis cualidades a través de lo que las demás personas reconocen en mí.

#### Resumen

#### TÉCNICA 1: “LICUADO”

##### Instrucciones

Se dividirá a los participantes en tres equipos conformados cada uno por cuatro integrantes (un equipo será de cinco integrantes). A cada equipo se le repartirá una tabla para picar, un cuchillo y una fruta. Se les pedirá que por equipo se organicen para cortar o picar la fruta, y que además la pongan en la licuadora que estará en otra mesa. Habrá vasos decorativos, en donde ellos podrán poner su licuado al finalizar y adornarlo a su gusto. Sin embargo no se les dará una consigna como tal, es decir, tienen libertad para reaccionar y realizar la actividad como se sientan cómodos.

##### Materiales

- Frutas para el licuado (2 frutas por equipo, 8 en total)
- frutas para adornar
- 2 litros leche
- Una licuadora
- tablas para picar (3)
- cuchillos (6)
- vasos decorativos (13)
- Agitadores

- Historia de “la vida del corcho”.

### **Tiempo**

45 minutos para realizar la actividad / 30 minutos para plenaria. Total 1 hora 15 minutos

### **Plenaria**

1. ¿Qué significa para ti el licuado?
2. ¿Si fueras la fruta, que hubieras sentido en el proceso de la preparación del licuado?
3. ¿Por qué tuvo que pasar la fruta para convertirse en un licuado?
4. ¿Cómo se ve el licuado al estar terminado y adornado?
5. ¿Te gusta?
6. ¿Relacionas la vida de la fruta con la tuya?
7. ¿Consideras importante darte un espacio para “adornar” tu vida?

- Al finalizar la plenaria se contará la historia de “La vida del corcho”.

## **TÉCNICA 2: “LAS VIRTUDES DE MI FAMILIA”**

### **Instrucciones**

El coordinador les explicará a los participantes que cada uno plasmará en una hoja a través de un dibujo a los miembros de su familia nuclear y al hacerlo tendrán que pensar en cinco cualidades o virtudes de cada miembro, incluyéndose a sí mismos. Además tendrán tiempo para adornar un marco para su dibujo, el cual conservarán tomando en cuenta que ahí está plasmado lo positivo de su familia (se lo llevarán a su casa). Compartirán y presentarán a su familia mencionando las cualidades a sus compañeros del grupo.

### **Material:**

- 13 hojas cortadas del tamaño de una foto
- 13 marcos (52 abatelenguas)
- Silicón y botones
- 13 pinceles
- Pinturas de colores
- godetes

**Tiempo:** 45 minutos para la actividad / 30 minutos para compartir con los compañeros y 15 minutos de plenaria. Total: 1 hora 30 minutos

**Plenaria:**

1. ¿Cómo te sentiste al realizar esta actividad?
2. ¿Se te dificultó pensar en tus cualidades y las de tu familia?
3. ¿A crees que se debe?
4. ¿En base a que elegiste tus cualidades y las de tu familia?
5. ¿Cómo te sentiste al presentar a tu familia con los demás miembros del grupo?
6. ¿Cómo te sentiste al conocer a la familia de los demás participantes?
7. ¿Qué te hace reflexionar esta actividad?
8. ¿Consideras que el apoyo de tu familia ha sido importante en este proceso?
9. ¿Has pensado que este cambia también afectó a tu familia?
10. ¿Cambiarías la relación con tu familia de ahora en adelante?

**TÉCNICA 3 “LO VALIOSO QUE SOY”**

Cada participante pasará al frente y sacará al azar un papelito que contiene el nombre de un integrante del grupo. La consigna será decirle a esta persona algo positivo en base a sus cualidades, de tal forma, que todos los participantes escucharan algo positivo de parte de algún compañero. Al finalizar los participantes se darán un abrazo entre todos, mencionando lo valiosos que son.

