

2012

Percepción de la experiencia del proceso de rehabilitación básica funcional de los adultos mayores con discapacidad visual

Dalponte, Nélica Noemí

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/717>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

TO
Inv. 4078

Universidad Nacional de Mar del Plata.
Facultad de ciencias de la Salud y Servicio Social.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE
REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS
ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

Tesis de grado
para optar al título de
Licenciado en Terapia Ocupacional.

Autoras:

- T.O.Dalponte Nélica Noemí.
- Guerrero Laura Elena.
- Horisberger Mercedes Carmen.

Mayo de 2012

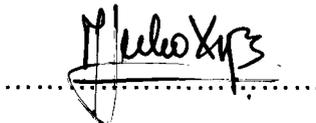
Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina.

**“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE
REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES
CON DISCAPACIDAD VISUAL”**

Directora y Asesora Metodológica:

Lic. María Julia Xifra.

Esp en Docencia Universitaria

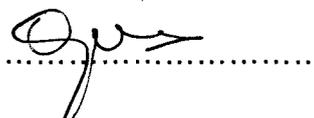


Autoras:

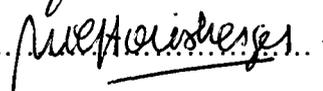
- Nélide Noemí Dalponte. (DNI 14.197.881)



- Laura Elena Guerrero. (DNI 27.599.042)



- Mercedes Carmen Horisberger. (DNI 21.425.121)



Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
Inventario	Signatura top
4078	—
Vol	—
Universidad Nacional de Mar del Plata	

27 SEP 2012

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE
REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES
CON DISCAPACIDAD VISUAL”

La luz . Autor: Adulto Mayor con Discapacidad Visual.

*“Cuando la luz de tus ojos se marchita,
notando que los colores se vuelven grises,
puedo entender que la razón se debilita,
ante un paisaje que se esfuma.*

*busca otra luz por aquella que perdiste,
y verás que su valor se multiplica.*

*y volverás a andar esos caminos que
se perdían en oscuros laberintos,
renacerán fortalecidos tus instintos,
indicando que no todo está perdido.*

*habrá otras motivaciones que te inspiren,
para lograr objetivos impensados,
con otra motivación, otros halagos,
volviendo a creer en lo posible,
y siempre habrá un brazo firme que te guíe
y una luz nueva en tus ojos apagados.”*

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

Agradecimientos:

A la Institución Umasdeca, a todos sus integrantes y especialmente al grupo de participantes “Ojos que no ven, corazones que sienten” por su calidez y generosidad que nos permitieron conocer sus sentimientos, logros, dificultades etc, que atravesaron durante el proceso de rehabilitación.

A nuestra directora de tesis y asesora metodológica por su valioso aporte y por guiarnos desde el primer momento acompañándonos durante todo el proceso.

A la docente Norma Gordillo que nos ayudó a establecer los primeros pasos de la investigación.

Dedicatorias:

De Néliida:

Mi trabajo final para obtener mi licenciatura se lo dedico a mi esposo e hija, que me acompañaron en este trayecto.

A mis padres y hermanos que estuvieron presente desde el momento que elegí ésta profesión.

A mis compañeras de tesis Mercedes y Laura.

De Laura:

En ésta etapa de mi vida, quiero agradecer a todos aquellos que de una u otra manera aportaron a que logre culminar mi carrera, en especial a mis hijos Marifyn y Brian y mi mi marido Luis.

Agradezco a mis compañeras de investigación que transitaron conmigo todas las vicisitudes y osbtáculos que nos fueron presentando a lo largo de la misma y que me permitió crecer como persona y como futura profesional.

"PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE
REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES
CON DISCAPACIDAD VISUAL"

De Mercedes:

Mi trabajo final lo dedico a mi compañero incondicional Guillermo y a mis hijos Mara y Francisco y les agradezco su continuo apoyo y paciencia, gracias por el amor que me dan siempre.

A mi madre que me acompaña en cada momento de mi vida, quien me enseñó a ser constante y dedicada, a mi padre que siempre deseó lo mejor para nosotras.

A Andrea, mi hermana del alma; Emilce; Alicia y mis padrinos que en todo momento demostraron interés por mi vocación y me incentivaron a continuar con mi proyecto.

A mis compañeras de ruta, Laura y Nérida con las cuales transitamos esta experiencia tan enriquecedora.

**“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE
REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES
CON DISCAPACIDAD VISUAL”**

Indice:

- Portada 1
- Dirección / Asesoría metodológica / Tesistas 2
- Agradecimientos y dedicatorias 4
- Indice 6
- Introducción 9

Parte I:

- I.1. Tema y Objetivos 13
- I.2. Estado actual de la cuestión. Investigaciones 15

Parte II: Marco Conceptual

Capítulo I:

- II.I.1. Adulto Mayor. 26
- II.I.2. Modelo Holístico de Fragilidad-Relación con la vejez 34

Capítulo II:

- II.II.1. Ceguera. Conceptualización legal 44
- II.II.2. Etiología de patologías visuales 51
- II.II.3. Organismos Internacionales y Nacionales 66

Capítulo III:

- II.III. 1.Marco Rehabilitador 76
- II.III.2.Rol profesional del Terapeuta Ocupacional en el área 83
- II.III.3.Modelo Interdisciplinario y Transdisciplinario 91

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE
REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES
CON DISCAPACIDAD VISUAL”

Parte III:

- Descripción del Programa de Rehabilitación 97

Parte IV: Aspectos Metodológicos

- IV.1. Metodología Cualitativa 124
- IV.2. Técnica de recolección de datos: 126
 - ✓ Entrevista en profundidad
 - ✓ Cuestionario

Parte V:

