**LA INTERVENCION PSICOLOGICA DE NIÑOS Y JOVENES EN SITUACION DE DISCAPACIDAD VISUAL**. **CRAC - COLOMBIA**

El psicólogo debe poseer una visión amplia, futurista, adaptada a los avances, tecnologías y dinamismo de la actual sociedad, con la comprensión y conocimiento del rol participativo de la persona ciega que le permita influenciar no solo al individuo sino al sistema que lo rodea, siendo la familia base de apoyo para impulsar y reforzar cada paso y logro que da el niño y el joven en esta condición.

El terapeuta que enfoca los problemas humanos desde la perspectiva estratégica puede ser considerado, con razón, ¨un hereje¨ de la psicoterapia (hereje en el sentido etimológico del termino, es decir, ¨aquel que tiene posibilidad de elegir¨) por cuanto no se deja encarcelar por un modelo rígido de interpretación de la ¨naturaleza humana¨ ni por una concepción metodológica rígida y ortodoxa de la psicología y la psiquiatría. No existe una sola realidad sino tantas realidades como puntos de observación e instrumentos empleados para observar.

Como observaba Watzlawick[[1]](#footnote-1), la ciencia es un modo de percibir, organizar y dar sentido a las observaciones construyendo teorías subjetivas, cuyo valor no puede ser definitivo.

La teoría ha de ser para el clínico no verdades sino hipótesis para relacionarse con el mundo, puntos de vista parciales, útiles para describir y organizar los datos observables, para reproducir procedimientos terapéuticos, pero que han de corregirse frente a los fracasos. Los seres humanos actúan sobre transformaciones perceptivas que constituyen su experiencia del mundo. (minuchin,fishman, 1984).

La familia y la escuela son los dos sistemas mas influyentes en el niño y joven en situación de discapacidad visual, la relación de estos sistemas siguen evolucionando de modo que los niños actúan como pivotes entre ambos sistemas

Dentro de las discapacidades, la perdida visual es una de las que evidencia menos limitaciones para el ser humano que la adquiere a pesar del dolor y la limitante en accesibilidad que esto significa, por contar con posibilidades de participar en un centro educativo de forma independiente si se cuenta con las habilidades y conocimientos que se requiere a nivel de la comunicación, tecnología, desplazamientos autónomos, expresión verbal, facilidad para dar a conocer sus aprendizajes, compartir, viajar, amar sin tantos condicionamientos que otras discapacidades podrían tener.

Al llegar la persona en condición de discapacidad visual y la familia al Centro de Rehabilitación busca orientación que le permita acceder o fortalecer las actividades educativas psicológicas y sociales que requiere el niño y la familia para mejorar su calidad de vida.

El programa de Apoyos pedagógicos tiene niños desde los 5 años a 17 años. Donde para su ingreso al servicio se realiza evaluación por Psicología y Tiflología.

En la evaluación por el servicio de Psicología se interroga a los padres acerca de los antecedentes personales del niño, desde el nacimiento, historia escolar, estructura familia, adaptación a la condición visual por la familia y el niño, conocimiento del diagnostico y pronostico visual, dinámica familiar, expectativas frente al servicio y programa. Posterior se realiza evaluación al niño para observar orientación del tiempo, dimensión cognitiva, lenguaje, emocional, conductual durante la entrevista.

 En el programa de Rehabilitación Integral participan jóvenes desde los 17 años en adelante, se realiza la evaluación en varias disciplinas como son Trabajo Social, Terapia Ocupacional, Medicina, Educación Especial (Tiflología), Psicología.

 Revisando por Psicología la manera como la persona se describe a nivel de sus auto-esquemas con una condición de discapacidad visual, el estado emocional en el que se encuentra, si esta situación visual es adquirida o de nacimiento, tiempo de pérdida visual, etapa evolutiva del desarrollo, estructura y dinámica familiar, necesidades frente al servicio, relaciones interpersonales. Durante esta evaluación basada en preguntas semi estructuradas se observa el área cognitiva, cómo la persona responde, la coherencia, su actitud física y verbal para dar a conocer la información. Esta información se complementa con la familia de una manera independiente, para completar la información brindada por ambas partes.

A partir de estas evaluaciones en cada uno de los procesos se establecen pautas acorde al perfil observado.

La intervención esta basada desde un enfoque cognitivo conductual y sistémico, sin desconocer herramientas y técnicas de otros enfoques que permitan obtener resultados que beneficien al niño, joven y familia con una condición de discapacidad visual

Dentro de las temáticas a intervenir en niños y jóvenes en situación de discapacidad visual se observa lo siguiente a nivel individual y familiar.

A nivel familiar dentro de las pautas de evaluación y motivo de consulta se encuentra falta de adaptación a la condición visual del niño, visión negativa del futuro, sobreprotección o indiferencia, pautas de crianza, ansiedad por parte de los padres, imagen y concepto negativo como padres de un niño en condición de discapacidad visual, desconocimiento en áreas tiflológicas, desorientación hacia la formación del hijo, Comunicación intrafamiliar.

INTERVENCION CON FAMILIA E INDIVIDUAL

La intervención está basada en facilitar el proceso de adaptación de la persona y la familia con una condición de discapacidad visual teniendo en cuenta el ciclo evolutivo, en el proceso de la habilitación el énfasis esta en el trabajo de la familia, padres y hermanos por ser estos subsistemas los que contribuyen a modificar y equilibrar el proceso del niño y el joven. En cuanto los niños, estos son retomados en intervención por los profesionales del equipo acompañándolos por medio de modelamiento ante las situaciones que va observándose. Requiere el desarrollo de hábitos y autonomía en las actividades.

La familia Resilente se define como la capacidad de la familia por nutrir y mantener el cuidado de un niño o joven con discapacidad. (Department. of human servicie, victoria, 1998) Las familias con visión resilente, viven el presente, socializan, mantiene un estado de animo normal, se enfocan en las soluciones, dan la atención necesaria y adecuada a cada miembro de la familia, se enfocan en lo que si pueden hacer. La familia con visión de riesgo tienen visión pesimista del futuro, aislamiento, depresión,, ansiedad, se enfocan en los problemas, sobreprotección, negligencia hacia otros miembros de la familia, se enfocan en lo que no pueden hacer.

ELABORACION DE DUELO

Se permite ir elaborando el duelo, facilitando el espacio para expresar los sentimientos y emociones que han atravesado desde el nacimiento hasta la actualidad.

