

INFORMES PORTAL MAYORES

Número 37

Impacto de la deficiencia visual en personas mayores. Un análisis desde una perspectiva psicosocial

Autor: Díaz Veiga, Purificación

Filiación: Organización Nacional de Ciegos (ONCE). Delegación Territorial de Castilla y León (Valladolid)

Contacto: pdv@once.es

Fecha de creación: 15-06-2005

Para citar este documento:

DÍAZ VEIGA, Purificación (2005). "Impacto de la deficiencia visual en personas mayores. Un análisis desde una perspectiva psicosocial". Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, nº 37. [Fecha de publicación: 20/06/2005].

<<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/diaz-impacto-01.pdf>>

Una iniciativa del IMSERSO y del CSIC © 2003

ISSN: 1885-6780

Impacto de la deficiencia visual en personas mayores. Un análisis desde una perspectiva psicosocial

1. Introducción

“Alguna de las imperfecciones que acompañan la vejez pueden compensarse de diversas maneras. Las gafas y los audífonos sirven para este propósito, pero también podemos beneficiarnos de un mundo diseñado de tal manera que podamos actuar razonablemente bien a pesar de nuestras deficiencias”. B.F.Skinner.

El proceso de envejecimiento conlleva la aparición de muy diversas enfermedades que pueden afectar al bienestar y la autonomía de las personas mayores. La deficiencia visual derivada de enfermedades oftalmológicas asociadas al envejecimiento constituye un fenómeno en progresivo crecimiento. Concretamente, la Degeneración Macular Asociada a la Edad (DMAE) es la causa de problemas visuales más frecuente entre las personas de edad avanzada, y se estima que la población afectada crecerá espectacularmente en los próximos años, llegando a constituir un problema de salud de primer orden. Además, todavía se dispone de tratamientos limitados para controlar la evolución del deterioro visual ocasionado por enfermedades como la degeneración macular, ello conlleva que las personas mayores afectadas deben adaptarse a una pérdida progresiva de visión (Whal, Becker, Burmedi, y Schilling, 2004).

Por otro lado, existe evidencia empírica acerca de las repercusiones tanto funcionales como emocionales que se derivan de la deficiencia visual. Así, muy diversos trabajos coinciden en señalar el impacto que ocasiona en el desempeño tanto de Actividades Básicas e Instrumentales de la vida diaria (Whal et al., 2004) como en el estado de salud de las personas afectadas (Castellote, 2001).

En este mismo sentido, se ha establecido que la deficiencia visual asociada a la edad se ha encontrado consistentemente relacionada con trastornos emocionales, especialmente con manifestaciones depresivas.

Todo ello, pone de relieve la necesidad de prestar atención a los diversos factores implicados en el origen de las repercusiones funcionales y emocionales derivadas de la deficiencia visual, con el fin de identificar propuestas de intervención que contribuyan a favorecer una adaptación exitosa de las personas mayores. Así, en los últimos años y tanto desde la perspectiva del estrés (Checa, Díaz y Pallero, 2003) como desde la del Proceso de Discapacidad (Verbrugge y Jette, 1994; Puga y Abellán, 2004), se han desarrollado numerosos estudios dirigidos a identificar los factores psicosociales implicados en las repercusiones de la deficiencia visual asociada a la edad.

En este trabajo se presta atención al análisis de estas cuestiones. En primer lugar, se presentan datos acerca de la relevancia de la deficiencia visual entre las personas de edad y se describen las enfermedades asociadas a su origen. A continuación se analizan las repercusiones que se han identificado asociadas a la deficiencia visual, así como los factores psicosociales que las modulan. Por último se presentan algunas perspectivas de intervención que se derivan de esta perspectiva psicosocial.

2. Importancia de la Deficiencia visual en personas mayores

La población de personas mayores deficientes visuales se está incrementando en la medida que aumenta el envejecimiento de la población. Este fenómeno lleva consigo un crecimiento progresivo del número personas mayores afectadas por enfermedades oftalmológicas, asociadas al proceso de envejecimiento que, si bien no producen ceguera total, si causan limitaciones visuales significativas.

En lo que hace referencia al contexto occidental, diversos trabajos coinciden en señalar la importancia de la deficiencia visual entre la población de personas mayores. Algunos estudios muestran que el deterioro visual afecta a un sector relevante de las personas mayores norteamericanas (13%). El grupo de personas mayores afectadas por deficiencia visual se incrementa notablemente considerando distintos grupos de edad. Así, entre el grupo de 75 a 84 años, se encuentran afectadas el 16%, pasando a ser del 27% entre las personas de más de 85 años. (National Center for Health Statistics, 1986). En una Encuesta posterior, patrocinada por la institución norteamericana Lighthouse Internacional (The Lighthouse, 1995), el 20% de la población encuestada mayor de 65 años informa padecer dificultades visuales, este porcentaje asciende al 26% cuando se interroga al grupo de más de 75 años.

Un patrón similar de resultados se encontró en un estudio con personas mayores británicas en el que se aplicaron los criterios de la Organización Mundial de la Salud. Los resultados muestran que la incidencia de deficiencia visual se asociaba a la edad, de modo que el 35% de las personas de 85 años la presentaban. Este mismo estudio también objetivó que los ancianos que vivían en residencias y las mujeres tenían más probabilidades de presentar deterioro visual (cit.por Castellote, 2001).

En lo que hace referencia a nuestro medio, los datos disponibles no son muy diferentes. Así, se ha demostrado en estudios de población que el déficit de la función visual afecta entre el 4 y el 7% de la población entre 71 y 74 años, se incrementa hasta el 16 % en los mayores de 80 años y alcanza el 39% cuando se trata de personas de más de 90 años (Ramos, Serrano, Tena-Dávila, et al.), 2004). Por otro lado, El análisis de los datos relativos a la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencia y Estado de Salud revela que casi la cuarta parte de personas con discapacidad de más de 65 años de nuestro país manifiestan deficiencias visuales (mala visión o ceguera total) (INE, 2002).

En este mismo sentido, en la población afiliada a la Organización Nacional de Ciegos (ONCE), se puede constatar un progresivo incremento de incorporación de personas mayores en los últimos años. Al finalizar el año 2002, 24.774 personas mayores de 65 años cumplían el criterio oftalmológico necesario para la afiliación a la ONCE, es decir presentaban una agudeza visual menor de 0.1 o una reducción de campo de 10 o más grados. Este grupo de edad constituía el 39% del total de afiliados a la Organización (ONCE, 2002).

Por otro lado, y aunque los datos indicados avalan suficientemente la importancia de la población anciana deficiente visual y consecuentemente la necesidad del desarrollo de acciones dirigidas a su atención, algunos trabajos ayudan a poner de relieve el bajo grado de sensibilización en relación con la relevancia de este déficit sensorial.

Así, se ha señalado que las personas mayores consideran que las dificultades visuales constituyen fenómenos asociados la edad, a los que hay que irse adaptando. Estas creencias conllevan una sobreestimación de sus capacidades visuales y un escaso grado de percepción de las limitaciones de visión. Concretamente, en un trabajo desarrollado con un grupo de ancianos ingleses, algo menos del 20% informaron tener limitaciones de visión (17%), sin embargo cuando se evaluó la agudeza visual mediante una prueba objetiva se constató que más de un tercio del grupo (35%) presentaban dificultades (Long, Holden y Mulkerrin, 1991). Por otro lado, aún en el caso de que reconozcan las dificultades visuales, éstas suelen estar mal controladas. Algunos estudios muestran que tan sólo el 20 % de los mayores que utilizan gafas tienen un adecuado nivel de visión. Esta falta de control de los problemas de visión se da en todos los grupos de edad de las personas mayores, pero adquiere más importancia a medida que se incrementa la edad (Ramos, et al., 2004).

