

Programa de orientación y movilidad con una persona ciega y con problemas de agorafobia

M. Senís Gilmartín

RESUMEN: Se presenta un programa de rehabilitación en el área de orientación y movilidad con una persona ciega con problemas de agorafobia, con el objetivo de proporcionar al rehabilitando el mayor nivel de autonomía en las tareas concretas de orientación y movilidad, garantizando niveles adecuados de seguridad. El desarrollo del programa supuso tanto una modificación de las técnicas de intervención habituales, como una mayor integración de la colaboración con otros profesionales. En este artículo se describe el caso, se indica el proceso de intervención y se exponen la metodología utilizada, el programa, los resultados logrados y las conclusiones obtenidas.

PALABRAS CLAVE: Rehabilitación. Orientación y movilidad. Programas de orientación y movilidad. Agorafobia.

ABSTRACT: The aim of the orientation and mobility rehabilitation programme described in this article was to provide a blind person suffering from agoraphobia with a high degree of independent mobility, as well as suitable levels of safety. The programme called for adapting standard intervention techniques and seeking greater inter-professional cooperation. The article describes the intervention process, along with programme methodology, results and conclusions.

KEY WORDS: Rehabilitation. Orientation and mobility. Orientation and mobility programmes. Agoraphobia.

Introducción

Los programas de rehabilitación en el campo de la orientación y movilidad de las personas con discapacidad visual requieren, sin duda, un tratamiento individualizado. Nosotros evaluamos las necesidades reales de cada alumno en todos los ámbitos (personal, familiar, social y laboral), así como sus características personales, intereses, expectativas y capacidades físicas y psicológico-emocionales. Todo esto hace que cada programa sea único.

Los factores psicológicos pueden ralentizar, e incluso impedir, los objetivos que se pretenden. El miedo, la ansiedad, el temor al ridículo, la baja autoestima, la depresión y la inseguridad pueden hacer que el estado emocional del usuario sea inestable, y, en algunos casos, hasta impida la realización de los programas.

Es habitual que cuando un alumno se enfrenta con la calle o con entornos complejos por los que necesita desplazarse aparezcan el miedo y la ansiedad. Cuando esto ocurre de forma exagerada el técnico de rehabilitación tiene que modificar técnicas y metodologías en su programa, y, en muchas ocasiones, hasta mantener refuerzos interprofesionales para superar estas barreras.

Tomando como marco de intervención todo lo anterior, voy a presentar el caso práctico de un programa de rehabilitación que desarrollé en el área de orientación y movilidad con una persona ciega con problemas de agorafobia, y que ha requerido modificar las técnicas de intervención que habitualmente se utilizan, así como integrar la colaboración con otros profesionales.

El objetivo, por lo tanto, es proporcionar a una persona ciega con agorafobia el mayor nivel de autonomía posible para las tareas concretas de OyM, garantizando niveles adecuados de seguridad.

Descripción del caso

Carlos tiene 35 años, y es ciego desde los 11 años. A los 18 tuvo el primer contacto con nosotros, la ONCE. Decidimos que lo mejor sería que hiciera un programa de rehabilitación integral en uno de nuestros centros. Carlos debía aprender muchas habilidades y destrezas para alcanzar muchos objetivos de la vida diaria y de orientación y movilidad para conseguir ser autónomo. Los resultados fueron suficientes. Desde el primer momento era evidente su ansiedad ante espacios abiertos y su miedo ante nuevas situaciones y aprendizajes. Este problema se agudizó cuando volvió del Centro a su pueblo. Allí no aplicó lo aprendido, entre otras cosas porque nunca estaba solo, siempre rodeado y acompañado de sus familiares. Pasados unos meses era incapaz de salir solo a la calle.

Después de quince años, Carlos decide dar un giro a su vida y solicita de nuevo un Programa de Rehabilitación. Esta vez, no solo para ser independiente en su pueblo, sino también en otros entornos donde pudiera tener más posibilidades de desarrollo personal, social y laboral.

Carlos tiene, en ese momento, 33 años, y después de valorar sus necesidades, intereses y capacidades, me encuentro con una persona a la que se le ha diagnosticado agorafobia. Como el problema de la agorafobia de Carlos no es consecuencia de la ceguera, decidimos buscar la ayuda de otro profesional, un psicólogo, en los servicios sociales de su pueblo.

Intervención

Antes de hablar acerca de la intervención y de cómo se desarrolló el programa, debemos definir qué es agorafobia y qué síntomas presenta.

Según el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* la agorafobia es miedo o ansiedad hacia dos (o más) de las cinco situaciones siguientes:

- Uso del transporte público.
- Estar en espacios abiertos.
- Estar fuera de casa solo.
- Estar en medio de una multitud.
- Estar en sitios cerrados.

Carlos se ajustaba a las cuatro primeras; situaciones que, de forma consciente, intentaba evitar. En la mayoría de ellas se producían ataques de pánico: es decir, aparecía de forma súbita un miedo y un malestar intensos con síntomas como palpitaciones, aceleración de la frecuencia cardíaca, sudoración, temblores y sacudidas, dificultad para respirar y sensación de ahogo.