El **modelo Kübler-Ross**, comúnmente conocido como las **cinco etapas del** [**duelo**](http://es.wikipedia.org/wiki/Duelo_psicol%C3%B3gico), fue presentado por primera vez por la psiquiatra suizo-estadounidense [Elisabeth Kübler-Ross](http://es.wikipedia.org/wiki/Elisabeth_K%C3%BCbler-Ross) (1926-2004) en su libro *On death and dying*, en 1969.

## Etapas

1. [**Negación**](http://es.wikipedia.org/wiki/Negaci%C3%B3n_%28psicolog%C3%ADa%29)
«Me siento bien», «esto no me puede estar pasando, no a mí».
La negación es solamente una defensa temporal para el individuo. Este sentimiento es generalmente reemplazado con una sensibilidad aumentada de las situaciones
2. [**Ira**](http://es.wikipedia.org/wiki/Ira)
« ¿Por qué a mí? ¡No es justo!», «¿cómo me puede estar pasando esto a mí?».
Una vez en la segunda etapa, el individuo reconoce que la negación no puede continuar. Debido a la ira, esta persona es difícil de ser cuidada debido a sus sentimientos de ira y envidia. Cualquier individuo que simboliza vida o energía es sujeto a ser proyectado resentimiento y envidia.
3. [**Negociación**](http://es.wikipedia.org/wiki/Negociaci%C3%B3n)
«Dios, devuélveme la visión o a mi hijo por favor», «haré cualquier cosa por recuperar la visión o que mi hijo la recupere»,
La tercer etapa involucra la esperanza de que el individuo puede de alguna manera de recuperar la visión.
4. [**Depresión**](http://es.wikipedia.org/wiki/Depresi%C3%B3n)
«Estoy tan triste, ¿por qué hacer algo?»; «no sirvo para nada, ¿qué sentido tiene la vida sin ver o con mi hijo ciego?»; «extraño la visión?»
Durante la cuarta etapa, la persona que está dejando de ver empieza a entender la perdida visual. Debido a esto, el individuo puede volverse silencioso, rechazar visitas y pasar mucho tiempo llorando y lamentándose. Alejarse de las personas, no mostrar su hijo. Este proceso permite a la persona desconectarse de todo sentimiento de amor y cariño. No es recomendable intentar alegrar a una persona que está en esta etapa. Es un momento importante que debe ser procesado.[[1]](http://es.wikipedia.org/wiki/Modelo_de_K%C3%BCbler-Ross#cite_note-Santrock-0)
5. [**Aceptación**](http://es.wikipedia.org/wiki/Aceptaci%C3%B3n)
«Todo va a estar bien», «no puedo luchar, debería prepararme para esto».
La etapa final llega con la paz y la comprensión de la perdida visual Generalmente, la persona en esta etapa quiere ser dejada sola. Además, los sentimientos y el dolor físico pueden desaparecer. Esta etapa también ha sido descrita como el fin de la lucha contra la perdida visual.

Kübler-Ross originalmente aplicó estas etapas a las personas que sufren enfermedades terminales, y luego a cualquier pérdida catastrófica (empleo, ingresos, libertad). Esto puede incluir eventos significativos en la vida tales como la muerte de un ser querido, perdida visual de si mismo o un hijo.

Kübler-Ross afirmó que estas etapas no necesariamente suceden en el orden descrito arriba, ni todas estas son experimentadas por todos los pacientes, aunque afirmó que una persona al menos sufrirá dos de estas etapas. A menudo, las personas atravesarán varias de estas etapas en un efecto «montaña rusa», pasando entre dos o más etapas, y volviendo a hacerlo una o varias veces antes de finalizar

Las personas que estén atravesando estas etapas no deben forzar el proceso. El proceso de duelo es altamente personal y no debe ser acelerado, ni alargado, por motivos de opinión de un individuo. Uno debe ser meramente consciente de que las etapas van a ser dejadas atrás y que el estado final de aceptación va a llegar.

 VISION NEGATIVA DEL FUTURO

Tanto la terapia racional emotiva de Albert Ellis como la terapia cognitiva de Aaron Beck han causado una profunda influencia en la práctica de la psicología clínica. Con base en su visión del papel central de las cogniciones en la contribución a los problemas en las emociones y conductas, Ellis y Beck desarrollaron intervenciones terapéuticas con el propósito de cambiar la forma como piensa la gente para mejorar su funcionamiento emocional y conductual

Este modelo acepta la tesis conductista de que la conducta humana es aprendida, pero este aprendizaje no consiste en un vínculo asociativo entre estímulos y respuestas sino en la formación de relaciones de significado personales, esquemas cognitivos o reglas. Igualmente los aspectos cognitivos, afectivos y conductuales están interrelacionados, de modo que un cambio en uno de ellos afecta a los otros dos componentes. En esa relación mutua las estructuras de significado tendrían un peso fundamental, pues ellas representan la organización idiosincrática que tiene cada persona sobre lo que significa su experiencia, los otros y el sí mismo

Se informa a los padres sobre las posibilidades, logros obtenidos por las personas en situación de discapacidad visual, modificando el significado y contenido negativo que traen frente a la condición de discapacidad visual.

LA TERAPIA COGNITIVA DE BECK

La terapia cognitiva de beck es un enfoque estructurado, activo, directivo y de tiempo limitado, usado para tratar una variedad de desórdenes como la depresión, ansiedad, fobias etc.

El modelo cognitivo tal como lo expresa Beck (2000): … propone que todas las perturbaciones psicológicas, tienen en común denominador una distorsión del pensamiento que influye en el estado de ánimo y en las conductas de los pacientes. Una evaluación realista y la consiguiente modificación del pensamiento producen una mejoría en esos estados de ánimo y comportamientos. Esta mejoría permanente resulta de la modificación de las creencias disfuncionales subyacentes.

La terapia cognitiva de Beck constituye un enfoque actualizado, científico y que se ha mostrado particularmente eficiente en la depresión.

La principal premisa teórica de la terapia cognitiva es que toda la conducta humana esta mediada por la cognición y que, en al caso de los trastornos psicológicos, los déficit cognitivos son centrales para su comprensión y tratamiento. El enfoque cognitivo-conductual integra procedimientos tanto cognitivos como conductuales con el objeto de modificar cogniciones desadaptativas.

La terapia cognitiva de Beck en contraste con la terapia conductual, da énfasis a las experiencias internas del paciente tales como pensamiento, sentimientos, deseos,etc.