**Material:**

- Papelitos con el nombre de cada integrante del grupo
- Bolsita o bote para los papelitos
- Música
- Grabadora

**Tiempo:**

15 minutos

**Plenaria:**

1. ¿Cómo te sentiste al tener que expresarle algo positivo a otra persona?
2. ¿Se te dificultó?
3. ¿Considerarías hacerlo más a menudo?
4. ¿Cómo te sentiste al escuchar que otra persona identifica tus cualidades y puede hablar positivamente de ti?
5. ¿Crees importante tomar en cuenta lo que los otros ven en ti?

6. ¿Qué te hace reflexionar esta actividad?
7. ¿Te consideras valioso por ti mismo (más allá de los comentarios que pueden hacer los demás)?

**Conclusión:**

## SESION 5

### MANEJO DE LA PÉRDIDA Y ENFRENTAMIENTO DE CRISIS

#### Objetivo

- Identificar la manera en que se reacciona ante la pérdida.
- Conocer las distintas formas de manejar las pérdidas y lo que hay detrás de las mismas, como el grado de liga emocional, conocimiento previo y aspectos de la personalidad.
- Reflexionar en torno a la carga emocional que me causa el no liberarme de mi pérdida.
- Identificar los aspectos de la personalidad que me impiden o permiten avanzar ante las situaciones adversas.

#### Resumen:

#### TÉCNICA 1: “UNA PÉRDIDA PARA MÍ, UN REGALO PARA TÍ”

**Instrucciones:** A cada participante se le va a pedir que traiga algo con valor sentimental para ellos (previamente).

Las coordinadoras pedirán que por turnos pasen al frente con el objeto que es especial para cada uno de los integrantes del grupo y que lo describan y compartan con sus compañeros por qué es importante para ellos. Al terminar de explicar se dejarán su objeto a algún compañero con el fin de que este sea el siguiente en pasar y así sucesivamente.

Al finalizar se les preguntará: ¿Alguno de ustedes quisiera dejar o regalar su objeto con valor sentimental a su compañero? Será una elección, ya que podrán recuperarlo si así lo desean. Posteriormente se reflexionará en torno a esto para relacionarlo con el manejo ante las pérdidas.

#### Materiales

- Cada participante traerá algo que tenga valor sentimental para ellos (se pedirá previamente).

## **Tiempo**

1 hora /15 minutos actividad

20 minutos para plenaria

Total= 1 hora / 35 minutos

## **Plenaria**

Preguntas eje

1. ¿Cómo te hizo sentir el traer este objetivo (lo que traerlo implica)?
2. ¿Cómo te sentiste al compartirlo con tus compañeros?
3. ¿Qué pensaste cuando tuviste que entregárselo a algún compañero?
4. ¿Al saber que tenías la opción de regalárselo a alguien más, qué pensaste y cómo te hizo sentir esto?
5. Personalmente ¿cómo consideras que manejaste la situación, te costó trabajo, fue fácil?
6. ¿Por qué al final decidiste regalarlo?
7. ¿Por qué al final decidiste recuperarlo?
8. ¿Cómo te hizo sentir que alguien te regalara algo que es significativo para el/ella?

## **TÉCNICA 2: “EL EQUIPAJE DE MI VIDA”**

### **Instrucciones**

Se pondrá una mesa en el centro del salón sobre la cual habrá muchas piedras de distintos tamaños y formas. Se les pedirá a los integrantes del taller que piensen en los problemas y conflictos que les aquejan cotidianamente.

Posteriormente se les pedirá que pasen por turnos a relacionar cada problema con una piedra de las que se encuentren en la mesa, asociándolos con el peso, tamaño y forma que representará su problema. Así mismo, tendrán que meterlas en un costal.

Se les pedirá a los participantes que ese costal se lo lleven y lo carguen con ellos durante toda la semana (hasta la próxima sesión, en la cual se realizará la plenaria)



## **Materiales**

- 13 costalitos
- Piedras de diferente tamaño, peso y forma.