- V.1. Análisis de datos 132
- V.2. Datos de la población de estudio 133
- V.3. Resultados de las entrevistas en profundidad: 134
 - ✓ Eje de Análisis uno: Derivación a la Institución
 - ✓ Eje de Análisis dos: Sentimientos, sensaciones al ingreso
 - ✓ Eje de Análisis tres: Adaptación a la Institución
 - ✓ Eje de Análisis cuatro: Adaptación, Integración y Aportes del grupo
 - ✓ Eje de Análisis cinco: Apoyo Familiar
 - ✓ Eje de Análisis seis: Participación en los talleres
 - ✓ Eje de Análisis siete: Inclusión de la familia al proceso
 - ✓ Eje de Análisis ocho: Actuación de los profesionales
 - ✓ Eje de Análisis nueve: Percepción general del proceso
 - ✓ Eje de Análisis diez: Sentimientos, sensaciones al egreso

**“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE
REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES
CON DISCAPACIDAD VISUAL”**

- ✓ Eje de Análisis once: Comparación entre el ingreso y el egreso
- ✓ Eje de Análisis doce: Intervención de Terapia Ocupacional
- ✓ Eje de Análisis trece: Comentarios y sugerencias

- **V.4. Resultados sobre el desempeño en de Actividades de la Vida Diaria** 157

Parte VI:

- **Consideraciones Finales** 167

Parte VII:

- **Bibliografía** 176

Parte VIII:

- **VIII.1. Anexo I. Técnicas de recolección de datos** 186

- **VIII.2. Anexo II. Consentimiento Informado** 197

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

Introducción:

El aumento en la expectativa de vida y la baja natalidad han llevado, a nivel mundial, al crecimiento significativo de la población Adulta Mayor y a un mayor riesgo de sufrir enfermedades crónicas, incrementándose los aspectos frágiles de éste grupo etario.

El envejecimiento poblacional argentino, de acuerdo al último censo realizado en el año 2010¹, indicó que de un total de 40.117.096 habitantes de ambos sexos, 5.725.838 corresponde a población de más de 60 años equivalente a un 14,27% del total de la población argentina. A nivel local, el censo reveló que de un total de 618.989 habitantes de ambos sexos, 119.016 corresponde a población de más de 60 años equivalente a 19,20% del total de la población del partido de General Pueyrredón.

En consecuencia, se advierte un progresivo crecimiento, en todo el territorio argentino, ya que la población total de Adultos Mayores pasó del 9,9%², al 14,27% en la actualidad, por lo tanto se presupone la posibilidad de un aumento de la población en Adultos Mayores frágiles.

Existen una diversidad de factores relacionados con la fragilidad en el Adulto Mayor, de ello deviene que en el campo gerontológico institucional, se hace referencia a fragilidad biológica, a fragilidad psicológica y a fragilidad social. Si bien el término de fragilidad varía su significado dependiendo de los autores, es fundamental comprender que está asociado a la coexistencia de procesos clínicos, entre ellos el compromiso de los órganos de los

¹ INDEC. “Datos del censo poblacional 2010”. Disponible en: <http://www.indec.gov.ar/indec/ingles.asp>. 2010.

² INDEC. “Datos del censo poblacional 2001”. Disponible en: <http://www.indec.gov.ar/indec/ingles.asp>. 2001.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

sentidos, dependencia en las actividades de la vida diaria e instrumentales de la vida diaria, y la necesidad de cuidados institucionales.

La experiencia y práctica clínica de la Terapista Ocupacional de Umasdeca, durante más de una década, con adultos mayores con discapacidad visual, generaron la inquietud y la necesidad de conocer cómo fue el proceso de Rehabilitación Básica Funcional a través de la percepción de los propios actores.

En el presente estudio, la población con discapacidad visual se encuadra dentro del término adulto mayor frágil, considerando pertinente adherir al Modelo de fragilidad construccionista.

La revisión bibliográfica evidenció la existencia de escasos estudios referidos a la discapacidad visual, tanto a nivel nacional como internacional, y particularmente desde la disciplina de Terapia Ocupacional.

A nivel local, en Mar del Plata se encontraron solamente investigaciones en grupos de niños, que reflejan una ausencia de investigaciones en grupos de Adultos Mayores.

Para optar a nuestro título de grado de Licenciatura en Terapia Ocupacional nos propusimos conjuntamente con la Terapista Ocupacional de la institución realizar una investigación de tipo cualitativa; en la cual como técnica de recolección de datos se utilizó entrevistas en profundidad dirigidas a los beneficiarios que concurrieron al Centro de rehabilitación Alas, Umasdeca, durante el período comprendido entre el año 2000 al 2009, los cuales transitaron su proceso de rehabilitación básica funcional.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

En consecuencia nos permitió analizar fenómenos poco descritos y documentados respecto de la ceguera y rehabilitación básica funcional correspondiente a ésta población.

Abordamos la discapacidad visual en Adultos Mayores frágiles, que han realizado tratamientos médicos y quirúrgicos antes de ingresar al Centro de Rehabilitación denominado “Alas” dependiente de la Unión Marplatense de Acción Social por los Derechos del Ciego y del Amblíope (UMASDECA); siendo ésta institución única especializada en el área para adultos mayores de la ciudad de Mar del Plata y la zona.

Consideramos necesario referirnos y difundir el abordaje transdisciplinario; ya que los objetivos del programa se trabajaron conjuntamente en diferentes áreas: Psicosocial y Médica; Física; Comunicación; Desarrollo de habilidades manuales; Participación Social; Actividades de la vida diaria (AVD), centrándonos en la práctica profesional del Terapeuta Ocupacional en sus áreas específicas.

Desde la percepción de la experiencia del proceso de rehabilitación básica funcional de los Adultos Mayores frágiles nos planteamos generar un conocimiento, así como también, favorecer la comprensión sobre las prácticas del Terapeuta Ocupacional y del Modelo Transdisciplinario, a fin de promover futuras modificaciones en la intervención profesional.

Finalmente, nos interesa divulgar los resultados del presente trabajo de investigación, para enriquecer los métodos de nuestra disciplina considerando que los conocimientos obtenidos estarán a disposición para otros ámbitos que aborden la discapacidad visual en los Adultos Mayores.

PARTE I

TEMA Y OBJETIVOS

ESTADO ACTUAL DE

LA

CUESTIÓN

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

I.1. Tema y Objetivos.