En líneas generales la terapia progresa a través de las siguientes fases:

a) Las personas se van dando clara cuenta de sus pensamientos

b) Aprenden a identificar los pensamientos inadecuados

c) Estos pensamientos inadecuados son reemplazados por cogniciones adecuadas y más objetivas

d) El feed-back y el refuerzo del terapeuta son parte necesaria del proceso

Un aspecto central en la terapia es que las personas son entrenadas para distinguir hechos de creencias de un modo parecido a como el científico evalúa una hipótesis. Así se diseñan experimentos explícitos para probar la validez de las creencias del cliente. De este modo el cambio de creencias no se basa en la credibilidad del terapeuta ni en la mera persuasión verbal; se trata más bien de un procedimiento inductivo en el que el cliente va cambiando sus creencias en función de las nuevas evidencias.

1- DETECCIÓN DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS: Se revisa con los padres las ideas o pensamientos que surgen espontáneamente acerca de tener hijos en condición de discapacidad visual. Se utilizan situaciones (pasadas y presentes) a veces se pueden representar escenas pasadas mediante rol-playing, o discutir las expectativas terapéuticas para detectar los pensamientos automáticos.

2-CLASIFICACIÓN DE LAS DISTORSIONES COGNITIVAS: A veces es de ayuda enseñar a los padres y jovenes el tipo de errores cognitivos más frecuentes en su concepto de discapacidad visual y como detectarlos y hacerle frente.

3- BÚSQUEDA DE EVIDENCIA PARA COMPROBAR LA VALIDEZ DE LOS PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS: Puede hacerse de diferentes maneras: (1) A partir de la experiencia de los padres se hace una recolección de evidencias en pro y en contra de los pensamientos automáticos planteados como hipótesis. (2) Diseñando un experimento para comprobar una determinada hipótesis: los padres predicen un resultado y se comprueba. (3) Utilizar evidencias contradictorias provenientes del terapeuta u otros significativos para hipótesis similares a la de los padres. (4) Uso de preguntas para descubrir errores lógicos en las interpretaciones del paciente (sin duda el método más usado). Para comprobar los supuestos personales se usan métodos similares.

4- CONCRETIZAR LAS HIPÓTESIS: Las formulaciones vagas sobre sus cogniciones deben de ser operacionalizadas lo más claramente posible para su contrastación.

5- REATRIBUCIÓN: Revisando los posibles factores que pueden haber influido en la situación de las que se creen exclusivamente responsables, se buscan otros factores que pudieron contribuir a ese suceso.

6- DESCENTRAMIENTO: El paciente se puede creer el centro de la atención de otros, sintiéndose avergonzado o suspicaz.

7- DESCATASTROFIZACIÓN: El paciente puede anticipar eventos temidos sin base real y producirle esto ansiedad. El terapeuta puede realizar preguntas sobre la extensión y duración de las consecuencias predichas así como posibilidades de afrontamiento si sucedieran, ensanchando así la visión del paciente.

8- USO DE IMÁGENES: El terapeuta puede usar las imágenes para que el paciente modifique sus cogniciones o desarrolle nuevas habilidades. Por ejemplo pueden ser utilizadas imágenes donde el paciente se ve afrontando determinadas situaciones, instruyéndose con cogniciones más realistas.

TERAPIA EMOTIVA RACIONAL DE ELLIS

Ellis centra su teoría en la sencilla frase atribuida al filósofo estoico griego Epícteto: "Las personas no se alteran por los hechos, sino por lo que piensan acerca de los hechos". Para éste autor, las emociones son consecuencia de un acontecimiento activador, suceso o situación, que da lugar al desarrollo de un sistema de creencias, a partir de las cuales el sujeto desarrolla emociones, pensamientos y acciones. Según su modelo, muchas personas construyen creencias erróneas a partir de acontecimientos negativos que les hacen instalarse en actitudes o formas de sentir que provocan emociones o conductas disfuncionales que les   perpetúan su sufrimiento.

-Demandas sobre uno mismo ("yo debo..." o "yo necesito...").
-Demandas sobre los otros ("él debe..." o "tú debes...").
-Demandas sobre el mundo ("el mundo debe..." o "la vida debe...").

Existen una gran variedad de “errores de pensamiento” típicos en los que la gente se obsesiona y pierde su capacidad para ver otras dimensiones de su vida.

*2) Las doce creencias irracionales más comúnes:*

Ellis menciona 12 ideas irracionales que conducen a creencias irracionales, perjudiciales para el individuo que son las que causan y sustentan la neurosis:

-  La idea de que existe una tremenda necesidad en los adultos de ser amados por otros significativos en prácticamente cualquier actividad; en vez de concentrarse en su propio respeto personal, o buscando aprobación con fines prácticos, Y en amar en vez de ser amados.

-  La idea de que ciertos actos son feos o perversos, por lo que los demás deben rechazar a las personas que los cometen; en vez de la idea de que ciertos actos son autodefensivos o antisociales, y que las personas que cometan estos actos se comportan de manera estúpida, ignorante o neurótica, y sería mejor que recibieran ayuda.

-  La idea de que es horrible cuando las cosas no son como nos gustaría que fueran; en vez de considerar la idea de que las cosas están muy mal y por tanto deberíamos cambiar o controlar las condiciones adversas de manera que puedan llegar a ser más satisfactorias. Ir aceptando que algunas cosas son así.

-  La idea de que la miseria humana está causada invariablemente por factores externos y se nos impone por gente y eventos extraños a nosotros; en vez de la idea de que la neurosis es causada en su mayoría por el punto de vista que tomamos con respecto a condiciones desafortunadas.

-  La idea de que si algo es o podría ser peligroso o aterrador, deberíamos estar tremendamente obsesionados y desaforados con ello; en vez de la idea de que debemos enfrentar de forma franca y directa lo peligroso; y si esto no es posible, aceptar lo inevitable.

-  La idea de que es más fácil eludir que enfrentar las dificultades de la vida y las responsabilidades personales; en vez de la idea de que eso que llamamos “dejarlo estar” o “dejarlo pasar” es usualmente mucho más duro a largo plazo.

-  La idea de que necesitamos de forma absoluta otra cosa más grande o más fuerte que nosotros en la que apoyarnos; en vez de la idea de que es mejor asumir los riesgos que contempla el pensar y actuar de forma menos dependiente.