## **Tiempo**

3 minutos por participante. Total= 40 minutos de actividad.

## **Plenaria (se realizará la siguiente sesión)**

Preguntas eje

1. ¿Cómo te sentiste durante una semana al estar cargando el costal con las piedras?
2. ¿Te afectó o limitó en tu vida cotidiana?
3. ¿Qué representan las piedras?
4. ¿Puedes asociar la carga física de las piedras con la carga emocional de los problemas?
5. ¿Consideras que esta carga la vives a diario, incluso sin cargar las piedras?
6. ¿Esta carga emocional te he limitado en tu vida?
7. ¿Quieres seguir viviendo con esa carga?
8. ¿Qué puedes hacer para liberarte de ella?
9. ¿Estás dispuesto a liberarte de esta carga?

## **TÉCNICA 3: “MÁS QUE COMIDA”**

### **Instrucciones**

Se formarán equipos de 3 integrantes, teniendo así 4 equipos, se les entregará por equipo una papa cocida y un huevo duro y se los imaginen y los manipulen, para que identifiquen sus características y diferencias. Se les dirá: “por equipo piensen una pequeña historia en donde los personajes sean la papa y el huevo Además individualmente piensen qué personaje les gustaría ser. Un representante de cada equipo pasará a contar la pequeña historia”.

Después las coordinadoras contará la anécdota “Un huevo y una papa” y al terminar de escuchar la historia se les dirá a los participantes: que reflexionen si quisieran seguir siendo el personaje que habían escogido o si lo cambiarían. Se les dará la oportunidad de compartir voluntariamente sus respuestas.

## **Materiales**

- 4 papas cocidas
- 4 huevos duros (sin quitarle el cascarón)

## **Tiempo**

35 minutos

10 minutos para organizarse por equipos, 15 minutos para representar o contar la historia y 10 minutos para la plenaria.

## **Plenaria**

Preguntas eje

1. ¿En el equipo les costó trabajo caracterizar a la papa y al huevo como un personajes de la historia?
2. ¿Cuál crees que es el mensaje de las anécdotas?
3. ¿Hasta ahora que consideras que has sido, un huevo o una papa?
4. ¿Cambio tu perspectiva después de escuchar la historia “Un huevo una papa”? ¿Por qué?
5. ¿Por qué sería bueno ser una papa? ¿Por qué no?
6. ¿Por qué sería bueno ser un huevo? ¿Por qué no?
7. ¿Qué eliges ser de ahora en adelante?

- Material para la siguiente sesión:

1. Piedras y costal
2. Foto de cuando veían
3. Venir de blanco

## **Conclusión:**

## SESION 6

### AJUSTE AL CAMBIO

#### Objetivo

- Reflexionar en torno a la carga emocional que me causa el no liberarme de mi pérdida.
- Identificar los aspectos de la personalidad que me impiden o permiten sobreponerme ante las situaciones adversas.
- Identificar la manera en que reacciono ante el cambio para así poder llegar a la reflexión de que cualquier pérdida requiere un ajuste.
- Conocer el sentido de la trascendencia después de la pérdida.

#### Resumen:

#### TÉCNICA 1: “EL EQUIPAJE DE MI VIDA PARTE DOS”

##### Instrucciones

Posterior a la dinámica que se llevo a cabo la sesión anterior en la que los participantes del taller tenían que reflexionar en torno a los problemas y conflictos que les aquejaban cotidianamente y relacionar cada problema con una piedra (las cuales meterían en un costal que tendrían que llevarse y cargar durante toda la semana), ahora se realizara la plenaria.

La plenaria se realizara con el fin de que los integrantes del grupo reflexionen en torno a la carga física de las piedras y la asocien con la carga emocional que los problemas les causan.

Después de la plenaria pasarán por turnos para liberar de su costal, y por lo tanto, liberarse ellos mismo de los problemas que consideren que no son necesarios de cargar.

##### Materiales

- Cada participante traerá su costalito lleno de piedras que simbolizan sus problemas.