Tema: “Percepción de la experiencia del proceso de rehabilitación básica funcional”

Objetivos Generales:

- Conocer la percepción de la experiencia del proceso de rehabilitación básica funcional de los adultos mayores con discapacidad visual en el Centro Alas de la ciudad de Mar del Plata; en el año 2011.
- Conocer y describir el desempeño en las actividades de la vida diaria y actividades instrumentales de la vida diaria de los adultos mayores con discapacidad visual en el Centro Alas de la ciudad de Mar del Plata; en el año 2011.

Objetivos Específicos:

- Identificar aspectos significativos que surjan de la percepción de los adultos mayores.
- Identificar la percepción de los Adultos Mayores respecto a su integración grupal e institución.
- Explorar aspectos significativos relacionados con criterios de fragilidad.
- Conocer y analizar aspectos significativos que aportó el área de Terapia Ocupacional, en el proceso de rehabilitación.
- Conocer el desempeño ocupacional de los participantes.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

- **Conocer la percepción del abordaje transdisciplinar y su impacto en el proceso de rehabilitación.**
- **Conocer y describir las sugerencias propuestas por los Adultos Mayores referidas al programa de rehabilitación.**
- **Describir el desempeño en las AVD alimentación, higiene personal, vestido, baño, mantenimiento de objetos personales, de los Adultos Mayores e identificar la utilización de rotuladores, ayudas ópticas y técnicas compensatorias**
- **Describir el desempeño en las AIVD uso de sistemas de comunicación, movilidad en la comunidad, realización de las compras, preparación de la comida, limpieza, procedimientos de seguridad, juego y tiempo libre de los adultos mayores e identificar la utilización de ayudas electrónicas, ayudas ópticas, ayudas no ópticas y técnicas compensatorias.**

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

I.2. Estado actual de la cuestión. Investigaciones.

Estado Actual de la Cuestión:

La búsqueda de antecedentes relacionados con esta investigación, se realizó en publicaciones científicas de Terapia Ocupacional, revistas electrónicas, libros digitalizados, así como también en las diversas bibliotecas de ésta ciudad, tales como la Biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social; Biblioteca Central de la Universidad Nacional de Mar del Plata y Biblioteca de Centro Médico de Mar del Plata.

De la búsqueda realizada se halló una tesis de la carrera de Servicio Social de la ciudad de Mar del Plata en la temática de interés. La autora es María Teresa Aletti, el trabajo se titula “Servicio Social en impedidos visuales escolares” (1967). El trabajo describe el funcionamiento interno de la escuela 503 de multiimpedidos de la ciudad de Mar del Plata, integración de niños ciegos en escuela común, capacitación y empleo, centros de capacitación agropecuaria, ingreso a talleres, orientación profesional.

Desde Terapia Ocupacional, se encontraron dos tesis de grado para optar por el título de Lic. en Terapia Ocupacional:

En primer término: Cristina Cuello (1995) realizó una sistematización de una experiencia de campo, el trabajo se titula “Expresión Corporal y Niños Ciegos”, con una muestra de 11 alumnos, 4 varones y 7 mujeres, en la escuela de ciegos 504 de la ciudad de Mar del Plata. En las conclusiones del trabajo la autora consideró la necesidad de proveer al niño ciego la mayor cantidad de experiencias sensoriales, movilidad y desplazamiento seguro,

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

libertad para actuar, conocer para poner en juego sus posibilidades, potencialidades y capacidades generales y además sugirió la necesidad de incluir la actividad de expresión corporal en la etapa inicial (jardín de infantes) y primeros años dentro de la educación sistematizada dirigidas a niños ciegos.

En segundo término Silvina, Chanquia Ibarra de Quiroz (2004) tituló su trabajo como “Áreas que presentan déficit funcionales en niños con ambliopía y coeficiente intelectual normal, que podrían incidir sobre la integración escolar”. Realizó un estudio exploratorio descriptivo en niños concurrentes a la escuela 504 de educación especial. La unidad de análisis estuvo conformada por 15 alumnos de 4 a 8 años que presentaban ambliopía y coeficiente intelectual normal, integrados al ciclo inicial y primer ciclo de EGB del sistema ordinario. Se intentó determinar cuáles áreas son las que presentaban déficit funcional que podrían incidir en el proceso de integración escolar.

A partir de los datos obtenidos, se pudo concluir que en las cinco áreas psicomotricidad, sensopercepción, procesos psicológicos, AVD y juego, se detectaron dificultades en diferentes grados, siendo las más afectadas, el área de psicomotricidad, sensopercepción y juego. Concluye señalando que la discapacidad visual retrasa el desarrollo motriz en niños ambliopes con coeficiente intelectual normal, que los niños con discapacidad visual presentan grandes posibilidades de lograr una excelente integración, sobre todo si se realiza en una edad temprana. Siendo necesaria la presencia de un terapeuta ocupacional dentro del equipo de integración.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

Se ubicaron los siguientes artículos de revistas científicas referidos Adultos Mayores con ceguera o Baja Visión, los cuales pertenecen a investigaciones cuantitativas.

En la universidad de Florencia, Italia, en el departamento Oto-Neuro-Ciencias quirúrgicas Oftalmológicas se realizó una investigación titulada Entrenamiento en orientación y movilidad para adultos con baja visión.³

El entrenamiento en orientación y movilidad fue suministrado a personas con deterioro visual para ayudarlos a mantener la independencia, enseñándoles una nueva orientación y habilidad en la movilidad a fin de compensar la reducida información visual.

Objetivos del trabajo: Realizar una revisión orientada a evaluar los efectos del entrenamiento en orientación y movilidad con o sin dispositivos asociados, para adultos con baja visión.

En el departamento de medicina física y rehabilitación de la Universidad del oeste de Ontario en Canadá se realizó una investigación titulada Tratamientos de desórdenes visuales post apoplejía.⁴

³ Virgili, G; Rubin, G. “Entrenamiento en orientación y movilidad para adultos con baja visión”. Departamento Oto-Neuro-Ciencias Quirúrgicas Oftalmológica, Florencia, Italia. Base de datos Cochrana Syst. Rev. 2006; 3: CD003925. Disponible en OT Seeker. 2003.