Esta ausencia de sensibilización hacia las limitaciones visuales se pone también de relieve en la ausencia de revisiones periódicas de la visión por parte de los médicos de atención primaria y de especialistas. En un trabajo desarrollado en Alemania, se puso de relieve que el médico sólo conocía la mitad de los casos con problemas de visión de un grupo de mayores de 60 años y que el 25% no había acudido al oftalmólogo en los dos años anteriores (Castellote, 2001)

En definitiva, el bajo grado de sensibilización hacia la deficiencia visual de las personas mayores conlleva que ésta no sea identificada, diagnosticada y controlada en sus manifestaciones iniciales. Por el contrario, el carácter progresivo de la deficiencia visual por la que se ven afectados los mayores suele conllevar que éstos vayan generando cambios de comportamiento y restringiendo su autonomía, con el fin de ajustarse a la disminución de sus capacidades visuales. Concretamente, evitar salidas a la calle, restringir las actividades en las que se participa o mostrar un comportamiento desorientado y confuso suelen ser respuestas de personas mayores ante sus restricciones visuales (Ver Tabla 1).

Tabla 1

Comportamientos de personas mayores indicativos de déficit visual

Arrastrar los pies en las escaleras

Cambios en la manera de andar o de estar de pie

Dejar de participar en actividades

Llevar ropa manchada o sucia

Mostrarse desorientado

Mostrarse deprimido

Comportamiento irritable

Adaptado de Duffy, y Beliveau-Tobey (1991)

Todo ello pone de relieve la necesidad de establecer acciones dirigidas a la detección inicial de la deficiencia visual de personas mayores que permite abordar tanto el tratamiento de las enfermedades que las originan (Ramos et al., 2004), como la puesta en práctica de medidas rehabilitadoras dirigidas a la prevención de comportamientos dependientes y de manifestaciones depresivas (Kemp, 2000).

3. Enfermedades oftalmológicas asociadas a la deficiencia visual en personas mayores

Muy diversos estudios coinciden en señalar que las principales causas de la deficiencia visual en personas mayores son, la Degeneración Macular Asociada a la Edad, las Cataratas el Glaucoma y la Retinopatía Diabética debido a la diabetes Mellitus. (Orr, 2000, Ryan, 2002; Horowitz, 2004, Ramos, et al. , 2004).

La Degeneración Macular asociada a la edad (DMAE) es una enfermedad degenerativa de la retina que causa la pérdida de visión central y el detalle de las imágenes, manteniendo únicamente intacta la visión lateral o periférica. Existen dos tipos. La Degeneración Macular Seca o Atrófica más frecuente y de evolución más lenta y la Degeneración Macular Húmeda o neovascular mucho más agresiva y con una rápida evolución hacia la pérdida de visión central. Actualmente se aplican tratamientos oftalmológicos dirigidos a controlar las manifestaciones y evolución de la Degeneración Macular Húmeda. En el caso de la Degeneración Macular Seca, aunque se están poniendo a prueba algunas propuestas, sin embargo, no se dispone todavía de tratamientos definitivos. La Degeneración Macular es la primera causa de ceguera en los países desarrollados entre la población mayor de 65 años. Las previsiones de la Organización Mundial de la Salud sugieren que en las próximas décadas los afectados por esta edad se triplicarán como consecuencia del incremento de la longevidad en los países industrializados.

Las personas mayores afectadas por DMAE deben afrontar una progresiva pérdida visual que afectará a tareas como leer, reconocer caras, identificar números de autobuses, etc., necesarias todas ellas para desenvolverse con autonomía por el entorno habitual. Aunque el riesgo de perder absolutamente la vista es muy bajo, y además se dispone de ayudas ópticas que pueden paliar las limitaciones antes indicadas, las personas mayores afectadas por ella deben hacer uso de todas sus competencias para compensar los efectos que causa la enfermedad en su vida diaria (Whal, et al., 2004).

El Glaucoma es una lesión irreversible del nervio óptico producida por el aumento de la tensión ocular. Salvo que se trate a tiempo, la pérdida de visión resultante es gradual y permanente, con reducción tanto del campo como de la agudeza visual.

Las personas afectadas generalmente no son conscientes de que están perdiendo visión hasta que el deterioro visual es muy significativo. Un estudio desarrollado con población norteamericana puso de relieve que el 40% de las personas que están experimentando pérdidas visuales debido al glaucoma no estaban diagnosticados en el momento de desarrollarse el trabajo, por otro lado, algunos trabajos señalan que casi la mitad de personas con glaucoma no son conscientes de su enfermedad. Dado que el glaucoma deteriora la visión periférica, las tareas de movilidad son las más afectadas (Horowitz, 2004).

Las Cataratas se caracterizan por la pérdida de transparencia del cristalino que ocasiona visión borrosa y una moderada sensibilización al deslumbramiento. Su efecto depende del área que ocupe y de su progresión. El tratamiento de las cataratas consiste en la implantación quirúrgica de una lente intraocular que sustituye al cristalino. En la actualidad, las técnicas quirúrgicas actuales aseguran la recuperación de la visión previa a la existencia de la catarata. Por este motivo, los expertos recomiendan intervenir lo antes posible ya que los resultados se

pueden ver afectados tanto por la edad del paciente como por la patología ocular asociada (Ramos, et al., 2004).

La Retinopatía Diabética se produce en casos de diabetes prolongada, en que los cambios vasculares afectan a los vasos sanguíneos del ojo. La gravedad depende de la región ocular afectada, pero el deterioro comienza con un anillo ciego que rodea a la visión central, mientras la visión periférica a distancia se mantiene intacta. La Retinopatía Diabética en sus fases iniciales no produce ningún síntoma a la persona afectada. Cuando ésta percibe disminución de su agudeza visual, la enfermedad ya se encuentra en una fase avanzada, lo que dificulta un tratamiento eficaz. Sin embargo, un buen control de los niveles de glucosa en sangre y el tratamiento riguroso de ciertos factores de riesgo retrasan su aparición y disminuyen su severidad. El tratamiento con láser no cura la enfermedad pero puede prevenir la evolución hacia la ceguera en más del 80% de los casos.

En la tabla 2 se resumen las consecuencias que para la visión tienen estas enfermedades. Tal y como se ha indicado el grado y tipo de deterioro visual varía dependiendo de la enfermedad y de la salud de la persona que la padece, así como el momento en el que se diagnostica y controla. Por otro lado, aunque la mayoría de las personas mayores afectadas suelen conservar cierto grado de visión residual, deben hacer frente a cambios tanto en la esfera personal como social para ajustarse a la limitación, en muchos casos, progresiva, de visión. En el apartado siguiente, se dedica atención a las repercusiones funcionales y emocionales que se han identificado en relación con el impacto de la deficiencia visual.

Tabla 2

Consecuencias visuales de enfermedades oftalmológicas de personas mayores

<i>Enfermedad oftalmológica</i>	<i>Consecuencias en la visión</i>
Degeneración macular	<ul style="list-style-type: none">• Dificultades en la percepción de detalles• Visión Borrosa• Deslumbramiento• Objetos deformados
Glaucoma	<ul style="list-style-type: none">• Escasa sensibilidad al contraste• Percepción defectuosa de color• Pérdida de visión nocturna• Dolor ocular
Cataratas	<ul style="list-style-type: none">• Agudeza visual reducida en el campo central• Visión borrosa• Sensibilidad al deslumbramiento• Percepción defectuosa de color
Retinopatía Diabética	<ul style="list-style-type: none">• Puntos negros en el campo central y periférico• Sensibilidad frente a destellos• Falta de acomodación visual• Disminución en la percepción de color

4. Implicaciones de la deficiencia visual en la autonomía la salud y la participación social.

Muy diversos estudios desarrollados con población norteamericana ponen de manifiesto que las personas mayores afectadas por deficiencia visual presentan más discapacidad funcional que sus coetáneos que no la padecen (Horowitz y Reinhardt, 2000). Además, algunos autores resaltan que el deterioro visual puede conllevar un impacto en la capacidad para desarrollar la vida diaria significativamente mayor que otros problemas de salud frecuentes entre las personas mayores (Furner, Rudberg y Cassel, 1995). En estudios realizados en nuestro país se pone de relieve que la deficiencia visual es una causa relevante de discapacidad tras la osteoartrosis y la enfermedad cardiaca (Castellote, 2001). Datos más recientes indican que la deficiencia visual es la segunda causa de discapacidad entre las personas mayores españolas (8,8 % de los mayores) después de las enfermedades osteoarticulares (11.8%) (IMSERSO, 2003).