##### Tiempo

50 minutos en total: 10 minutos de tolerancia /20 para plenaria y 20 minutos para actividad.

## **Plenaria**

### **Preguntas eje**

1. ¿Cómo te sentiste durante una semana al estar cargando el costal con las piedras?
2. ¿Te afectó o limitó en tu vida cotidiana?
3. ¿Qué representan las piedras?
4. ¿Puedes asociar la carga física de las piedras con la carga emocional de los problemas?
5. ¿Consideras que esta carga la vives a diario, incluso sin cargar las piedras?
6. ¿Esta carga emocional te he limitado en tu vida?
7. ¿Quieres seguir viviendo con esa carga?
8. ¿Qué puedes hacer para liberarte de ella?
9. ¿Estás dispuesto a liberarte de esta carga?

## **TÉCNICA 2: “MI FUNERAL”**

### **Instrucciones**

Se les pedirá a los participantes que saquen la foto de ellos mismos antes de haber perdido la visión y que la sostengan un momento en sus manos, reflexionando sobre quien es esa persona y como es.

Se les comentará que es necesario renunciar a la persona que antes eran, para que pueda resurgir en ellos un nuevo ser. Es importante hacerles saber que éste será un funeral diferente todos los funerales que normalmente conocemos.

Cada uno pasará con su fotografía al frente y la enterrará en la caja con arena, diciendo unas últimas palabras para despedirse de la persona que era cuándo veía.

(La fotografía se les devolverá la última sesión).

### **Materiales**

- Arena
- Una caja de zapatos
- Fotografías de los participantes
- Música – grabadora
- Incienso
- Pala

## **Tiempo**

40 minutos para realizar la actividad

15 minutos para plenaria. Total 55 minutos

## **Plenaria**

1. ¿Se imaginaban que iban a hacer esto con su foto?
2. ¿Cómo se sintieron al enterrarla y dejarla ir?
3. ¿A alguien no le costó trabajo enterrarla y porque?
4. ¿Alguna vez se imaginaron estar en su propio funeral?
5. ¿Para que crees que te sirvió esta actividad?
6. ¿Consideras importante renunciar a esa persona que eras antes para que pueda resurgir en ti una nueva persona?
7. ¿Te comprometes a vivir tu nuevo renacer?

## **TÉCNICA 3: “EL NACIMIENTO DE UN NUEVO SER”**

### **Instrucciones**

Una vez que se realizó la dinámica anterior, ahora se le dará a cada participante el material correspondiente para sembrar una semilla de la cual, surgirá un nuevo ser. Se reforzará con la plenaria el hecho de que el nuevo ser que emergerá como una plantita es una analogía de lo que sucede con ellos mismos: ahora son personas ciegas, nuevas y diferentes a quienes eran antes, pero capaces de renacer como nuevos seres.

Posterior a la plenaria cada participante pasará al frente a presentarse como un nuevo ser (con su plantita) ante todos sus compañeros.

### **Materiales**

- 13 vasitos de plástico transparentes
- Algodón
- Alcohol
- Agua
- Semillas o frijoles (aproximadamente 3 por participante).
- Un plumón para marcar los vasos con su nombre

## **Tiempo**

50 minutos en total: 15 minutos para actividad / de 15 a 20 minutos para plenaria y de 15 a 20 minutos para presentarse.

## **Plenaria**

### Preguntas eje

1. ¿Qué significa para ti el proceso plantar una semilla?
2. ¿Con qué relacionas la semilla?
3. ¿Consideras que esta semilla de la cual surgirá un nuevo ser se puede relacionar con tu vida?
4. ¿Qué significa el que surja un nuevo ser?
5. ¿Tienes expectativas sobre esa semilla?
6. ¿Cómo te sientes al haber dejado el ser que eras antes atrás y ahora ser un nuevo ser?
7. ¿Consideras que esto te llevará a seguir adelante?
8. ¿Crees que esto te liberará de seguir queriendo ser una persona que ya no existe y más bien ser un nuevo ser?
9. ¿Puedes reflexionar en torno a lo que tu como nuevo ser quieres, estas dispuesto a hacer y tus expectativas de vida de hoy en adelante?