⁴ Jutai, J,W; Bhogal SK; Foley NC; Bayley M; Teasell RW; Speechley MR. “Tratamientos de desórdenes visuales postapoplejía” Departamento de medicina física y rehabilitación, Universidad del oeste de Ontario, Canadá. American Journal of Phisical Medicine & Rehabilitation. - Vol. 86- Issue 10- pp. 853-860. Disponible en O.T Seeker. 2007.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

La investigación es referida a desórdenes de percepción visual, los cuales son comunes como consecuencia de apoplejía, ellos incluyen negligencia unilateral.

Se concluye que estrategias de modificaciones del comportamiento pueden mejorar la performance. Este artículo presenta una revisión crítica y sintética de la búsqueda de evidencia publicada de efectividad del tratamiento para desórdenes de percepción visual luego del stroke. La potente evidencia de efectividad en rehabilitación fue consecuencia de:

- Tratamientos específicos de desórdenes perceptuales y
- Entrenamiento específico para la negligencia (incluyendo escaneo visual).

Hallazgos sugieren que es necesario profundizar y perfeccionar métodos de rehabilitación, incluyendo el uso de dispositivos de ayuda para movilidad y avd.

En la revista americana de Medicina Física y Rehabilitación se encontró un artículo de investigación titulado *Intervenciones en déficit visual en adultos con ACV y daño cerebral*.⁵

Los déficits visuales luego de ACV son comunes.

Para evaluar la efectividad de las intervenciones en lo funcional respecto al entorno de la persona, se realizó una búsqueda extensa y el análisis de la revisión reveló algunos aciertos con negligencia visual, pero no existió evidencia suficiente en intervenciones para hemianopsia, cuadrantopsia, diplopía. Es necesaria una búsqueda adicional para clarificar,

⁵ Riggs, R; Andrews, K; Kris, M D; Roberts, P; otro/L, SCFES, CPHQ, FAOTA; Gileski, Michael PhD. “Intervenciones en déficit visual en adultos con Acv y daño cerebral”: una revisión sistemática. American Journal of Phisical Medicine & Rehabilitation; Vol. 86; pp. 853-860. Disponible en O.T Seeker. 2007.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

cuantificar y medir resultados de tratamientos para disfunciones visuales adquiridas así como asociar con tests experimentales en el funcionamiento de las personas y su entorno.

En la revista Canadiense de Oftalmología se encontró un artículo de investigación titulado

*Degeneración macular relacionada con la edad y rehabilitación en baja visión.*⁶

Método utilizado: revisión de estudios en varias bases de datos desde 1980 a 2006. Los estudios fueron evaluados por calidad y nivel de evidencia.

Resultados: lo encontrado indicó que los programas estándar de rehabilitación en baja visión y uso de dispositivos ópticos fueron caminos efectivos en el manejo y tiempo libre de la persona con baja visión. Así como también los programas de orientación y movilidad con el uso de dispositivos mecánicos tecnológicos para el requerimiento de entorno.

Por último, en el Congreso Argentino de Terapia Ocupacional realizado en la ciudad de La Plata en el mes de septiembre de 2011 se presentó un trabajo de autoras brasileras titulado: *Autopercepción del desempeño ocupacional de personas con deficiencia visual en proceso de rehabilitación grupal interdisciplinar.*⁷

⁶ Hopper, P; Jutai, J W; Strong, G Y Russell, M. “Degeneración macular relacionada con la edad y rehabilitación en baja visión”. Revisión sistemática. Canadian Journal of Ophthalmology. Vol. 83; Issue 2; pp. 180-187. Disponible en O.T Seeker. 2008.

⁷ Montilha, R; Becker, P; Rubo de Souza Nobre, M. “Autopercepción del desempeño ocupacional de personas con deficiencia visual en proceso de rehabilitación grupal interdisciplinar”. Centro de Estudios e Investigación en Rehabilitación “Prof. Dr. Gabriel Oporto (CEPR), Facultad de Ciencias Médicas de la UNICAMP. San Pablo. Brasil. 2010.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

La investigación se realizó desde un abordaje cuantitativo. Este estudio trató de favorecer la comprensión de las reales expectativas y necesidades de las personas con baja visión, además de sus capacidades y habilidades conservadas.

Su objetivo fue medir la autopercepción de personas con baja visión en proceso de rehabilitación grupal interdisciplinar, respecto de la autopercepción del desempeño ocupacional.

Para la recolección de datos se aplicó la “Canadian Occupational Performance Measure COPM”, ésta escala, aplicada por medio de un cuestionario semi estructurado, mide la auto-percepción que el sujeto tiene sobre su desempeño ocupacional, en el primero y último encuentro del Grupo de Rehabilitación.

Se entrevistaron a ocho personas con baja visión, atendidos en este Servicio de Rehabilitación. Los datos recogidos con la COPM se refieren a las actividades del día a día que se dividen en: las actividades de producción, cuidado personal y de ocio...

Se observó que en la percepción de la mayoría de los sujetos entrevistados, la participación en el grupo de rehabilitación permitió una evolución positiva en sus niveles de desempeño ocupacional.