El tratamiento de la agorafobia que la psicóloga llevó a cabo estaba basado en una terapia conductista. Muchas sesiones las preparábamos conjuntamente la psicóloga y yo. Ella necesitaba información de cómo una persona ciega realizaba las tareas de la vida diaria y, sobre todo, de orientación y movilidad para que estas se desarrollaran con éxito.

El tratamiento con la psicóloga se concretó en técnicas de relajación, de control de la respiración y en resolver situaciones poniéndose *in situ*, es decir, imaginando la realidad. Después, analizó con el usuario todos aquellos estímulos que le producían una ansiedad exagerada... y dio la casualidad de que eran los necesarios para una buena movilidad (indicadores y referencias, ayuda del público, etc.). Me dijo que me centrara en ello y que buscara la forma de reemplazar los estímulos o de eliminarlos.

El tiempo que duró el tratamiento de Carlos con la psicóloga de forma individualizada fue de seis meses. Una sesión por semana. Yo inicié el programa de OyM en el cuarto mes, una o dos veces por semana, y las sesiones duraban entre 60 y 90 minutos. Trabajamos juntos durante un año y medio.

Mi intervención, siguiendo las indicaciones de la psicóloga con Carlos, comenzó en zonas despejadas, sin tráfico, sin público y muy fáciles... Y aunque en un principio parecía que Carlos lo iba consiguiendo, pronto me di cuenta de que cuando aparecía el ruido de un coche o un obstáculo inesperado, mi alumno se bloqueaba y comenzaban los síntomas de una crisis de ansiedad.

Volví a hablar con la psicóloga, y conscientes de que dichos estímulos no pueden evitarse en exteriores, decidimos hacer una reeducación del sentimiento que aquellos provocaban. Empezamos a trabajar para transformar el miedo que tenía Carlos a los diferentes estímulos en herramientas que le sirvieran para algo, convirtiéndose entonces en sus aliados para conseguir desplazarse de forma autónoma. Los estímulos son los siguientes:

- **El tráfico.** En técnica guía analizábamos el tráfico, cuál era su dirección, si las calles eran de de doble sentido o sentido único, si había mucho o poco tráfico, a qué distancia estaban los coches de nosotros, etc. Más adelante y con el bastón, hicimos los mismos ejercicios e introdujimos algunos nuevos, como caminar paralelo al tráfico o caminar perpendicular a él; al principio lo acompañaba y, poco a poco, me iba separando.
- **Los cruces.** En técnica guía estudiábamos los cruces con la ayuda del tráfico, es decir, si estaban regulados por semáforo o no. También decidía él cuál era el momento del cruce, con y sin semáforo. Y así, poco a poco, se fue haciendo «amigo» del tráfico porque lo necesitaba para saber cuándo debía cruzar. En la mayoría de las sesiones solo cruzaba la calle si oía el ruido del

tráfico, aunque fuera muy lejos; yo no le permitía cruzar cuando no oyera nada.

- *Obstáculos.* Desde el principio, nos pusimos a hacer ejercicios de búsqueda y reconocimiento de obstáculos. Después, cuáles eran los necesarios como referencias para la orientación o como indicadores de confirmación de que todo iba bien. Desechábamos los inservibles, y pronto consiguió no paralizarse ante ellos, sino que los abordaba y los rodeaba, utilizando y procesando información.
- *El público.* Hicimos muchos ejercicios de interacción con el público. Al principio, su cometido era simplemente contestar con un «no, gracias» cuando la gente se acercaba para ayudarlo. Luego, ejercicios de «sí, gracias» cuando le ofrecían ayuda, aunque no le hiciera falta. Más adelante, ejercicio de pedir una localización, y, finalmente, de petición de ayuda para hacer un cruce.



Empezamos a realizar recorridos nuevos con autonomía, en los que tenía que integrar todo lo aprendido o reeducado, y la mayoría de las veces lo hacía bien y tranquilo, pero había otras —por ejemplo, a la hora de hacer un cruce— en los que, sin ningún motivo aparente, se bloqueaba. Se quedaba paralizado, y pronto aparecían síntomas respiratorios de que aquello no iba bien y de que podía desencadenar en una crisis de ansiedad.

Hablé de nuevo con la psicóloga y me explicó que en esos casos teníamos que buscar reacciones y tareas inmediatas para desbloquearlo. Esperar a que reaccionara él solo después de un bloqueo de varios minutos era muy difícil. Carlos y yo diseñamos un plan para cuando esto ocurriera, lo llamamos *el plan B*.

En caso de bloqueo al cruzar, debía volver a la pared e intentar el cruce de nuevo. Y si se volvía a bloquear, media vuelta y a repetir, pero esta vez no desde la pared, sino desde más atrás, repitiendo parte del itinerario. Como último recurso, teníamos la ayuda del público. Mejor cruzar con él que «morir en el intento». Era importante el hecho de cruzar como fuera, con o sin ayuda del público, pero nunca con la mía.