-  La idea de que siempre debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y ambiciosos en todos los aspectos; en vez de la idea de que podríamos haberlo hecho mejor más que necesitar hacerlo siempre bien y aceptarnos como criaturas bastante imperfectas, que tienen limitaciones y falibilidades humanas.

-  La idea de que si algo nos afectó considerablemente, permanecerá haciéndolo durante toda nuestra vida; en vez de la idea de que podemos aprender de nuestras experiencias pasadas sin estar extremadamente atados o preocupados por ellas.

-  La idea de que debemos tener un control preciso y perfecto sobre las cosas; en vez de la idea de que el mundo está lleno de probabilidades y cambios, y que aún así, debemos disfrutar de la vida a pesar de estos “inconvenientes”.

-  La idea de que la felicidad humana puede lograrse a través de la inercia y la inactividad; en vez de la idea de que tendemos a ser felices cuando estamos vitalmente inmersos en actividades dirigidas a la creatividad, o cuando nos embarcamos en proyectos más allá de nosotros o nos damos a los demás.

-  La idea de que no tenemos control sobre nuestras emociones y que no podemos evitar sentirnos alterados con respecto a las cosas de la vida.

(Extracto de The Essence of Rational Emotive Behavior Therapy de Albert Ellis, PhD. Revisado, mayo 1994).

Para simplificar, Ellis también menciona las tres creencias irracionales principales:

“Debo ser increíblemente competente, o de lo contrario no valgo nada”.

 *LA AUTOESTIMA:*

Ellis considera que la autoestima implica una autoevaluación o "puntuación" sobre uno mismo, que se realiza por una escala de valores que se origina a partir de nuestros éxitos o fracasos con relación a metas o ideales y las opiniones (reales o supuestas) de otras personas, que son significativas sobre nosotros. En éste sentido, una valoración errónea de la propia autoestima es una fuente importante de trastornos, ya sea por una sobrevaloración insostenible, ya sea debida a una desvalorización peligrosa desencadenada por fracasos o rechazos, que en definitiva es lo que constituye el elemento central de las depresiones y es el factor fundamental implicado en la ansiedad. Para Ellis, resulta irracional sentir baja autoestima porque "Nadie tiene éxito en todo ni fracasa en todo y es imposible asignar un valor "general" a una persona como tal", "Lo apropiado es calificar a las acciones y no a las personas" y "La opinión de otros no puede modificar lo que realmente somos". Propone por tanto como alternativa, el concepto de "autoaceptación", que consiste en "un amor incondicional a nosotros mismos". Se trata de alcanzar una “auto-aceptación incondicional”, conseguir no sentirse rechazado, aún sin importar cuán desastrosas sean nuestras acciones; debemos aceptarnos por lo que somos más que por lo que hemos hecho.

**TECNICAS COMPLEMENTARIAS**

TERAPIA GRUPAL:

El trabajo con la familia y el individuo es básico para entender como se mueve la dinámica del sistema, narrativas que florecen a raíz de convivir con la discapacidad visual día a día. El cual se complementa en la intervención con grupos de pares en situación de discapacidad visual, padres que tienen un hijo en condición visual de baja o total perdida visual, se tratan temas que se va observando en el grupo necesarios o que expresan los padres o usuarios, al trabajar en grupo se observa en el otro las fortalezas o debilidades con las que me puedo identificar y como ir dando respuesta a estos aspectos que se van ajustando en el transcurso del proceso con apoyo de personas con situaciones similares. Esta intervención es necesaria para aquellas personas en situación de discapacidad visual que consideran que una persona vidente no comprende su situación al no estar afrontando la misma situación visual y que por medio de su narrativa quiere hacerle ver algo que no es posible, siendo por tanto la terapia de grupo una herramienta de intervención facilitadora del trabajo, fortaleciendo en la mayoría de los casos intervenidos.

Sin duda los otros son un elemento fundamental en el proceso de adaptación y ajuste emocional ante la deficiencia visual. Sentir que reconocen como nos encontramos, que no estamos solos, que están a nuestro lado, que nos animan y respetan, parece un recurso de primer orden para recobrar el equilibrio emocional perdido. Esta función de apoyo puede encontrarse en grupos naturales como es la familia o en grupos formados expresamente para este propósito ( Reinhard y D´Allura,2000).

HABILIDADES SOCIALES

El grado en que la ausencia o limitaciones en la visión afecten al aprendizaje y desarrollo de habilidades sociales dependerá fuertemente del ambiente familiar donde se encuentra el niño. Así, las actitudes y expectativas de los padres, el conocimiento de las formas alternativas de comunicación de los niños ciegos, la utilización de una comunicación adaptada a las necesidades del niño, la disponibilidad de un ambiente enriquecedor y motivador, serán variables importantes que influyan en el curso del desarrollo. Por ejemplo, algunas investigaciones ([Junefelt, 1987](file:///C%3A%5CDocuments%20and%20Settings%5Csni%C3%B1o%5CEscritorio%5Creferencias.doc#Junefelt87); [Ochaita y Espinosa, 1995](file:///C%3A%5CDocuments%20and%20Settings%5Csni%C3%B1o%5CEscritorio%5Creferencias.doc#Ochaita95); [Preisler, 1991](file:///C%3A%5CDocuments%20and%20Settings%5Csni%C3%B1o%5CEscritorio%5Creferencias.doc#Preisler91); [Urwin, 1984](file:///C%3A%5CDocuments%20and%20Settings%5Csni%C3%B1o%5CEscritorio%5Creferencias.doc#Urwin84)) ponen de manifiesto que, cuando las madres han recibido apoyo psicológico y tienen buenas expectativas respecto a las posibilidades de sus hijos, desarrollan turnos conversacionales con sus bebés ciegos similares a los observados en parejas videntes. Así, el conocimiento de las capacidades de comunicación de sus bebés por parte de sus padres contribuye a mejorar la comunicación y, por tanto, a desarrollar un vínculo de apego adecuado, sentando así las bases para el desarrollo de habilidades sociales. De la importancia de este hecho se hacen eco investigaciones previas en las que se ha encontrado una relación significativa entre las actitudes de la madre ante su hijo de preescolar y varias características del niño, incluido su desarrollo social ([Endress, 1968](file:///C%3A%5CDocuments%20and%20Settings%5Csni%C3%B1o%5CEscritorio%5Creferencias.doc#Endress68)).