Conclusiones: Este estudio midió la evolución de la autopercepción del desempeño ocupacional en cada uno de los participantes. También se observó que el uso de este instrumento permite contextualizar y optimizar el proceso de rehabilitación previsto por el equipo interdisciplinario.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

Bibliografía:

- Aletti, María Teresa. *Servicio Social en impedidos visuales escolares*. Tesis de grado para la Lic. en Terapia Ocupacional de la Facultad. de Ciencias. de la Salud y S.S. UNMDP. Mar del Plata. Argentina. 1967.
- Blanco, F; Gutman, I; Lopez, J.S; Scandroglio, B. *Una aproximación a las prácticas cualitativas en Psicología desde una perspectiva integradora*. Universidad Autónoma de Madrid. En Papeles de Psicología, vol. 31 (1), pp. 131-142. Madrid. España. 2010.
- Chanquia Ibarra de Quiroz, Silvina, *Áreas que presentan déficits funcionales en niños con ambliopía y coeficiente intelectual normal, que podrían incidir sobre la integración escolar*. Tesis de grado para la Lic. en Terapia Ocupacional de la Facultad de Ciencias de la Salud y S.S. UNMDP. Mar del Plata. Argentina. 2005.
- Cuello, Cristina. *Expresión Corporal y Niños Ciegos*, Tesis de grado para la Lic. en Terapia Ocupacional de la Facultad de Ciencias. de la Salud y S.S. UNMDP. Mar del Plata. Argentina. 1995.
- Hopper, P; Jutai, J W; Strong, G Y Russell, M. *Degeneración macular relacionada con la edad y rehabilitación en baja visión*. Revisión sistemática. Canadian Journal of Ophthalmology. Vol. 83; Issue 2; pp. 180-187. 2008. Disponible en [www. O.T Seeker](http://www.O.T Seeker). Fecha de consulta 5/2011.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

- INDEC. <http://www.indec.gov.ar/indec/ingles.asp>. 2010. Fecha de consulta 1/2012.
- INDEC. <http://www.indec.gov.ar/indec/ingles.asp>. 2001. Fecha de consulta 5/2011.
- Jutai, J, W; Bhogal SK; Foley NC; Bayley M; Teasell RW; Speechley MR. *Tratamientos de desórdenes visuales post stroke*. Departamento de medicina física y rehabilitación, Universidad del oeste de Ontario, Canadá. (American Journal of Phisical Medicine & Rehabilitation. Vol. 86- Issue 10- pp. 853-860. 2007- Disponible en [www. O.T Seeker](http://www.O.TSeeker.com). Fecha de consulta 5/2011.
- Montilha, R; Becker, P; Rubo de Souza Nobre, M. *Autopercepción del desempeño ocupacional de personas con deficiencia visual en proceso de rehabilitación grupal interdisciplinar*. Centro de Estudios e Investigación en Rehabilitación "Prof. Dr. Gabriel Oporto (CEPR), Facultad de Ciencias Médicas de la UNICAMP. San Pablo. Brasil. 2010.
- Riggs, R; Andrews, K; Kris, M D; Roberts, P; otro/L, SCFES, CPHQ, FAOTA; Gileski, Michael PhD. *Intervenciones en déficit visual en adultos con Acv y daño cerebral: una revisión sistemática*. American Journal of Phisical Medicine & Rehabilitation Vol. 86; pp. 853-860. 2007. Disponible en [www. O.T Seeker](http://www.O.TSeeker.com). Fecha de consulta 5/2011.
- *Secretaria de Calidad de Vida*. Base de datos estadísticos. Partido de General Pueyrredón. Mar del Plata. Censo 2001. Fecha de consulta 5/ 2011.
- Virgili, G; Rubin, G. *Entrenamiento en orientación y movilidad para adultos con baja visión*. Clínica del ojo, departamento Oto-Neuro-Ciencias Quirúrgicas Oftalmológica.,

**“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE
REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES
CON DISCAPACIDAD VISUAL”**

Universidad de Florencia, Italia. Base de datos Cochran Syst. Rev. 2006; 3:
CD003925. 2003. Disponible en [www. O.T Seeker](http://www.O.T Seeker). Fecha de consulta 5/2011.

PARTE II

MARCO

CONCEPTUAL

CAPÍTULO I

ADULTO MAYOR

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

II.1.1. Adulto Mayor.

Existen múltiples conceptualizaciones acerca de la vejez.

Galán plantea que éste término “es utilizado en el lenguaje coloquial de manera peyorativa o es asociado directamente con la discapacidad y la demencia.”⁸

El diccionario de la Real Academia Española define a la vejez como: “Cualidad de viejo, edad senil, senectud, achaques, manías, actitudes propias de la edad de los viejos”,⁹ otros diccionarios las definen como: “permanecer mucho tiempo”. “...un proceso involutivo que aparece al avanzar la edad de un organismo.....”etc.¹⁰

Chávez Jimeno considera el “envejecer como la suma de todos los cambios que ocurren en un organismo con el paso del tiempo.”¹¹

Por lo tanto se manifiesta históricamente el aspecto negativo que conlleva este término, perdurando generaciones tras generaciones, construyendo en el imaginario social la relación entre vejez = discapacidad = nulidad.

Desde una construcción social el envejecimiento es concebido culturalmente y toma las características particulares de cada grupo humano, determinando múltiples maneras de representarlo.

⁸ Galán y otros. “Diseñar la Vejez”. Disponible en <http://www.catedragalan.com.ar/trabajos/di0803.pdf>. 2011.

⁹ Diccionario de la real academia Española. 22ª. Ed. Espasa-Calpa. <http://buscon.rae.es/draei/html/cabecera.htm>. 2001.

¹⁰ Grupo Océano. Diccionario Enciclopédico Universal. Editorial Océano. España. 2009.

¹¹Chávez Jimeno, H. “Fragilidad un nuevo síndrome geriátrico”. Lima. Perú. Disponible en <http://www.fihu-diagnóstico.org.pe/revista/números/2003/julago03>. 2003.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

El concepto de representación social es definida por Moscovici en *Psicoanálisis, su imagen y su público* como: “...las representaciones sociales son una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación de los individuos. No son solo productos mentales sino que son construcciones simbólicas que se crean y recrean en el curso de las interacciones sociales, no tienen carácter estático ni determinan inexorablemente las representaciones individuales. No serían opiniones sobre, ni imágenes de, sino mas bien teorías de la “ciencia colectiva” sui generis, destinadas a interpretar y construir lo real..., la sociedad tiene nuevas visiones y las actitudes se ordenan en función de las mismas.”¹²

Robert Butler en 1969 se refirió al viejísimo o edaísmo (ageism) como el conjunto de prejuicios y estereotipos sobre el envejecimiento y la vejez.