Un reciente trabajo desarrollado en el marco de la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud ayuda a precisar algunas de las implicaciones funcionales de la deficiencia visual, respecto a mayores que no la presentan. Concretamente, las personas mayores deficientes visuales informan tener limitaciones para caminar, acostarse y levantarse de la cama o para levantarse o sentarse. En este mismo sentido, los encuestados deficientes visuales informaron la presencia de estas dificultades dos veces más respecto a personas mayores de los mismos tramos de edad, pero sin deficiencia visual. Las limitaciones relativas a salir fuera o acudir a lugares públicos, preparar comidas, hacer compras, manejar dinero y medicación fueron informadas tres veces más por mayores deficientes visuales que por mayores sin deficiencia visual (Crews, Campbell, 2001). Un trabajo más reciente en el que se utilizaron medidas estándar, en la investigación gerontológica obtuvo resultados semejantes. Concretamente, las personas mayores con deficiencia visual presentaron limitaciones especialmente en Actividades Instrumentales de la Vida Diaria tales como: identificar y manejar dinero, utilizar

el teléfono, escribir cheques y tomar la medicación (Travis, Boerner, Reinhardt y Horowitz, 2004).

Por último, en un estudio longitudinal, Heyl y Wahl (2001) han venido a corroborar estos efectos a largo plazo. Concretamente, el grupo de personas mayores deficientes visuales participantes en el estudio presenta un nivel de capacidades funcionales estable a lo largo de los 5 años del estudio, inferior al grupo control de personas mayores sin deficiencia visual. Además, en las actividades de ocio efectuadas fuera de casa, el grupo de personas mayores deficientes registró un progresivo decremento a lo largo del tiempo, mientras que el nivel de participación de las personas mayores del grupo control permaneció constante en las sucesivas medidas que se tomaron a lo largo del tiempo.

Tabla 3

Limitaciones y restricciones de las personas mayores deficientes Visuales

Limitaciones de personas mayores con deficiencia visual	Restricciones en la participación de personas mayores con deficiencia visual
Caminar Acostarse y levantarse de la cama Levantarse o sentarse de la silla Salir fuera de casa Ir a lugares públicos Preparar comidas, Hacer compras Manejar dinero Manejar medicación	Ir a misa Ir a espectáculos Comer en restaurantes

Adaptado de Crews y Campbell (2001)

Por otro lado, las pérdidas visuales en personas mayores suelen presentarse con otros déficit de salud, de modo que pueden afectar a las manifestaciones de la enfermedad o a pautas de autocuidado necesarias para su manejo. Así por ejemplo, en ancianos con la enfermedad de Alzheimer una peor agudeza visual está asociada a un mayor número de delirios y de alucinaciones visuales y además éstas son más persistentes y severas (Castellote, 2001). En otros casos, las disminuciones visuales son secundarias a un trastorno de salud. Así por ejemplo, la ocurrencia de accidentes cerebrales puede estar asociada a disminuciones visuales significativas. En este caso, las funciones visuales afectadas estarán en relación con las características de la lesión, el hemisferio cerebral afectado y las capacidades preservadas (Orr, 2000).

En segundo lugar, actividades como el control de insulina, en caso de las personas mayores diabéticas, la práctica del ejercicio físico, la lectura de prescripciones médicas o el seguimiento de una dieta adecuada, pueden estar afectadas en personas mayores deficientes visuales con enfermedades asociadas al proceso de envejecimiento.

Otra línea de interés en relación con la salud y la deficiencia visual es la relativa al papel de la deficiencia visual en el origen de trastornos de salud. Algunos trabajos empíricos recientes muestran el efecto generador de las dificultades visuales en la aparición de limitaciones asociadas al origen de enfermedades y un mayor riesgo de mortalidad.

Así, algunos datos disponibles de población americana indican que cohortes jóvenes de personas mayores (entre 70 y 74 años) con deficiencia visual tienen más probabilidades que, personas de la misma edad sin deficiencia visual, se vean afectados por artritis, reumatismo, hipertensión o trastornos cardiovasculares (National Center for Health Statistics, 1998). Además, aunque las tasas de accidentes cerebrovasculares se incrementan con la edad, son significativamente más elevadas entre los mayores con dificultades visuales. Por último, se ha identificado que las dificultades visuales de las personas mayores pueden

estar relacionadas con alteraciones del equilibrio, y fracturas óseas asociadas a caídas (Crews y Campbell, 2001, y Castellote, 2001). Asimismo, algunos autores han señalado la necesidad de indagar el tipo de relación entre el deterioro cognitivo y las dificultades visuales en personas mayores (Wahl, Tesch-Römer y Rott, 2000).

Aunque el origen transaccional de muchos de estos datos no permite establecer una relación causal entre dificultades visuales y problemas de salud, ponen de manifiesto que los porcentajes de mayores deficientes visuales que presentaban los problemas de salud analizados son mayores respecto al sector de población mayor sin esta deficiencia. En este mismo sentido, algunos trabajos señalan que las personas mayores con deficiencia visual valoran peor su salud que los mayores sin dificultades de visión, participan con menos probabilidad en programas de ejercicio físico y son cada vez menos activos cuando informan acerca su nivel de actividad respecto al desarrollado el año anterior (Crews y Campbell, 2001). Además de presentar un grado mayor de comorbilidad y de condiciones secundarias a la deficiencia visual así como ciertas limitaciones, las personas mayores deficientes visuales presentan ciertas restricciones en su participación social. Así, diversos investigadores han resaltado que las personas mayores deficientes visuales son menos independientes que sus coetáneos videntes, limitando su movilidad y sus salidas fuera de casa. En este mismo sentido, la participación en actividades comunitarias, tales como ir a misa, acudir a espectáculos culturales o recreativos (Crews y Campbell, 2001) es menor entre los mayores deficientes visuales que entre los que no lo son .

En definitiva, la evidencia disponible pone de manifiesto que la deficiencia visual se asocia a dificultades en actividades habituales de las personas mayores. Estas limitaciones, por sí mismas, o en conjunción otras consecuencias del envejecimiento pueden desencadenar nuevas enfermedades, o, incluso disminuir las expectativas de vida de los mayores deficientes visuales (Castellote, 2001). Desde esta perspectiva, el análisis de las repercusiones psicosociales de la deficiencia visual, así como los factores implicados en el proceso de ajuste de los mayores puede contribuir a explicar algunas de las consecuencias indicadas anteriormente.

5. Deficiencia visual, Discapacidad y Depresión

Además de las repercusiones funcionales de la deficiencia visual, muy diversos trabajos han corroborado la consistente asociación del deterioro visual con diversas manifestaciones emocionales. Concretamente la depresión ha sido el desajuste emocional más abordado en relación con la adaptación de las personas mayores a la deficiencia visual. La discapacidad puede conducir a la depresión mediante la reacción psicológica a la enfermedad física, incrementando la vulnerabilidad a la depresión.

Según la revisión efectuada por Horowitz y Reinhardt (2000) de distintos estudios efectuados con población norteamericana, se estima que aproximadamente un tercio de personas mayores deficientes visuales experimentan sintomatología depresiva clínicamente significativa, una proporción sustancialmente más elevada que la presentada por la población general de personas mayores de ese mismo contexto (entre el 15 y 20 %). Además, algunos trabajos longitudinales han puesto de manifiesto que la sintomatología depresiva es relativamente persistente entre un subgrupo sustancial de personas mayores, mientras que otro subgrupo la desarrollará a lo largo del tiempo (Horowitz 1994; Rovner, Zisselman, Shmuel-Dulitzky, 1996).