Para la teoría sistémica toda familia es un sistema, con esto indica que se trata de un conjunto de individuos que conforman un grupo familiar en donde hay objetivos en común que todos comparten y existe una jerarquización de sus miembros. Dicho sistemas es abierto, es decir que sus miembros intercambia información con el contexto en donde habitan y al mismo tiempo intercambian información entre los mismo miembros del sistema, para mantener un orden interno, dicha información se realiza a través de procesos comunicativos digitales y analógicos.

De acuerdo con Swihart (1985 citado en Stimen N., 1991), la comunicación es un proceso mediante el cual entendemos a los otros y buscamos ser entendidos por ellos, así mediante la comunicación podemos lograr respeto, empatía o intima comunicación. El aspecto central de la comunicación se encuentra en los significados que compartimos o construimos.

ACOMPAÑAMIENTO DE PARES

Se apoya en familias, padres y personas en situación de discapacidad visual, niño o joven que han ido superando la perdida visual, ajustándose a una condición positiva y proactiva, siendo modelo para continuar y no desfallecer en el caminar de la evolución del niño y joven en condición visual baja o de pérdida total.

PLANEACION DE METAS: Es permitir soñar sobre como me quiero ver, 20 cosas que me gustaría hacer en las diferentes dimensiones de la vida. Proyectarme como familia adaptada a la situación que está viviendo.

 CONTEXTO EDUCATIVO

Distintas características del contexto educativo o escolar donde se encuentra el niño deficiente visual van a tener una importante influencia en las relaciones sociales que este establezca y en las oportunidades de aprender y desarrollar habilidades sociales.

En primer lugar, algunas investigaciones demuestran que existen diferencias en determinados componentes de habilidades sociales entre chicos deficientes visuales ubicados en escuelas específicas y aquellos que están integrados en aulas ordinarias con compañeros videntes. Por ejemplo, [Schindele (1974)](file:///C%3A%5CDocuments%20and%20Settings%5Csni%C3%B1o%5CEscritorio%5Creferencias.doc#Schindele74) [McGuinness (1970)](file:///C%3A%5CDocuments%20and%20Settings%5Csni%C3%B1o%5CEscritorio%5Creferencias.doc#McGuinnes70) observó que niños deficientes visuales integrados en aulas ordinarias mostraban mayor madurez social que los que se encontraban en escuelas especiales. Más recientemente, [Van Hasselt, Hersen y Kazdin (1985)](file:///C%3A%5CDocuments%20and%20Settings%5Csni%C3%B1o%5CEscritorio%5Creferencias.doc#VanHasselt85) ponen de manifiesto que los chicos deficientes visuales que se encuentran en ambientes residenciales específicos presentan déficit en comportamientos sociales en relación con los chicos deficientes visuales integrados y con chicos sin discapacidad.

Parece que la integración escolar proporciona un ambiente más realista y con mayores oportunidades para el aprendizaje de habilidades sociales y para el establecimiento de interacciones eficaces. Sin embargo, distintas variables del contexto educativo integrado pueden influir de forma significativa en dicho aprendizaje y en la calidad de las interacciones sociales. Ciertamente, la simple proximidad física entre alumnos con y sin discapacidad no es suficiente, y puede ser incluso contraproducente en relación con estos aspectos ([Gresham, 1986](file:///C%3A%5CDocuments%20and%20Settings%5Csni%C3%B1o%5CEscritorio%5Creferencias.doc#Gresham86); [Sacks y Reardon, 1989](file:///C%3A%5CDocuments%20and%20Settings%5Csni%C3%B1o%5CEscritorio%5Creferencias.doc#Sacks89)). Si no se estructuran acciones sistemáticas dirigidas a que los alumnos deficientes visuales se relacionen de forma satisfactoria con sus compañeros videntes, las escuelas integradas pueden ser ambientes potencialmente hostiles para estos alumnos ([McCuspie, 1992](file:///C%3A%5CDocuments%20and%20Settings%5Csni%C3%B1o%5CEscritorio%5Creferencias.doc#McCuspie92)).

En segundo lugar, diversos estudios ponen de manifiesto la importancia de la figura del profesor para el desarrollo de experiencias positivas de integración ([Kekelis, 1992](file:///C%3A%5CDocuments%20and%20Settings%5Csni%C3%B1o%5CEscritorio%5Creferencias.doc#Kekelis92fieldstudy); [Kekelis y Sacks, 1992](file:///C%3A%5CDocuments%20and%20Settings%5Csni%C3%B1o%5CEscritorio%5Creferencias.doc#KekelisSacks92); [McCuspie, 1992](file:///C%3A%5CDocuments%20and%20Settings%5Csni%C3%B1o%5CEscritorio%5Creferencias.doc#McCuspie92)). Así, [Kekelis y Sacks (1992)](file:///C%3A%5CDocuments%20and%20Settings%5Csni%C3%B1o%5CEscritorio%5Creferencias.doc#KekelisSacks92) encontraron que los niños deficientes visuales que participaban más en conversaciones y juegos con sus compañeros tenían profesores que consideraban el desarrollo social de este tan importante como sus ejecuciones académicas. Se caracterizaban, además, por proporcionar información al resto de la clase sobre las necesidades especiales del alumno, por promover la aparición de intercambios sociales positivos y por supervisar de cerca las interacciones tanto en clase como en el recreo. Cuando los profesores no manifestaban estos comportamientos, los niños con deficiencia visual presentaban fallos en su competencia social y académica. En el mencionado estudio se destaca también, como factor importante, el disponer de un profesor de apoyo que esté en contacto continuado con el profesor regular, y que supervise las interacciones sociales del alumno deficiente visual para identificar posibles problemas y orientar sobre formas de afrontarlos y de mejorar las interacciones.

Un tercer factor tiene que ver con las demandas del contexto. Así, se observó que los alumnos con deficiencia visual jugaban y trabajaban mejor cuando el número de participantes era limitado, cuando el área de juego no era muy grande, cuando el profesor adaptaba los materiales de juego, supervisaba las actividades e interacciones y ayudaba ante las necesidades especiales concretas ([Kekelis y Sacks, 1992](file:///C%3A%5CDocuments%20and%20Settings%5Csni%C3%B1o%5CEscritorio%5Creferencias.doc#KekelisSacks92)).

INTERVENCION CON EL JOVEN

Los hijos deben gozar de la libertad para crecer, pero ejercerán mejor ese derecho si tienen un mundo seguro y predecible, que les ofrece la seguridad necesaria para explorarlo (Minuchin y Fischman, 1984).