### **Conclusión:**

## SESIÓN 7

### UN FINAL FELIZ

#### **Objetivo**

- Reconocer lo importante y valioso que soy
- Darme cuenta que soy bueno para otras cosas que no les he tomado tanta importancia
- Dar a conocer mis opiniones acerca del taller.
- Reflexionar e identificar si hubo avances en mi vida.
- Expresar mis sentimientos, ideas y conclusiones acerca de esta experiencia.
- Reflexionar en torno a mi futuro y mi vida a partir de este día.
- Saber que soy capaz de elegir que es lo que quiero ser de ahora en adelante.

#### **Resumen:**

#### **TÉCNICA 1 “UNA CLASE DE...”**

##### **Instrucciones**

Dar una clase a los demás, de lo que más me gusta hacer, lo que siempre he querido hacer o de lo que mas se me facilita. Cada uno tendrá entre 5 y 10 minutos como máximo.

##### **Materiales**

Lo que cada participante desee ocupar para dar su clase.

##### **Tiempo**

1 hora

##### **Plenaria**

Preguntas eje

1. ¿Por qué decidiste dar esta clase?
2. ¿Ya habías tenido experiencia con lo que el día de hoy demostraron a sus compañeros?
3. ¿Como te sentiste al dar la clase?

4. ¿Te sentiste importante y útil al saber que enseñabas algo que tú sabes a otras personas?
5. ¿Te gustaría seguir trabajando en ello o dedicarle más tiempo?
6. ¿Consideras importante volver a retomar cosas que te gustan hacer?
7. Te comprometerías a dedicarle mas tiempo a la actividad que elegiste?
8. ¿Consideras que tienes la suficiente capacidad para encargarte de algo nuevamente?

## **TECNICA 2 “NO ES UNA ADIOS SINO UN HASTA LUEGO, CERRANDO CICLOS”.**

### **Instrucciones**

Se llamará a cada participante al frente para entregarle su constancia y darle un reconocimiento por haber asistido al taller, al mismo tiempo se les colocará una banda realizada por las coordinadoras del taller, en donde se escribirá el valor que mejor represente a la persona.

Al finalizar ésta actividad se hará una retroalimentación acerca del taller, para saber si éste le sirvió a cada uno de los participantes y si les gustaría mejorarlo.

Posteriormente se realizará un pequeño convivio de despedida.

### **Materiales**

- Constancia de cada participante
- Bandas con valores escritos para cada participante
- Alimentos y bebidas para el convivio.
- Música - grabadora

**Tiempo:** Aproximadamente 1 hora (se puede extender porque es el cierre).

**Plenaria:** Preguntas ejes

1. ¿Cómo te sentiste el día de hoy al saber que era la última sesión?
2. ¿Qué te llevas del taller?
3. ¿Consideras que fue te fue útil?
4. ¿Te hizo cambiar en algún sentido? ¿Consideras que los cambios fueron positivos?
5. ¿Qué fue lo que más te gusto?
6. ¿Qué cambiarías?
7. ¿Se cumplieron tus expectativas?

**Conclusiones:**



## F. CONSTANCIA DEL TALLER “VOL-VER A NA-SER”



El Comité Internacional Pro Ciegos I.A.P.

Otorga la presente

# CONSTANCIA

a:

---

por su asistencia al taller:

*vol* *Ver*  
*a* *na* *Ser*



Cumpliendo un total de 20 horas.  
**Noviembre de 2010**

---

Psic. Abigail de Ávila Cortés

---

Lic. Ruth García Rosas  
Directora

---

Psic. Roxana Morales Ainslie

## G. FOTOGRAFÍAS DEL TALER “VOL-VER A NA-SER”