El edaísmo incluye actitudes y concepciones discriminatorias expresadas en conductas negativas o violentas hacia los Adultos Mayores; instituciones y políticas sociales inadecuadas; carencia de recursos económicos y comunitarios; falta de accesibilidad, entre otras prácticas sociales que limitan su integración satisfactoria.

“El viejísimo suele no ser explicitado, no aparece como un odio fuerte, aunque el sentimiento negativo hacia el grupo “de viejos” se encuentre muy extendido; y aún en las/os adultas/os mayores pueden ser víctimas de su propio prejuicio.”¹³

¹² Almada, R; Bruschetti, G; Cauerhoff, R. “Representación social de la vejez en la adolescencia” Tesis de grado. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata. Argentina. 2006.

¹³ Lacub, R; Castro, I; Petrongolo, M; Tuchmann, P. “Prácticas no discriminatorias en relación con adultas y adultos” mayores. Elaborado en el marco de la Red Nacional de Investigadoras/es contra la Discriminación. (INADI) 1a ed. - Buenos Aires Argentina. Disponible en <http://hfnoticias.com.ar/assets/uploads/AdultosMayores7.pdf>. 2009.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

La población comparte estos pensamientos, sentimientos y juicios.

Salvarezza,¹⁴ afirma en este sentido que la adquisición de prejuicios tiene lugar durante la infancia, quedando supeditados a la imitación de modelos parentales y obsoletos de una fuente racional, siendo limitados únicamente a una respuesta emocional frente a un estímulo concreto. El resultado de esta ideología fomenta unas actitudes que despiertan rechazo, repulsión y antipatía.

Según McGowan¹⁵ los prejuicios promueven tres actitudes fundamentales:

- Una dislocación social que promueve una pérdida de roles sociales que a su vez generará menor autoestima y un estatus social disminuido, así como promoverá una decreciente participación social.
- El uso de estereotipos: creencias basadas en características excepcionales o inexistentes atribuidas de manera categórica a todos los miembros de un grupo en particular.
- La estereotipia como el proceso psicológico y social a través del cual se ignoran los atributos y características personales y se etiqueta a los individuos de acuerdo a estereotipos basados en la afiliación grupal.

¹⁴ Moreno Toledo, A. “Viejísimo (ageism).Percepciones de la población acerca de la tercera edad: estereotipos, actitudes e implicancias sociales”. Revista Electrónica de Psicología Social «Poiésis» Nº 19. Disponible en: <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/viewFile/101/75>. 2010.

¹⁵ Ibíd. Moreno Toledo.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

El autoconcepto del mayor queda de alguna manera desvirtuado, por estas percepciones sesgadas de la población. La repulsión generalizada por estas ideas concluye en el individuo una actitud negativa, discriminatoria que enfatiza estos rasgos.

Salvarezza y otros,¹⁶ destacan la predisposición negativa de los profesionales al tratamiento de este grupo de edad.

Muchos Adultos Mayores presentan secuelas físicas, sensoriales y dificultades de autovalimiento y de adaptación al medio físico, estas características generalmente son consideradas para el colectivo social discapacitantes.

Según Galán,¹⁷ la situación de la vejez se modifica cualitativa y cuantitativamente.

De ésta manera el autor plantea que durante el proceso de envejecimiento el sujeto va experimentando cambios paulatinos y progresivos tales como biológicos, emocionales y socioculturales; percibe esta nueva situación y denota que no es posible ejecutar las actividades del mismo modo que las realizaba antes.

No obstante, existe un paralelismo ideológico entre Galán y otros autores, quienes postulan que la condición de la vejez está sujeta por las demandas sociales, económicas y personales, que conducirían a un quiebre del estado activo, perfilando un envejecimiento único y particular en cada hombre.

Por lo tanto, al referirse a un envejecimiento único y particular, significa que cada sujeto desarrollará sus propias limitaciones, como así también sus potencialidades latentes.

¹⁶ Ibíd. Moreno Toledo.

¹⁷ Galán y otros. “Diseñar la Vejez”. Disponible en: <http://www.catedragalan.com.ar/trabajos/di0803.pdf>. (2011)

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

Los nuevos paradigmas que tratan la vejez, proponen encuadrar a ésta en un proceso productivo de cambio, con nuevas posibilidades de explotar las capacidades particulares de cada sujeto.

Con respecto a la edad, la vejez atravesó diferentes clasificaciones en cuanto a grupos etarios, dentro de los cuales se encuentra la realizada por Riley, que establece:

- “Los viejos-jóvenes: entre 65 años y 74 años
- Los viejos-viejos: entre 75 años y 85 años
- Los viejos-muy viejos: más de 86 años”¹⁸

Otra clasificación perfila un cambio en cuanto a la concepción ideológica, es la realizada “en abril de 1994 en la Organización Panamericana de la Salud, filial de la Organización Mundial de la Salud, que decidió emplear el término Adulto Mayor para las personas de 65 o más años de edad.”¹⁹

En consecuencia, creemos pertinente utilizar el término Adulto Mayor, en equivalencia con “vejez”, ya que se considera el término adecuado para referirse a la población de estudio de la presente investigación, que comprende mayores de 65 años; tratando de correrse del carácter peyorativo que conlleva el término “viejo”, tal como postula Galán.

¹⁸ Negredo, M, A. “Adaptación Positiva en el Proceso de Envejecimiento”. Revista pedagógica, ISSN 0214-7742, nº 16, (ejemplar dedicado a: educación de mayores), pág.65. Facultad de Psicología de la Laguna. Tenerife- España. 2001-2002.

¹⁹ Galán y otros. “Diseñar la Vejez”. Disponible en : <http://www.catedragalan.com.ar/trabajos/di0803.pdf>. (2011)

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

Vejez: Una proyección a nivel mundial.

Adherimos al planteo realizado por Díaz Vega²⁰, quien refiere un aumento significativo en la población de mayores de 60 años a nivel mundial.