Muy diversos autores coinciden en resaltar la relación entre las consecuencias, funcionales y emocionales asociadas al deterioro visual en personas de edad avanzada. En este sentido, se ha propuesto que la discapacidad funcional constituye un factor principal en relación con la aparición de la sintomatología depresiva entre personas mayores deficiente visuales (Horowitz y Reinhardt, 2000). Trabajos longitudinales posteriores han ayudando a establecer, sin embargo, que la discapacidad funcional no conduce siempre a la depresión, y que las relaciones entre ambas variables se encuentran₁₅ moduladas por recursos personales y

sociales que pueden proteger la salud emocional de las personas mayores de los efectos derivados de la presencia de discapacidad (Reinhardt, Horowitz, Brenan y Raykov, 2005). Por otro lado, la depresión puede causar deterioro funcional debido a que puede conducir a que la persona se sienta indiferente y sin energía emocional para afrontar las actividades de la vida diaria.

Desde esta perspectiva de reciprocidad entre consecuencias funcionales y emocionales asociadas a la deficiencia visual, la compensación de los efectos que en la independencia personal tiene el deterioro visual cobra especial relevancia en esta población no solo en relación con el mantenimiento de las capacidades funcionales sino también con la disminución de sintomatología depresiva (Reinhardt, Horowitz et al., 2005). Recíprocamente, podría hipotetizarse que los tratamientos dirigidos al control o eliminación de la sintomatología depresiva contribuirían a favorecer la restauración de autonomía.

6. Factores Implicados en el Impacto de la Deficiencia Visual en Personas Mayores

La constatación de las repercusiones funcionales y emocionales derivadas de la deficiencia visual ha generado diversos trabajos de investigación dirigidos a la identificación e las variables implicadas en el proceso de adaptación de las personas de edad a este deterioro sensorial.

Así, los trabajos desarrollados por diversos investigadores de la institución norteamericana Lighthouse han ayudado a identificar algunas de las variables (apoyo social, salud, etc.) implicadas en el proceso de adaptación a la deficiencia visual, especialmente aquellas que predicen sintomatología depresiva (Horowitz y Reinhardt, 2000, etc.). Entre los frutos de este grupo de investigación se encuentra, además, una Escala de Adaptación a la deficiencia visual relacionada con la edad (AVL) (Horowitz y Reinhardt, 1998) de la que próximamente se dispondrá una

adaptación a nuestro medio (Pallero, Díaz y Ferrando, en curso).

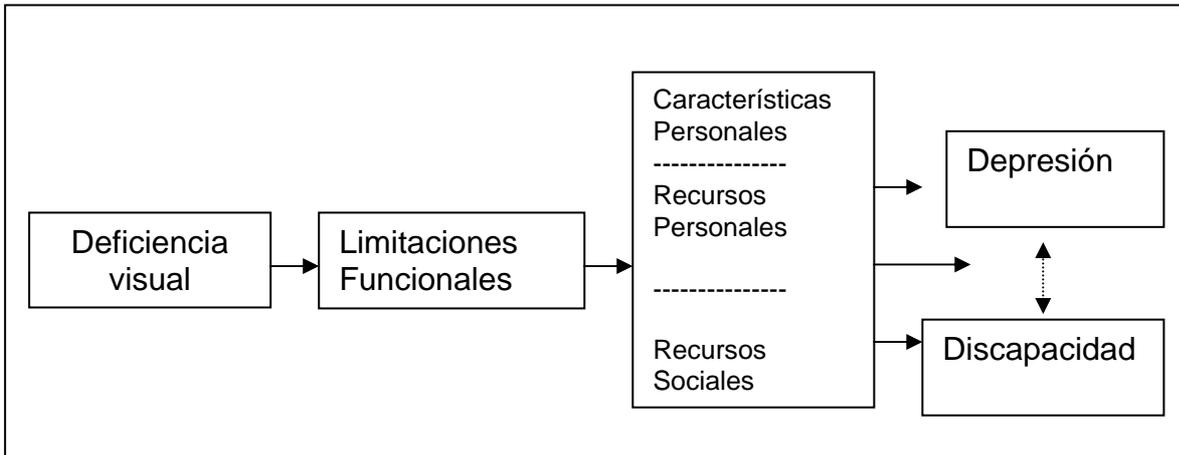
En segundo lugar, Whal et al., (2004) han puesto a prueba recientemente un modelo teórico basado en la teoría del control con explicar las relaciones entre las manifestaciones funcionales y emocionales asociadas al impacto de la Degeneración Macular.

En lo que hace referencia a las repercusiones funcionales, diversos autores han puesto de manifiesto la influencia de factores psicosociales en el origen y proceso de la discapacidad (Verbrugge y Jette, 1994; Jang, Haley, Mortimer y Small, 2003) y la dependencia (Montorio y Losada, 2004). En lo relativo a personas mayores con deficiencia visual se dispone de algún estudio que analizan el papel de algunas variables personales (salud percibida y apoyo social, entre otras) como predictores de discapacidad visual o general (Travis, Boerner, Reinhardt, y Horowitz, 2004). Asimismo, se ha podido constatar el impacto que en la autonomía y dependencia de las personas mayores tienen las reacciones de los cuidadores familiares ante las limitaciones funcionales derivadas de la deficiencia visual (Díaz, 2003).

En el cuadro 1 se ilustran los factores identificados en las distintas líneas de investigación indicadas y en los siguientes apartados se presentan la evidencia empírica disponible respecto a cada uno de ellos.

Cuadro 1

Factores Asociados al Impacto de la Deficiencia Visual en personas mayores



6.1. Características personales y de la deficiencia visual

Los estudios efectuados en relación con el impacto de la deficiencia visual en relación con el sexo no son del todo concluyentes. Mientras que algunos señalan la presencia de mayor sintomatología depresiva entre mujeres mayores deficientes visuales, (Reinhardt, 1996); otros estudios concluyen que los hombres presentan más a menudo este tipo de trastornos (Bernbaun, Albert y Duckro, 1988). Todo ello pone de manifiesto, nuevamente, la necesidad de estudios adicionales que examinen las diferencias de género en relación con el impacto de la deficiencia visual.

La salud se ha identificado como un factor relevante en relación con el proceso de ajuste a la deficiencia visual. Fitzgerald, Ebert y Chambers. (1987) constataron que la pobre salud constituye uno de los más importantes predictores de respuestas desajustadas ante la deficiencia visual.

En este mismo sentido, la mala salud subjetiva, al comienzo del proceso de ajuste a la deficiencia visual, se identificó como un relevante predictor de sintomatología depresiva en un grupo de personas mayores, una vez transcurridos dos años después de la aparición del déficit(Horowitz y Reinhardt, 2000).

En general, en los estudios efectuados, no han encontrado resultados concluyentes respecto a la relevancia de las características de la deficiencia visual en relación con el proceso de ajuste. Así, mientras algunos trabajos han puesto de manifiesto que características como el grado de pérdida visual, o el periodo de tiempo transcurrido desde la pérdida visual puede afectar a las reacciones del individuo ante el déficit (Karlsson, 1998; Wulsin, Jacobson y Rand, 1991), otros estudios no han encontrado asociaciones entre sintomatología depresiva de personas mayores con características de la deficiencia visual tales como el diagnóstico, la edad de origen, o si la pérdida visual era repentina o progresiva (Ringering y Amaral, 2000).

Algunos autores han sugerido, nuevamente que, en relación con el proceso de ajuste, más que las características objetivas de la deficiencia visual están implicadas las repercusiones funcionales que ésta provoca (Horowitz y Reinhardt, 2000). Así, recientemente estos mismos investigadores han establecido, en un reciente trabajo, que tanto la disminución funcional de visión como una pobre adaptación a la deficiencia visual predecían discapacidad visual. Otros autores han informado de la existencia de relaciones entre indicadores de agudeza visual y capacidades funcionales y, la inexistencia de relación de este indicador con medidas de ajuste emocional (Whal, et al., 2004). Todo ello hace pensar en la necesidad de futuros trabajos que ayuden a esclarecer las relaciones de distintos indicadores de visión (nivel de agudeza visual, de visión funcional, etc.) con consecuencias tanto funcionales como emocionales derivadas de la deficiencia visual.