El ciclo evolutivo en el que se encuentra el joven demanda otros aspectos que a la luz de otros ojos se verán como una etapa poco compresible y compleja de entender aun más, si es ,en esta edad que se adquiere la perdida visual.

Las herramientas que tiene el psicólogo para intervenir dentro de los diferentes enfoques deben ir mas allá para poder compenetrarse en el interior del adolescente muchas veces hermético ante el dolor por el cual esta atravesando, al ver frustrados sus sueños. alterada la imagen de si mismo, la dificultad de no sentirse un joven sobresaliente ante el sexo opuesto, participar en actividades deportivas, sociales, contrastado a la vergüenza que le atribuye utilizar el bastón, como si este inocente y leal apoyo le fuera a quitar los sueños forjados en el momento de utilizarlo.

Al escuchar, el joven expresa situaciones como las siguientes: falta de adaptación a su situación visual, rechazo a utilizar bastón, rechazo a las ayudas ópticas y no ópticas, baja aceptación de si mismo, autoimagen deteriorada por su perdida visual, dificultades en la interacción social, Es importante destacar que no todas las personas deficientes visuales presentan problemas de ajuste social ([Raver, 1987](file:///C%3A%5CDocuments%20and%20Settings%5Csni%C3%B1o%5CEscritorio%5Creferencias.doc#Raver87)). Algunas incluso han puntuado más alto que personas sin deficiencia en medidas globales de competencia social ([Van Hasselt y otros, 1985](file:///C%3A%5CDocuments%20and%20Settings%5Csni%C3%B1o%5CEscritorio%5Creferencias.doc#VanHasselt85)).desmotivación escolar por poco apoyo a nivel escolar y familiar, periodos cíclicos en el estado de animo, conductas de rebeldía e irritabilidad, ansiedad, inadecuado manejo de la irascibilidad, baja tolerancia a la frustración, temor al rechazo, estrés postraumático.

Se realiza intervención con técnicas que permitan facilitar la adaptación a la pérdida visual, utilización del bastón. Resignificación de ser niño, joven y familia con una situación de discapacidad visual, se interviene con técnicas similares a las anteriormente mencionadas con la intervención familiar, escuchando la narrativa del adolescente y joven, connotando positivamente el esfuerzo que esta realizando para superarse y adaptarse a esta nueva condición que si lo logra con seguridad le traerá grandes satisfacciones y cumplimiento de sueños planteados anteriormente, expresarle que vamos a estar con él en este caminar hasta descubrir cómo ir llegando a lo que queremos obtener y lo que lo enriquecerá como persona.

El Psicólogo, desde su primer encuentro con el joven, en vez de estudiar su pasado, centra interés y valoración en: Que sucede en el interior de las tres clases de interacciones interdependientes que vive consigo mismo, con los demás y con el mundo,

* Como funciona el problema que se presenta en el interior de este sistema relacional.
* Como ha intentado hasta el presente, combatir o resolver el problema ( soluciones ensayadas)
* Como es posible cambiar esta situación problemática de la manera mas rápida y eficaz.

Después de haber construido una hipótesis sobre los puntos citados, y después de haberse puesto de acuerdo con el paciente respecto al objetivo, o los objetivos, de la terapia se determinan y se aplican las estrategias para la resolución del problema presentado.

Si el tratamiento funciona, se observa por lo común, una clara reducción de síntomas a un cambio progresivo en la manera como el paciente se percibe así mismo, a los demás y al mundo.

La estrategia fundamental consiste en observar, aprender y hablar el lenguaje del joven en otras palabras el terapeuta debe entrar en sintonía con las modalidades de representación de la persona que esta pidiendo ayuda.

El pequeño cambio, provoca una reacción en cadena de modificaciones en el interior del sistema que se ordenan a la búsqueda del reequilibrio del sistema mismo. Los cambios mínimos poseen un poder considerablemente explosivo, al que debe recurrirse con toda legitimidad en terapia. (Nardone, Watzlawick, 1995).

se analiza los recursos que tiene la persona y se rescata niveles de resilencia y fortaleza, tomando de Grotherg, 1995 como resilencia la capacidad de cada ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas, e inclusive ser transformado por ellas.

TECNICAS

La técnica de reestructuración cognitiva, sirve como un ejercicio para identificar los pensamientos negativos.

Es claro que modificando nuestras creencias o actitudes, logramos probabilizar que las conductas que emitamos sean las adecuadas.

Pensamientos automáticos

Se le explica lo que son los pensamientos automáticos, se le describe como aquellos pensamientos surgen inmediata y habitualmente en determinadas circunstancias. Estos pensamientos suelen llevar a reacciones emocionales inadecuadas y negativas; son aprendidos en una etapa temprana de la vida de acuerdo a como hemos sido tratados por los demás, lo que se nos ha dicho sobre nosotros mismos y a nuestras experiencias generales de la vida.

Se le ilustra al usuario a partir de casos reales cómo ciertos pensamientos automáticos pueden resultar en estados emocionales inadecuados. Se le describen situaciones problema y los pensamientos acompañantes a modo de narración y posteriormente se le explicitan los pensamientos negativos automáticos para concentrarse en ellos.

 Las creencias irracionales son aquellas ideas que tienden a desencadenar un estado emocional o físico extremadamente negativo. Las creencias racionales, por su parte, son aquellas ideas que sustituirán a las creencias irracionales como resultado de completar con éxito un ejercicio de reestructuración cognitiva. Tienden a ser menos extremosas en su contenido y conllevan una reducción en la intensidad de un estado emocional o físico anteriormente experimentado en forma negativa.

ADAPTACION AL BASTON

Se interviene por medio de la reestructuración cognoscitiva, el deseo de obtener independencia y no depender de compañeros, la ayuda de un joven que utilice el bastón y comente la experiencia, ansiedad o miedo de salir a la calle aplicando técnicas de respiración y relajación. Acompañamiento con el bastón a la calle.

LA RESPIRACIÓN

Un control adecuado de nuestra respiración es una de las estrategias más sencillas para hacer frente a las situaciones de estrés y manejar los aumentos en la activación fisiológica provocados por estas.

Unos hábitos correctos de respiración son muy importantes porque aportan al organismo el suficiente oxigeno para nuestro cerebro. El ritmo actual de vida favorece la respiración incompleta que no utiliza la total capacidad de los pulmones.