Según INMSERSO, 2001. “Entre 1970 y 2025, se prevé que la población mundial con más edad aumente hasta unos 870 millones, o el 380%. En el 2025, habrá un total de cerca de 1.2 billones de personas con más de 60 años En el año 2000 las personas de 65 y más años ya suponían un 16,9% de la población total.”²¹

En consecuencia, la esperanza de vida se prolonga y al mismo tiempo se incrementan las patologías de ésta población, constituyéndola en el grupo etéreo con mayor demanda en atención del sistema de salud. Por lo tanto, se considera necesario mejorar la calidad del servicio de salud para dichos usuarios.

Díaz Vega propone la preocupación constante de que éste incremento conlleve a una asistencia permanente desde el área de salud.

Sin embargo, otros autores como Maddox, Clark, y Steinhauser, mencionados por Díaz Vega, refieren el riesgo de desarrollar deterioro funcional, provocado por factores sociales y económicos, más allá de los cambios propios de la vejez consecuentes del paso del tiempo.

²⁰ Díaz Vega. “Impacto de Deficiencia Visual en personas mayores”. Cap. II De la Fragilidad biológica a un modelo holístico de Fragilidad. pp. 117-118. 2005.

²¹ *Ibíd.* Díaz Vega.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

A partir de las investigaciones de éstos autores: “Los resultados muestran que la educación y los ingresos tienen efectos significativos e independientes sobre el riesgo de deterioro funcional. Por tanto, un cambio en los mismos supondría un cambio en los niveles de deterioro funcional de la población.”²²

²² *Ibíd.* Díaz Vega.

FRAGILIDAD

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

II.1.2. Modelo Holístico de Fragilidad. Relación con la Vejez.

“Según el diccionario de la Real Academia Española, Fragilidad es la calidad de frágil y frágil a su vez, significa débil, que puede deteriorarse con facilidad.”²³

El término Adulto Mayor frágil fue denominado de manera diferente a lo largo del tiempo; en la década de los 90 surgen diferentes definiciones y componentes, a pesar de los esfuerzos de los autores no han arribado a una definición en común. Sin embargo, asocian el término fragilidad a un desequilibrio biológico relacionado con la edad y una reducción del organismo a resistir el estrés.

Chávez Jimeno enuncia “el término genérico Adulto Mayor frágil tiene un estado con reservas fisiológicas disminuidas lo que conlleva asociado un aumento de riesgo de incapacidad, una pérdida de resistencia y aumento de la vulnerabilidad manifestada por mayor morbilidad y mortalidad.”²⁴

²³ Martos Martín, A. J. en “Una aproximación al concepto de fragilidad en personas mayores”. Capítulo II. Universidad de Granada. Facultad de Psicología. España. 2005.

²⁴Chávez Jimeno, H. “Fragilidad un nuevo síndrome geriátrico”. Disponible en: <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/números/2003/julago03/161-163>. Lima. Perú. 2003.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

A continuación la siguiente tabla expondrá en detalle los criterios de fragilidad propuestos por Chávez Jimeno.

<u>Criterios de adulto mayor frágil. (tabla 1).</u>
<p>a) <u>Criterio Médico:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Padecer enfermedades crónicas o invalidantes / Deficiencias sensoriales• Alteraciones de la marcha y equilibrio / Incapacidad de miembros inferiores.• Presencia de síndromes geriátricos.• Mala salud autopercebida.• Caídas a repetición.• Polifarmacia.• Consumos de sedantes.• Ingresos hospitalarios recientes o repetidos.• Visitas domiciliarias con frecuencia superior al mes.
<p>b) <u>Criterios funcionales:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Dificultad para deambulación y movilidad.• Dependencia para la realización de actividades básicas de la vida diaria.• Dependencia para la realización de actividades instrumentales de la vida diaria.
<p>c) <u>Criterios Mentales:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Deterioro Cognoscitivo / Depresión.
<p>d) <u>Criterios Sociodemográficos:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Vivir solo / Viudez reciente / Edad superior a 80 años / Escases de ingresos económicos.

Tabla 1.²⁵ Criterios del Adulto Mayor frágil.

²⁵ Tabla1. Chávez Jimeno, H. “Fragilidad un nuevo síndrome geriátrico”. Disponible en: <http://www.fihu-diagnóstico.org.pe/revista/números/2003/julago03/161-163>. Lima. Perú. 2003.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

A partir de diferentes conceptualizaciones se desarrollaron diferentes modelos:

- Modelo biomédico.
- Modelo biomédico y factores psicológicos.
- Modelo basado en desequilibrio o un equilibrio inestable entre factores de tipo fisiológico y psicológico y factores sociales.
- Modelo construccionista.
- Y otros que sólo utilizan el término como sinónimos de manifestaciones clínicas, funcionales y/o de necesidad de institucionalización o de uso de recursos sociosanitarios.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

Diferentes conceptualizaciones sobre fragilidad.

Modelo biomédico:

“Considera a la fragilidad como consecuencia de alteraciones internas de tipo fisiológico.”²⁶

Según este modelo, la fragilidad es el resultado de la pérdida de reserva fisiológica; considerando la misma como el conjunto de capacidades biológicas que permiten al sujeto responder a las diferentes demandas personales y ambientales ej: capacidad respiratoria, capacidad cardíaca, memoria, etc.

Este modelo realiza un paralelo con la hipótesis de Simmorfosis (otro aspecto biomédico) la cual plantea que la fragilidad es el resultado de la pérdida de la homeostasis funcional, equiparando el término con reserva fisiológica.

No obstante, existen otras aproximaciones que plantean que no solo se afecta la reserva fisiológica, sino también afecta la reserva psicológica, en consecuencia la capacidad de adaptación de la persona.

Modelo de Desequilibrio.

“La fragilidad es producto de un desequilibrio o inestabilidad entre factores personales y factores sociales.”²⁷ En consecuencia, la persona puede generar dependencia en cualquiera de los aspectos de su vida.

²⁶ Martos Martin, A, J. en “Una aproximación al concepto de fragilidad en personas mayores”. Capítulo II. Universidad de Granada. Facultad de Psicología. España. 2005.