6.2 Recursos Personales y Sociales de las personas mayores en relación con el ajuste a la deficiencia visual

Se han identificado tanto recursos personales como sociales en relación con el ajuste a la deficiencia visual. Así Kleinschmidt (1999) en un estudio cualitativo identificó que el ajuste a la deficiencia visual de un grupo de 12 personas mayores afectadas por degeneración macular implica habilidades de resolución de problemas, las actitudes positivas, el sentido del humor, mantenerse activo y las creencias religiosas. Entre los recursos sociales, los participantes identificaron el apoyo personal, el profesional y los modelos de personas significativas que afrontan eficazmente dificultades visuales o de otro tipo.

La contrastación de modelos interactivos de ajuste al estrés ha proporcionado la oportunidad de analizar algunos de los recursos que ayudan a las personas mayores para adaptarse a la deficiencia visual (Checa, Díaz y Pallero, 2003).

Desde esta perspectiva, se ha prestado especial atención a las estrategias de afrontamiento en relación con los cambios asociados al deterioro visual. Los estudios efectuados han encontrado que la estrategia de resolución de problemas en el periodo inicial del déficit esta asociada con un proceso adecuado de ajuste (Horowitz, Reinhardt, McInerney, y Balistery 1994). En este mismo sentido, Upton, Bush y Taylor (1998) indican que esta misma estrategia estaba asociada a mejores indicadores de ajuste en una muestra de personas mayores diabéticas, mientras que la utilización de estrategias como la evitación y la autoinculpación se encontraron asociadas a resultados deficitarios del proceso de ajuste. El empleo de diversas estrategias, tanto conductuales (acciones observables, por ej. tocar para reconocer objetos) como psicológicas (dirigidas a pensamientos y emociones, por ej. hacer planes para el futuro a pesar de la deficiencia visual) o sociales (relativas al entorno social próximo o a recursos profesionales) a lo largo del proceso de ajuste ha sido asimismo establecido recientemente (Brennan y Cardinali ,2000). Este hallazgo ayuda a poner de manifiesto la variedad de recursos necesarios para

afrontar las diversas demandas asociadas al ajuste de personas mayores a la deficiencia visual. Además, los resultados obtenidos de este mismo estudio muestran que los mayores participantes en el estudio generaron a lo largo del proceso de ajuste nuevas estrategias, encontrándose asociaciones positivas entre el uso de nuevas estrategias conductuales y psicológicas y adaptación exitosa a los cambios asociados a las pérdidas visuales.

Existe asimismo evidencia de las contribuciones de la percepción de control en relación con el ajuste a la deficiencia visual. Un estudio reciente efectuado con un grupo de personas mayores afectados por degeneración macular ha contribuido a poner de manifiesto 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 (Kleinschmidt, 1999). Whal, et al, (2004) ha analizado, en un grupo de personas mayores con degeneración acular, el impacto que en el ajuste funcional y emocional tiene la utilización de distintas estrategias de control. Los resultados mostraron que utilizar recursos como esfuerzo o tiempo para conseguir un objetivo (*control selectivo primario*) era importante para mantener la capacidad funcional. Sin embargo, pensar de modo positivo en relación con los objetivos que se pretenden (*control selectivo secundario*) contribuye al ajuste emocional. Por otro, utilizar recursos externos como ayudas ópticas, por ejemplo (*control compensatorio primario*) ayuda en relación con el ajuste emocional y, por último reconsiderar o desentenderse de los objetivos (*control compensatorio secundario*) no es una estrategia relevante para el ajuste emocional ni funcional.

Diversos trabajos han constatado empíricamente las contribuciones que el apoyo social de familias y amigos tienen para facilitar el ajuste a la deficiencia visual (Reinhardt, 1996, Jackson y Lawson, 1995). En lo que hace referencia a personas mayores, Oppegard, Hansson, Morgan, Indart, Crutcher y Hampton (1984) indagaron el efecto amortiguador del apoyo social en relación con desajustes emocionales asociados a la deficiencia visual en un trabajo efectuado con un grupo personas entre 60 y 102 años. Los resultados de este trabajo muestran que

la deficiencia visual está asociada con la depresión pero sólo en las personas que presentaban un bajo nivel de apoyo social.

Trabajos posteriores han contribuido a precisar los efectos y las características del apoyo social vinculados al ajuste en personas mayores deficientes visuales. Así Horowitz (1994) demostró que tanto aspectos cuantitativos como cualitativos del apoyo social se asociaban con indicadores de adaptación a la deficiencia visual y que los niveles iniciales de apoyo predecían adaptación a largo plazo. 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). 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).

Por otro lado, la información disponible respecto al papel de la familia en el acceso y participación de las personas mayores en relación con los programas de rehabilitación muestran que la decisión inicial de participar en estos programas está en relación con las actitudes de las familias (Granger, 1984).

Por último, es crucial el acceso temprano a servicios de rehabilitación con el fin de prevenir desajustes emocionales y funcionales de las personas mayores afectadas por déficit visual (Heyl y Wahl, 2001). La participación de las personas mayores con déficit visual en programas desarrollados por servicios especializados contribuye al mantenimiento de sus capacidades funcionales, evitando la inactividad y el aislamiento asociados al origen de comportamientos depresivos. Los contenidos y los objetivos de los programas de rehabilitación deben considerar el carácter biopsicosocial que caracteriza el proceso de envejecimiento. En otras palabras, el aprendizaje de estrategias asociadas a la compensación de la deficiencia visual debe desarrollarse teniendo en cuenta las condiciones de salud física y mental, la situación familiar, el lugar de residencia, así como los servicios, programas o tratamientos que recibe (Kemp, 2000) su destinatario.

Concluyendo, se ha podido establecer que la discapacidad asociada a la interacción de la deficiencia visual con diversos factores psicosociales es el principal predictor de la sintomatología depresiva que se ha identificado como la respuesta más significativa de las personas mayores con deficiencia visual. En segundo lugar, la adaptación funcional y emocional de las personas mayores a la deficiencia visual implica tanto a factores personales como sociales. Por último, se ha identificado la utilidad de determinadas estrategias y de aspectos ligados al apoyo social como recursos valiosos para el ajuste a la deficiencia visual de personas de este grupo de población.

6.3 Cuidadores familiares y ajuste a la deficiencia visual en personas mayores

La mayor parte de los trabajos que han estudiado las relaciones familiares y el ajuste a la deficiencia visual se han desarrollado desde la perspectiva del apoyo social. Como ya se ha indicado anteriormente, los resultados de estos trabajos coinciden en resaltar los beneficios que para el ajuste emocional a la deficiencia visual tiene la percepción de apoyo por parte de los familiares próximos, especialmente el apoyo emocional (Reinhardt, 2001).

Sin embargo, desde esta misma perspectiva, se ha recomendado la necesidad de estudiar los distintos efectos del apoyo proporcionado por los familiares. Así por ejemplo, recibir apoyo instrumental puede afectar positivamente al bienestar de la persona mayor afectada por deficiencia visual, debido a la satisfacción de sus necesidades. Sin embargo, también puede acarrear efectos negativos debido a que la provisión de ayuda puede conducir al origen de discapacidad (Reinhardt, 2001). En este mismo sentido, un elevado nivel de apoyo instrumental se ha identificado como un predictor de sobreprotección (Cimarolli, 2001).

La sobreprotección puede tener efectos negativos tanto en la esfera funcional como emocional de las personas mayores con deficiencia visual. Así, se ha identificado que la sobreprotección no sólo conduce a la depresión, sino que también retrasa los resultados de los programas de rehabilitación y puede conducir a incrementar la discapacidad (Cimarolli, 2001). En este mismo trabajo desarrollado con 400 personas mayores afectadas por deficiencia visual reciente se puso de manifiesto que la discapacidad funcional, derivada de la deficiencia visual y de otros déficit de salud, se asocia con la sobreprotección percibida y tiene un impacto significativamente negativo en la adaptación a la deficiencia visual.