El objetivo de las técnicas de respiración es facilitar el control voluntario de la respiración y automatizarlo para que pueda ser mantenido en situaciones de estrés.

EJERCICIOS DE RESPIRACIÓN

 Realizar sentado o tendido, en la situación que le resulte más cómoda para percibir el movimiento de la respiración.

**Ejercicio 1: Inspiración abdominal**

El objetivo de este ejercicio es que la persona dirija el aire inspirado a la parte inferior de los pulmones. Para lo cual se debe colocar una mano en el vientre y otra encima del estómago. En el ejercicio debe de percibir movimiento al respirar en la mano situada en el vientre, pero no en la situada sobre el estómago.

Al principio puede parecer difícil, pero es una técnica que se controla en unos 15-20 minutos.

**Ejercicio 2: Inspiración abdominal y ventral**

El objetivo es aprender a dirigir el aire inspirado a la zona inferior y media de los pulmones. Es igual al ejercicio anterior, sin embargo una vez llenado la parte inferior se debe llenar también la zona media. Se debe notar movimiento primero en la mano del abdomen y después en la del vientre.

**Ejercicio 3: Inspiración abdominal, ventral y costal**

El objetivo de este ejercicio es lograr una inspiración completa. La persona, colocada en la postura del ejercicio anterior debe llenar primero de aire la zona del abdomen, después el estómago y por último el pecho.

**Ejercicio 4: Espiración**

Este ejercicio es continuación del 3º, se deben realizar los mismos pasos y después, al espirar, se deben de cerrar los labios de forma que al salir del aire se produzca un breve resoplido. La espiración debe ser pausada y controlada.

**Ejercicio 5: Sobre generalización**

Este es el paso crucial. Aquí se debe de ir utilizando estos ejercicios en situaciones cotidianas (sentados, de pie, caminando, trabajando, etc.). Hay que ir practicando en las diferentes situaciones: con ruidos, con mucha luz, en la oscuridad, con mucha gente alrededor, solo, etc.

HABILIDADES SOCIALES

Desde la teoría del aprendizaje social, se asume que a través de la observación, modelado y feedback, los niños comienzan a descubrir cuáles son los comportamientos sociales apropiados ([Bandura, 1977](file:///C%3A%5CDocuments%20and%20Settings%5Csni%C3%B1o%5CEscritorio%5Creferencias.doc#Bandura77)) y, aunque en edades tempranas el modelado de los padres o adultos significativos juega un importante papel, el modelado y la interacción con los iguales tiene una fuerte influencia en la socialización posterior del niño. Así [Mischel (1966)](file:///C%3A%5CDocuments%20and%20Settings%5Csni%C3%B1o%5CEscritorio%5Creferencias.doc#Mischel66), por ejemplo, demuestra que los niños aprenden los roles sexuales a través de la observación, el modelado y la imitación de iguales del mismo sexo.

Como afirma [Warren (1984)](file:///C%3A%5CDocuments%20and%20Settings%5Csni%C3%B1o%5CEscritorio%5Creferencias.doc#Warren84), un factor importante para el desarrollo del niño es la naturaleza del propio ajuste emocional de los padres. La reacción emocional de los padres ante la deficiencia de su hijo puede poner amplias restricciones en la adecuación del ambiente social en casa e, indirectamente, influir en el curso del desarrollo social del niño.

Las reacciones ante la deficiencia y sus propias dificultades de ajuste pueden impactar de forma directa en la calidad y cantidad de interacciones sociales padres-hijo y afectar de forma adversa a la relación. Así, los padres de niños deficientes visuales pueden estar realmente en desventaja al llevar a cabo sus roles de padres debido a sus propias reacciones emocionales adversas (depresión, culpabilidad, sentimientos de desgracia, ansiedad). Por ejemplo, un padre deprimido puede no ser capaz de identificar e interpretar de forma adecuada las señales de su niño ciego. Los padres de estos niños pueden percibir en su hijo una falta de interés si no comprenden las formas en que el niño se expresa, y sin el reconocimiento de estas formas de expresión la interacción puede verse afectada de forma negativa.

En el análisis de las relaciones con los iguales es importante tener en cuenta la conducta de juego. Como afirma [Parsons (1986)](file:///C%3A%5CDocuments%20and%20Settings%5Csni%C3%B1o%5CEscritorio%5Creferencias.doc#Parsons86), el juego es un instrumento fundamental para el crecimiento y el desarrollo. En los primeros años, las rutinas de juego proporcionan oportunidades para aprender información nueva y para perfeccionar nuevas habilidades. En diversas investigaciones se han demostrado los beneficios del juego para la adquisición de conceptos, el desarrollo de competencias, la disminución de tensiones, la práctica de habilidades necesarias para la vida adulta, el control del ambiente, la adquisición del auto concepto y el desarrollo de habilidades sociales ([Skellenger y Hill, 1994](file:///C%3A%5CDocuments%20and%20Settings%5Csni%C3%B1o%5CEscritorio%5Creferencias.doc#Skellenger94)).

[Rettig (1994)](file:///C%3A%5CDocuments%20and%20Settings%5CUSER%5CEscritorio%5Creferencias.doc#Rettig94), al revisar la literatura existente sobre las características del juego en niños deficientes visuales, concluye que presentan déficit en este ámbito. Concretamente, el juego de los niños ciegos y deficientes visuales es más estereotipado ([Parsons, 1986](file:///C%3A%5CDocuments%20and%20Settings%5CUSER%5CEscritorio%5Creferencias.doc#Parsons86); [Rowland, 1984](file:///C%3A%5CDocuments%20and%20Settings%5CUSER%5CEscritorio%5Creferencias.doc#Rowland84)), de mayor manipulación y menor juego funcional ([Olson, 1981](file:///C%3A%5CDocuments%20and%20Settings%5CUSER%5CEscritorio%5Creferencias.doc#Olson81); [Parsons, 1986](file:///C%3A%5CDocuments%20and%20Settings%5CUSER%5CEscritorio%5Creferencias.doc#Parsons86)), con niveles más bajos o ausencia de juego simbólico ([Andersen, Dunlea y Kekelis, 1984](file:///C%3A%5CDocuments%20and%20Settings%5CUSER%5CEscritorio%5Creferencias.doc#Andersen1984); [Rogers y Puchalski, 1984](file:///C%3A%5CDocuments%20and%20Settings%5CUSER%5CEscritorio%5Creferencias.doc#Rogers84); [Rowland, 1984](file:///C%3A%5CDocuments%20and%20Settings%5CUSER%5CEscritorio%5Creferencias.doc#Rowland84)), y, a menudo, asilado ([Preisler y Palmer, 1989](file:///C%3A%5CDocuments%20and%20Settings%5CUSER%5CEscritorio%5Creferencias.doc#Preisler89)). Estos déficit se han asociado a las lagunas existentes en distintas áreas del desarrollo, como son el lenguaje, las habilidades cognitivas y las habilidades de exploración ([Erin, 1990](file:///C%3A%5CDocuments%20and%20Settings%5CUSER%5CEscritorio%5Creferencias.doc#Erin90); [Recchia, 1987](file:///C%3A%5CDocuments%20and%20Settings%5CUSER%5CEscritorio%5Creferencias.doc#Recchia87); [Warren, 1984](file:///C%3A%5CDocuments%20and%20Settings%5CUSER%5CEscritorio%5Creferencias.doc#Warren84)).