Cuando supo que siempre tendría recursos para cruzar, curiosamente, el bloqueo fue desapareciendo, y ya no necesitaba ni necesita casi nunca la ayuda del público.

Metodología

Los primeros meses trabajamos en su pueblo, dos veces por semana, pero los últimos meses lo hicimos en otra localidad mucho más grande y con más posibilidades. Al final, fue capaz de coger él solo el transporte público.

La psicóloga intervino de forma intensa en los primeros meses. Después, las sesiones se fueron espaciando, aunque, en definitiva y a lo largo de todo el programa, tuvo sesiones puntuales para reforzar el trabajo que mi alumno y yo estábamos haciendo. Hubo constante contacto entre los profesionales durante todo el aprendizaje.

He de señalar que, cuando ves que tu alumno empieza a hacer bien las cosas, es cuando más le exiges, y cuando cometí el error de realizar sesiones en las que solo hacíamos cruces. Después de varios cruces sin sentido, mi alumno estaba saturado, y, si me descuido, con inicio de crisis de ansiedad. No debemos olvidar que aunque el aprendizaje vaya bien, él sigue con sus problemas de agorafobia. Aprendí que es mejor integrar el cruce en un recorrido lógico, es decir, que cruce cuando le toque cruzar.

Por otro lado, y en los primeros meses del entrenamiento, cuando los objetivos no se conseguían, acerté provocando o intercalando en el programa sesiones que, aunque yo sabía que no le enseñarían nada nuevo, él las haría con éxito. De esta forma, conseguía que el alumno tuviera confianza en sí mismo y yo la recuperara también (que es importante).

Programa

Una vez tuvimos claro la psicóloga y yo cómo trabajar y sobre todo, ***a qué no podíamos renunciar en un programa de orientación y movilidad con una persona ciega***, diseñamos el programa con los objetivos.

Objetivo principal

Conseguir que el alumno sea capaz de desplazarse con autonomía y seguridad en entornos conocidos y desconocidos, y de coger el transporte público.

Objetivos secundarios

- Caminar de forma adecuada por la calle con el bastón de movilidad.
- Realizar cruces con y sin semáforos.
- Localizar obstáculos y bordearlos.
- Estar orientado en todo momento y, si hay pérdida, saber cómo reorientarse.
- Desenvolverse en estaciones de autobuses y de trenes con eficacia.
- Pedir ayuda al público para localizar distintos elementos, confirmar su ubicación y para reorientarse en caso de pérdida.

Prerrequisitos

- Ejercicios de relajación en su domicilio, en interiores y en exteriores.
- Caminar solo por la calle con tranquilidad.
- Caminar paralelo y perpendicular al tráfico.
- Interpretar correctamente el ruido del tráfico.
- Interiorizar que el tráfico es una herramienta para la orientación y la movilidad.
- Interiorizar que el mobiliario urbano, o cualquier tipo de obstáculo, se puede utilizar como herramienta para la orientación.
- Interactuar con el público con naturalidad.

Resultados

Carlos es capaz de desplazarse solo con seguridad por entornos conocidos y utilizar el transporte público. Cuando tiene que enfrentarse a situaciones nuevas, puede controlar la ansiedad que esto le produce y desenvolverse con naturalidad. Vive solo en un pueblo muy grande, que no es el suyo. Ha trabajado como vendedor del cupón. Ahora ha iniciado un programa de educación de adultos. Tiene muchos amigos, con quienes monta en tándem casi todos los fines de semana, y acude a numerosas actividades organizadas por la ONCE en otra localidad lejos de su casa. Tiene novia y está aprendiendo a tocar la guitarra española. Carlos es feliz.

Creo que esta experiencia puede servir no solo como guía para casos similares, sino también para otras muchas situaciones en las que nos encontramos con alumnos que presentan ansiedad o miedo a la hora de trabajar objetivos, sean de vida diaria o de orientación y movilidad.

Conclusiones

Un técnico de rehabilitación, ante problemas graves de ansiedad del rehabilitando en un programa de aprendizaje,

- No debe huir ni evitar los estímulos que provocan miedo.
- El técnico debe analizar, estudiar y utilizar aquellos estímulos que provocan ansiedad, y trabajar para que se conviertan en algo positivo para el alumno, es decir, que sirvan de ayuda y de pauta para la consecución del objetivo.
- Dichos estímulos, ahora objetivos, no se deben abordar de forma aislada siendo protagonistas únicos de las sesiones, es mejor integrarlos de forma natural y cotidiana en una tarea de vida diaria o en un recorrido dentro del programa de rehabilitación.
- El técnico deberá diseñar y enseñar ciertas conductas sencillas para que, ante la posibilidad de una crisis de ansiedad, el rehabilitando sepa qué tiene que hacer.

- Provocar sesiones en las que el éxito esté garantizado, ayuda a reforzar la autoestima del alumno y la confianza del técnico respecto al objetivo final del programa.

Marta Senís Gilmartín, técnico de rehabilitación. Agencia Administrativa de la ONCE en Ciudad Real. Calle Ruiz Morote, 9; 13001 Ciudad Real (España).
Correo electrónico: maseg@once.es.