Sin embargo, existe evidencia de que la sobreprotección es una de las repuestas más habituales de familiares ante las consecuencias de la deficiencia visual. Así, en un trabajo en el que se interrogaba a familiares de ancianos deficientes visuales, entre otros aspectos, en relación con el grado en el que sobreprotegían a sus familiares, un tercio de los encuestados (34, 5%) indicaba que no le protegía nunca, mientras que un porcentaje similar (-34,34%) indicaba que lo hacía siempre o casi siempre (Horowitz, et al. 1998). En nuestro medio, en una encuesta efectuada a un grupo de profesionales de la ONCE sobre los comportamientos de los familiares de mayores deficientes visuales, las respuestas coincidieron unánimemente (96%) en indicar que “los familiares hacen por las personas mayores actividades que ellos mismos pueden desarrollar” (Díaz et al. 1995).

Tal y como han reiterado recientemente Montorio y Losada (2004) las manifestaciones sobreprotectoras se han encontrado asociadas a actitudes y expectativas negativas en relación con las posibilidades de las personas mayores. En lo que hace referencia a personas mayores con deficiencia visual, podría considerarse que tales expectativas y actitudes pueden derivarse del impacto que las limitaciones asociadas a la deficiencia visual tienen para los cuidadores.

Concretamente, se han identificado la seguridad y los desplazamientos como las preocupaciones más habituales de los cuidadores de mayores con deficiencia visual (Crews, 1993 y Díaz, 2003). En un estudio desarrollado con un grupo de personas mayores deficientes visuales españolas, se ha constatado la existencia de asociaciones significativas entre la intensidad de las preocupaciones de los familiares y el grado de autonomía con el que éstos perciben a sus allegados ancianos. En este mismo estudio se puso de relieve que en las tres cuestiones que más les preocupan, los familiares indican predominantemente respuestas ineficaces, desde el punto de vista de la autonomía (Díaz, 2003) (Ver Tabla 4).

Tabla 4

Respuestas valoradas con bajo grado de eficacia ante las preocupaciones más habituales de familiares con deficiencia visual

Preocupaciones	Acciones Inespecíficas	Acciones limitadoras de la Autonomía personal
Seguridad	“Cuidarle todo lo que necesita”	
Desplazamientos	“Me preocupo mucho “	“No la dejo ir lejos de casa”
Manejo del Dinero	“Ella no lo maneja”	
Dejarle solo en casa		“No dejarle solo”

En definitiva, la sobreprotección se ha identificado como una reacción frecuente entre los cuidadores de las personas mayores con deficiencia visual. Además, tanto las manifestaciones objetivas como su percepción subjetiva pueden afectar a las repercusiones funcionales o emocionales derivadas de la deficiencia visual.

Por otro lado, existe alguna evidencia empírica que muestra que las conductas sobreprotectoras de los familiares cuidadores pueden ser consideradas respuestas a las preocupaciones que les suscitan las limitaciones derivadas de la deficiencia visual. Todo ello pone de relieve la necesidad de considerar el papel de los cuidadores familiares, en relación no sólo con el bienestar, sino también como con la autonomía de las personas mayores deficientes visuales

7. Algunas propuestas de intervención

Tradicionalmente, las intervenciones dirigidas a minimizar el impacto que las limitaciones visuales tienen en las personas mayores se han dirigido al desarrollo de Programas de Rehabilitación. Tales actuaciones tienen como fin dotar a los participantes de ayudas (ópticas, por ejemplo) o estrategias que compensen las limitaciones funcionales derivadas del deterioro visual. Además, se presta atención al impacto emocional de la deficiencia visual, con el fin de controlar manifestaciones ansiosas o depresivas derivadas del impacto de la deficiencia visual. Aunque habitualmente estas actuaciones suelen desarrollarse en un formato individual (Checa, Díaz y Pallero, 2003), existen algunas experiencias que resaltan las posibilidades del formato en grupo.

El Programa de Entrenamiento en Habilidades Adaptativas desarrollado por la Comisión Estatal de Nueva York para Personas Ciegas y Deficientes Visuales constituye un ejemplo de este tipo de intervención (Horowitz, Leonard y Reinhardt, 2000). El programa está formado por 12 sesiones entre 3 y 4 horas de duración cada una. La periodicidad de las reuniones, dependiendo de los grupos en los que se desarrolló el programa, osciló entre 3 veces a la semana durante 4 semanas, o 2 veces a la semana durante 6 semanas. Durante las sesiones, los participantes recibieron entrenamiento en orientación y movilidad, habilidades para el cuidado personal, habilidades de comunicación, utilización de ayudas técnicas, etc. Además se trataron las implicaciones de la deficiencia visual en aspectos como la autonomía personal o las actividades de ocio.

La valoración de los efectos del Programa se efectuó comparando las medidas registradas en nivel funcional y ajuste a la deficiencia visual, antes y después del desarrollo del Programa. Los resultados muestran que el programa tiene efectos beneficiosos tanto en la autonomía personal como en el ajuste a la deficiencia visual.

El análisis efectuado en el presente documento, en relación con las variables psicosociales que se han identificado como relevantes en relación con el ajuste a la deficiencia visual de las personas mayores, sugiere nuevas posibilidades de intervención. Así por ejemplo, la constatación de la relevancia de estrategias de afrontamiento o de control, la importancia del apoyo social, entre otras variables, subraya la posibilidad de desarrollar propuestas de intervención que fortalezcan los recursos de las personas mayores en relación con el impacto emocional o funcional derivado de la deficiencia visual.

Aunque limitadas, se dispone en la actualidad de algunas iniciativas que pueden guiar el futuro desarrollo de programas de intervención.

Así por ejemplo, Brody, Roch-Levecq, Thomas, etc. (1.999) han comprobado la eficacia de un programa de intervención dirigido a favorecer el ajuste de personas mayores afectadas por degeneración macular. El programa de intervención consiste en 6 sesiones de dos horas de duración, con una frecuencia semanal. En las sesiones participan entre 6 y 8 participantes a los que se proporcionan dos tipos de contenidos. El primero de ellos consiste en información acerca de aspectos relacionados con la deficiencia visual desde el punto de vista de la salud. El segundo bloque incluye el entrenamiento de habilidades para manejar situaciones conflictivas (interpersonales, entre otras) asociadas a la discapacidad visual. Los resultados de la valoración del programa mostraron que los participantes experimentaron una reducción significativa de estrés emocional e incrementaron su percepción de autoeficacia. En estudio posterior se ha demostrado que el programa contribuye también a mejorar significativamente el estado de ánimo y la capacidad funcional (Brody et al., 2002).

A partir, entre otras, de investigaciones en relación con el papel de la regulación del control en la adaptación a la deficiencia visual (Whal et al., 2004), Birk et al. (2004) han desarrollado un programa de Intervención Psicosocial dirigido a mejorar el bienestar y la competencia conductual tanto objetiva como percibida en personas mayores afectadas por degeneración macular. El programa, con un formato en grupo, consta de 5 sesiones que se desarrollan con una frecuencia semanal y en las que los contenidos se integran en seis módulos distintos. Los contenidos seleccionados incluyen información acerca de servicios relevantes en relación con la deficiencia visual, intercambio de apoyo emocional, entrenamiento de estrategias de relajación, de resolución de problemas, y cognitivo-conductuales. Los resultados de un estudio piloto en el que se puso a prueba el programa muestran que el programa contribuye a mejorar el estado de ánimo, el nivel de autonomía tanto objetiva como percibida, favorece la búsqueda activa de soluciones a los problemas y previene el descenso del estado de ánimo.

La relevancia que los recursos sociales, especialmente familiares, tienen en el impacto de la deficiencia visual ha justificado la puesta en práctica de programas dirigidos a favorecer su participación en el proceso de adaptación. En este sentido, existen algunas experiencias en relación con la participación de familiares en el desarrollo de programas de rehabilitación. Así por ejemplo, Crews y Frey (1993) incluyeron en un programa de rehabilitación dirigido a personas mayores, las necesidades de los familiares desarrollando con ellos grupos educativos, sesiones individualizadas y asistencia a las sesiones de rehabilitación. Aunque las intervenciones dirigidas a los familiares tenían un bajo grado de formalización, sus participantes aprendieron como ayudar a sus allegados deficientes visuales y disminuyeron sus preocupaciones en relación con la seguridad de los mismos.