APOYO CON PARES

El apoyo con pares cuando no se interviene en grupo o la persona no esta preparada ya sea por su dolor emocional intenso dentro de la intervención individual en una de las sesiones contribuye a que el objetivo se vaya desarrollando en cuanto a la adaptación paulatina de su realidad actual.

CONTEXTO EDUCATIVO Y OTROS

El grupo de pares y maestros, que algunas veces tienen incredulidad de las fortalezas y capacidades del niño y el joven en el aula, los compañeros que al no tener conocimiento, sensibilización y educación con relación al compartir de este niño o joven desconoce y lo aísla física y socialmente haciendo del termino inclusión una palabra que en la practica no se esta viendo, sino conocen los derechos y deberes como persona en situación de discapacidad visual y familia.

Apoyándonos en los actores cercanos a este puede ser el maestro, docente aula de apoyo, compañero, acudiente. Etc. Reconocemos la importancia de entidades gubernamentales que brindan apoyo a la población en situación de discapacidad visual para fortalecer y desarrollar habilidades de la persona, como el Instituto de Recreación y Deporte, instituto de Cultura: Red de bibliotecas, Secretaria de Educación, institutos de Salud para valoraciones en el momento de requerirlas y nos permita complementar la información del perfil de la persona

Teniendo en cuenta la trayectoria considero importante dar a conocer mi experiencia y enriquecerme con los conocimientos y vivencias de profesionales que igual que yo, están buscando cada día ampliar más las herramientas de intervención para beneficio de las personas en condición de discapacidad visual su familia, generando cambio de paradigmas en la sociedad que faciliten nuestra convivencia.

No hay que juzgar a los hombres por sus opiniones, sino por lo que estas opiniones hacen de ellos. G.C. Lichternberg, libro de Consolación

**BIBLIOGRAFÍA.**

Becker, W. (1991). *Los padres son maestros. Programa de manejo infantil.* México: Trillas.

Burns, D.(1980). *Feeling good.* New York: Morrow.

Caballo, V. (1986). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta.* México: Siglo XXI.

Caballo Escribano Cristina, Verdugo Alonso Miguel Ángel, Habilidades sociales Programa para mejorar las relaciones sociales entre niños y jóvenes con deficiencia visual y sus iguales sin discapacidad. Organización Nacional de Ciegos Españoles, Madrid. Primera edición: Madrid, 2005

Cotler, y Guerra, (1976) Evaluación de habilidades sociales. México: Siglo XXI.

Checa Javier, Díaz, Pallero. Psicología y Ceguera. Manual para la intervención psicológica en el ajuste a la deficiencia visual.

Ellis, A. y Grieger, R. (1977). Handbook of rational-emotive therapy. New York: Springer Publishing Company.

Hamberger, L. K. y Lohr, J. M. (1984). Stress and Stress Management. Research and Applications. New York: Springer Publishing Company.

<http://www.psiquiatriaypsicologia.com/biografias-y-citas/conductismo/761-albert-ellis.html>

Jacobson, E. (1938) Progressive Relaxation. Chicago Press.

Kelly, J. (1987). Entrenamiento de las habilidades. España: Descleé de Brower.

Lange, A. y Jakubowski, P. Responsible assertive behavior. Champaign Ill: Research Press.

McKain, T. L. (1993). Entrenamiento en Competencias de Afrontamiento y Terapia Cognitiva-Conductual. En Sank L. I. y Shaffer, L. I. Manual del Terapeuta para la Terapia Cognitiva Conductual en Grupos. España: Desclée de Brouwer.

Minuchin Salvador, Fishman Charles. Técnicas de Terapia Familiar. Ediciones Paidos, 1984

Rimm, D.C. y Masters, J.C. (1980). Terapia de la conducta. Técnicas y hallazgos empíricos. México: Trillas.

Rinn, N. y Markle, A. (1994). Paternidad positiva: modificación de conducta en la educación de los hijos. México: Trillas.

Rodríguez, M. y Márquez, S. (1994) Solución de problemas y toma de decisiones. México: Manual Moderno.

Sank, L. y Shafer, C. (1991). Manual del terapeuta de terapia cognitivo-conductual. España: Descleé de Brower.

|  |
| --- |
|  |

Valadez Ramírez Alfonso1 Clínica Universitaria de Salud Integral. **Aplicación de técnicas cognitivo conductuales en un caso de problemas familiares**: reestructuración cognitiva, asertividad y manejo de contingencias. Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala. Revista Electrónica de Psicología Iztacala, vol 5 N. 2, julio 2002. Psicología online, técnicas de relajación, 2012

* 1. Friedman and James: [«The myth of the stages of dying, death and grief»,](http://www.grief.net/Articles/Myth%20of%20Stages.pdf) artículo (en PDF) en la revista Skeptic Magazine (2008). Consultado en 2008.
1. Kubler-Ross, E.: On death and dying. Nueva York: Routledge, 1973. [ISBN 0-415-04015-9](http://es.wikipedia.org/wiki/Especial%3AFuentesDeLibros/0415040159).
2. Kubler-Ross, E.: On grief and grieving: finding the meaning of grief through the five stages of loss. Nueva York: Simon & Schuster, 2005. [ISBN 0-7432-6344-8](http://es.wikipedia.org/wiki/Especial%3AFuentesDeLibros/0743263448).
1. Paul Watzlawick, “El Arte del Cambio” editorial Herder, 1986, págs. 16 - 17 [↑](#footnote-ref-1)