La relevancia que las reacciones de los allegados ante la deficiencia visual tienen en la autonomía de las personas mayores pone de relieve la necesidad de intervenciones que eviten la sobreprotección y favorezcan la autonomía. Con este objetivo, Díaz y Hernando (1993) desarrollaron el Programa “Viendo con otros ojos”. El programa en el que participan conjuntamente personas mayores y familiares tiene como principal objetivo que los familiares reconozcan los efectos de su comportamiento en la autonomía y bienestar de las personas mayores que cuidan y pongan en marcha modificaciones que favorezcan su autonomía.

El programa consiste en 7 sesiones semanales de grupo con una duración de 90 minutos. Los contenidos se basaron en análisis de comportamientos de los familiares que interferían en la independencia y autonomía personal de los mayores deficientes visuales (la descripción del procedimiento utilizado para la detección de los comportamientos se describe en: Díaz, Montorio e Izal, 1995). La valoración del Programa se realizó mediante la aplicación de un autoinforme una vez finalizado el mismo, volviéndose a aplicar 6 meses después. Las respuestas muestran que los familiares favorecieron, a lo largo del Programa, la puesta en práctica de nuevas actividades por parte de los mayores afectados, manteniéndose en el seguimiento efectuado algunas de las que, posiblemente, habían sido abandonadas como consecuencia de la deficiencia visual.

Resumiendo, aunque en número limitado, existen algunas iniciativas dirigidas a fortalecer los recursos personales de las personas mayores que están afrontando limitaciones derivadas de la deficiencia visual. La progresiva identificación de variables relevantes en el proceso de ajuste (por ej. estrategias de control) está favoreciendo al desarrollo de propuestas de intervención que contribuyan al aprendizaje de estrategias y habilidades para afrontar los cambios derivados asociados a la deficiencia visual.

Por otro lado, la intervención de las familias en los programas de rehabilitación- dirigidos a personas mayores- ha sido recomendada reiteradamente por diversos autores (Kemp, 2000, entre otros). Sin embargo, la constatación de que las limitaciones derivadas del déficit visual también afectan a los familiares y, que sus reacciones ante las mismas pueden limitar la autonomía de los mayores, subraya la necesidad del desarrollo de programas de intervención que también consideren sus necesidades.

8. Conclusiones

Los datos de los que se dispone indican que la deficiencia visual afecta a un grupo notable de las personas de edad avanzada. Además, existe una notable discrepancia entre la morbilidad sentida (percibida) y la real (objetiva) de modo que muchas personas mayores no son conscientes de sus dificultades de visión hasta que se producen limitaciones significativas en su vida diaria (Ramos et al., 2004). Desde esta perspectiva, el desarrollo de iniciativas con el fin de detectar inicialmente las dificultades visuales conllevaría la identificación, control y, en muchos casos, la prevención del deterioro visual.

Por otro lado, muchas personas mayores deben aprender a vivir con un deterioro progresivo de visión. Si bien, existe documentación suficiente que avala las repercusiones negativas que la deficiencia visual conlleva en la ejecución de actividades de vida diaria, en la salud, en la participación social, y en el estado de ánimo también se dispone de evidencia acerca del papel relevante de determinados recursos psicosociales en la modulación de estos efectos. Los trabajos desarrollados en los últimos años han ayudado a dar cuenta de los diversas variables (relativas a la deficiencia, al individuo y a su entorno) implicadas en el proceso de adaptación a la deficiencia visual. Especialmente relevante en este sentido ha sido la identificación de recursos personales y sociales que pueden ser mejorados a través de Programas de Intervención Psicosociales.

La identificación de estrategias de afrontamiento o de control adecuadas a las diversas situaciones que deben afrontar las personas mayores con dificultades de visión conlleva posibilidades para desarrollar actuaciones que complementen las desarrolladas actualmente.

El apoyo social ha sido identificado reiteradamente como un factor protector de sintomatología depresiva, asimismo también se ha puesto de manifiesto la relevancia de las relaciones familiares para el acceso a los Servicios de Rehabilitación. Sin embargo también se ha apuntado que las reacciones de los familiares ante las limitaciones que les preocupan, derivadas de la deficiencia visual, pueden originar comportamientos sobreprotectores que limitan la independencia de las personas mayores. Este último hallazgo pone de relieve la necesidad de desarrollar propuestas de intervención que ayuden a los cuidadores a controlar reacciones que restrinjan las oportunidades para el mantenimiento de la autonomía de las personas mayores.

En definitiva, la deficiencia visual puede ocasionar un menoscabo en el bienestar personal y la independencia de las personas mayores. Sin embargo, el análisis efectuado en este trabajo pone de relieve la relevancia de factores psicosociales en la adaptación a la deficiencia visual, ofreciendo algunos de ellos posibilidades de ser modificados, en orden a contribuir al proceso de adaptación de las personas de edad a este deterioro sensorial

9. Referencias Bibliográficas

Bernbaun, M.; Albert, S.G.; Ducro, P.N (1988) Psychosocial profiles in patients with visual impairment due to diabetic retinopathy. *Diabetes Care* 11 551-557.

Birk, T.; Hickl, S.; Whal, H-W, Miller, D.; Kämmerer, A.; Holz, F.; Becker, S.; Völcker, H. E. (2004). Development and pilot evaluation of a psychosocial intervention program for patients with age-related macular degeneration. *The Gerontologist* 44 (6), 836-844.

Brennan, M.; y Cardinali, G. (2000). The use of preexisting and novel coping strategies in adapting to age-related vision loss. *The Gerontologist* 40 (3), 327-334.

Brody, B.L.; Roch-Levecq, A.C.; Gamst, A.C.; Maclean, K.; Kaplan, R.M.; y Brown, S.I. (2002). Self-management of age-related macular degeneration and quality of life. A randomized controlled trial. *Archives of Ophthalmology* 120, 1477-1483.

Brody, B.L.; Williams, R.A.; Thomas, R.G.; Kaplan, R.M.; Chu, R.M.; and Brown, S.L. (1999). Age-related macular degeneration: A randomized clinical trial of a self-management intervention. *Annals of Behavioral Medicine* 21, 322-329.

Castellote F.J. (2001) Repercusión funcional de la pérdida de visión en los mayores. *Rev.Mult Gerontol* 11 (1), 29-34.

Cimarolli, V.R. (2001). The impact of perceived overprotection on adjustment to age-related vision loss. Paper presented at the 54th Annual Meeting. Chicago, IL. Gerontological Society of America,

Checa, F.J.; Díaz, P. Pallero, R.; (2003). *Psicología y Ceguera. Manual para la intervención psicológica en el ajuste a la deficiencia visual*. Madrid: Organización Nacional de Ciegos.

Crews, J.F. Campbell, V.A. (2001) Health Conditions, Activity limitations, and participation restrictions among older people with visual impairments. *Journal of Visual Impairment and Blindness* 95, 453-467.

Crews, J.F.; Frey, W.D. (1993) Family concerns and older people who are blind. *Journal of Visual Impairment and Blindness* 87, (1), 6-11.

Díaz, P. (2003). Repercusiones de la deficiencia visual de personas mayores sobre cuidadores familiares. *Trabajo Experimental de Doctorado (no publicado)*. Madrid: Universidad Autónoma.

Díaz, P.; Hernando, B. (1992) Viendo con otros ojos. *Video Didáctico*.Valladolid: Delegación Territorial de la Organización Nacional de Ciegos.

Díaz, P., Montorio, Izal, M. (1995) M.: Grupos de Intervención psicosociales dirigidos a familiares. En Baura, J.C., Rubio Herrera, R., Rodriguez Rodriguez, P., Sáez Narro, N., Muñoz Tortosa (Dir). *Las personas mayores dependientes y el apoyo informal*. Universidad Internacional de Andalucía.

Duffy, M.; Beliveau-Tobey, M. (1991). *New independence for older persons with vision loss in long-term care facilities*. Mohegan Lake (New York): AWARE (Existe traducción al español efectuada por ONCE).

Fitzgerald, R.G., Ebert, J.N. Chambers, M. (1987). Reactions to blindness: A four year follow-up study. *Perceptual and Motor Skills* 64, 363-378.

Furner, S.E. Rudberg, M.A. y Cassell, C.K.(1995). Medical conditions differentially affect the development of IADL disability. Implications for medical care and research. *The Gerontologist* 35 (4), 444-450.

Granger (1984). The decision to rehabilitate. *Generations* 7, 9-10.

Heyl, V.; Wahl, H-W. (2001). Psychosocial adaptation to age-related vision loss: A six-year perspective. *Journal of Visual Impairment and Blindness* 95, 739-748.

Horowitz, A. (2004). The prevalence and consequences of vision impairment in later life. *Topics in Geriatric Rehabilitation* 20 (3),185-195.

Horowitz, A.; Reinhardt, J.P.(1998).Development of the adaptation to age-related vision loss scale. *Journal of Visual Impairment and Blindness* 92, 30-41.

Horowitz, A.J.; Reinhardt. J.P. (2000). Mental health issues in vision impairment. En B. Silverstone, M.Lang, B. Rosenthal y E. Faye (Eds.),*The Lighthouse handbook on vision impairment and vision rehabilitation*.Vol.1. New York: Oxford University Press.

Horowitz, A.; Bird, B.; Godman, C.; Flynn, M.A.; Reinhardt, J.P.; DeFini, J.; Ward, V.; Stuen, C.; Cantor, M.; Silverstone, B. (1998). *Vision Rehabilitation and Family Services: Maximizing functional and psychosocial status for both older visually impaired adults and their families*. New York: The Lighthouse.Inc.

Horowitz, A.; Leonard, R.; Reinhardt, J.(2000). Measuring psychosocial and functional outcomes of a group model of vision rehabilitation services for older adults. *Journal of Visual Impairment and Blindness* 94 (5), 328-337.

Horowitz, A.; Reinhardt, J.P.; McInerney, R.; Balistery, E.(1994). *Age-related vision loss: Factors associated with adaptation to chronic impairment over time* (Final report submitted to the AARP Andrus Foundation). New York: The Lighthouse Institute.

IMSERSO (2003). Informe 2002. Las personas mayores en España. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

INE (2002). *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999. Resultados Detallados*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.

Jackson, R.; y Lawson, G. (1995). Family environment and psychological distress in persons who are visually impaired. *Journal of Visual Impairment and Blindness* 89, 157-160.

Jang, Y. Haley, W., , Small, B.; Mortimer ,J.(2003): The role of mastery and social resources in the associations between disability and depression in later life. *The Gerontologist* 42 (6), 807-813.

Karlsson, J.S. (1998) Self-reports of psychological distress in connection with various degrees of visual impairment. *Journal of Visual Impairment and Blindness* 92, 483-490.

Kleinschmidt, J. (1999) Older adults perspectives on their successful adjustments to vision loss . *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 93, 69-81.

Kemp; B.J. (2000). Psychosocial considerations in a rehabilitation model for aging and vision services En: Crews, J.E.; y Wittington, J. (Eds.), *Vision Loss in an Aging Society*. New York: American Foundation for the Blind.

Lighthouse Inc. (1995). *The Lighthouse national survey on vision loss: The experiences, attitudes, and knowledge of middle aged and older americans*. New York The Lighthouse Inc.

Long, CA, Holden, R., y Mulkerrin, E. et al. (1991). Opportunistic screening of visual acuity of elderly patients attending outpatient clinics. *Age Ageing*, 20, 392-395.

Montorio, I.; Losada, A. (2004). Una visión psicosocial de la dependencia. Desafiando la perspectiva tradicional.

(<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/montorio-vision-01.pdf>)

National Center for Health Statistics. Havlik, R.J. (1986). *Aging in the eighties. Impaired senses for sound and light in person age 65 years and over. Preliminary data from the supplement on Aging to the National Health Interview Survey. United States. January-June. 1984 Advance Data from Vital and Health Statistics, No. 125*. Hyattsville MD: DHHS Publications.

National Center for Health Statistics (1998). *1994 National Health Interview Survey on Disability, Phase I an Phase II (Series 10, No.8A)*. Hyattsville, MD: Centers for Disease Control and Prevention.

ONCE (2002). *Datos Estadísticos de Población Afiliada*. Aplicación Corporativa Centro de Información. Organización Nacional de Ciegos

Oppegard, K.; Hansson, R.O.; Morgan, T.; Indart, M.; Crutcher, M.; Hampton, P (1984). Sensory loss, family support, and adjustment among the elderly. *Journal of Social Psychology* (123), 291-292.

Orr, A.L.; (2000). The knowledge base for collaboration between the fields of aging and vision loss En: Crews, J.E.; y Wittington, J. (Eds.). *Vision Loss in an Aging Society*. New York: American Foundation for the Blind.

Pallero, R.; Díaz, M.; Ferrando, P.J. (trabajo en curso) Adaptación española de la AVL Scale.

Puga, M.D.; Abellán, A. (2004). *El proceso de la discapacidad. Un análisis de la Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud*. Madrid: Fundación Pfizer.

Ramos, P.; Serrano, P.; Tena-Dávila, M.C.; Nieto, J.; Romero, R.; García, M.S. et al. (2004). *Derecho a una buena visión en los mayores*. Madrid: Consejería de Sanidad y Consumo, Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid

Reinhardt, J.P. (1996). The importance of friendship and family support in adaptation to chronic vision impairment. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 51B, 268-278.

Reinhardt (2001). Effects of positive and negative support received and provided on adaptation to chronic visual impairment. *Applied Developmental Science*, 5 (2), 76-85.

Reinhardt, J.P.; Horowitz, A.; Brenan, A.; Raykov, T. (2005). Predictors of depression among older adults with visual impairments. *Conferencia Vision 2005*. Londres: Royal National Institute for the Blind.

Ringering, L., Amaral, P. (2000). The role of psychosocial factors in adaptation to vision impairment and rehabilitation outcomes for adults and older adults. En B. Silverstone, M.Lang, B. Rosenthal y E. Faye (Ed.). *The Lighthouse handbook on vision impairment and vision rehabilitation* Vol.1. New York: Oxford University Press.

Rovner, B.W.; Zisselman, R.N.; Shmueli-Dulitzky (1996). Depression and disability in older people with impaired vision: A follow-up study. *Journal of American Geriatric Society* (44) 181-184.

Ryan, K. (2003) Servicios de Rehabilitación para ancianos con discapacidad visual. *Entre dos mundos. Revista de Traducción sobre discapacidad visual* 2, 13-27.

Skinner, B.F.; Vaughan, M.E.: (1986). *Disfrutar la vejez*. Barcelona: Martínez Roca

Travis, L.; Boerner, K.; Reinhardt, J.P.; Horowitz, A. (2004). Exploring functional disability in older adults with low vision. *Journal Visual Impairment and Blindness*, 98 (9), 534-546.

Upton, L.R.; Bush, B.A.; Taylor, R.E.: (1998) Stress, coping and adjustment of adventitiously blind male veterans with and without diabetes mellitus. *Journal Visual Impairment and Blindness* 92 (7), 656-665.

Verbrugge, L. y Jette, A. (1994). The disablement process. *Social Science and Medicine* 38, 1-14.

Whal, H-W; Becker, S.; Burmedi, D.; Schilling, O. (2004). The role of primary and secondary control in adaptation to age-related vision loss. A study of older adults with macular degeneration. *Psychology and Aging* 19(1), 235-239.

Whal, H-W.; Tesch-Römer, C.; Rott, C. (2000) Vision and cognitive functioning in old age. En: En B. Silverstone, M.Lang, B. Rosenthal y E. Faye (Eds.). *The Lighthouse handbook on vision impairment and vision rehabilitation*. Vol.1. New York: Oxford University Press.

Wulsin, L.R., Jacobson, A.M., Rand, L.I. (1991) Psychosocial correlates of mild visual loss. *Psychosomatic Medicine*