²⁷ Ibid.Martos Martin.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

Modelo Construcccionista:

Considera la fragilidad “como una condición existente para cada persona y no un estado en el que la persona se encuentra”.

Este modelo desarrollado por Raphael, plantea que la fragilidad es consecuencia de la interacción entre los factores ambientales y personales, que llevan a una disminución de la capacidad del sujeto para realizar actividades de la vida diaria y actividades sociales.

Dichos factores según Raphael son los siguientes:

Factores personales:

- aspectos cognitivos,
- físicos,
- psicológicos,
- y espirituales.

Factores ambientales:

- los financieros (recursos),
- los sociales (disponibilidad de amigos o familiares),
- la situación de la vivienda (escaleras, peligros en el vecindario),
- legales o institucionales se proceden (poco control sobre rutinas diarias).

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

Modelo Construcccionista



Cuadro 1.²⁸ Modelo de fragilidad propuesto de Raphael et al.

²⁸ CFR. Cuadro 1. Raphael et al (1995). En Martos Martín, Antonio, J. “Variables mediadoras en la relación entre deterioro cognitivo y la capacidad funcional en personas mayores”. Capítulo II, pág. 50. Facultad de Psicología. Universidad de Granada. España. 2005.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

De acuerdo a criterios de fragilidad según Helver Chávez Jimeno.

Dentro de éste modelo nos posicionamos para describir nuestra población de estudio como un grupo etario frágil ya que poseen los criterios del Adulto Mayor Frágil siendo éstos los siguientes:

En el criterio médico la deficiencia sensorial:

- **Deficiencia visual.**
- **Deficiencia auditiva.**

En el criterio funcional:

- **Dificultad para deambulación y movilidad.**
- **Dependencia para la realización de actividades básicas de la vida diaria.**
- **Dependencia para la realización de actividades instrumentales de la vida diaria.**

En el criterio mental:

- **Depresión.**

En el criterio sociodemográfico:

- **Vivir solo.**
- **Viudez.**
- **Edad superior a 80 años.**

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

Bibliografía:

- Chávez Jimeno, H. *Fragilidad un nuevo síndrome geriátrico*. Lima. Perú. Disponible en:<http://www.fihu-diagnóstico.org.pe/revista/números/2003/julago03/161-163>. Fecha de consulta 3/2011. 2003.
- Díaz Vega. *Impacto de Deficiencia Visual en personas mayores*. Cap. II De la Fragilidad biológica a un modelo holístico de Fragilidad. pp. 117-118. 2005.
- Dulcey-Ruiz, E y Uribe Valdivieso, C. *Psicología del Ciclo Vital: Hacia una visión comprehensiva de la vida humana*. Revista Latinoamericana de Psicología, volumen 34- Nos.1-2, pp. 17-27. Bogotá- Colombia. 2002.
- *Fundación quiéreme y protégeme* .A.C. Disponible en: <http://www.espaciovisual.org./fundación/id16.html>. Fecha de consulta 4/2011.
- Galán y otros. *Diseñar la Vejez*. Disponible en:<http://www.cátedragalan.com.ar/trabajos/di0803.pdf>. Fecha de consulta 4/2011.
- Grupo Océano. *Diccionario Enciclopédico Universal*. Editorial Océano. España. 2009
- Martos Martín, Antonio, J. *Variables mediadoras en la relación entre deterioro cognitivo y la capacidad funcional en personas mayores*. Capítulo II, pp. 39-56. Facultad de Psicología. Universidad de Granada. España. 2005

**“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE
REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES
CON DISCAPACIDAD VISUAL”**

- Negredo, M, A. *Adaptación Positiva en el Proceso de Envejecimiento*. Revista pedagógica, ISSN 0214-7742, nº 16, (ejemplar dedicado a: educación de mayores), pp. 49-82. Facultad de Psicología de la Laguna. Tenerife- España. 2001-2002.

CAPÍTULO II

CEGUERA

Y

BAJA VISIÓN

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

II.II.1. Ceguera

Aspecto Médico- Legal.

Según Anne Corn una persona con ceguera es aquella que no ve nada en absoluto o solamente una ligera percepción de luz.²⁹

Según Johnston Allinder “una persona es considerada ciega, cuando carece de una percepción luminosa o es incapaz de descubrir la luz en la oscuridad.

En general la ceguera se define como agudeza visual central para:

- la visión distante de 20/200 o menos en el menor ojo, con la mejor corrección o
- de la agudeza visual central para más de 20/200 si existe un déficit campimétrico en el cual el campo periférico se ha contraído en un grado tal en que el diámetro mayor del campo visual tiene una distancia angular menor a 20°. ”³⁰

Allinder refiere que una medida de agudeza visual de 20/200 significa que una persona puede ver a una distancia no mayor de 6 mts, lo que una persona con visión normal puede ver a 60 mts.

No se considera legalmente ciega a una persona que ha perdido completamente la vista en un ojo, pero mantiene una visión mejor de 20/200 en el otro ojo.

²⁹ Ferrero, M. “Material compilado para el dictado del Curso de Rehabilitación visual” La Plata. Argentina. 2002.

³⁰CFR. Allinder, J. “Pérdida Sensorial: Sordera y ceguera”. En Willard Y Spackman; H. L. Hopkins y H. D. Smith, Terapia Ocupacional Unid. 7, sección 6. pág. 707. 8ª, ed. Editorial Médica Panamericana. Madrid. España. 1998.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

“Las mediciones se deben tomar con la mejor lente correctora posible y la visión en el mejor ojo determina el grado de la vista.

Este sistema de medición se efectúa utilizando la cartilla de Snellen.”³¹

Metros	Pies	Notación Decimal	Angulo Visual	Eficacia Visual (%)	Perdida Visual
6/6	20/20	1	1	100	0
6/9	20/30	0,7	1,5	91,4	8,6
6/12	20/40	0,5	2	83,6	16,4
6/18	20/60	0,3	3	69,9	30,1
6/24	20/80	0,25	4	58,5	41,5
6/60	20/200	0,1	10	20	80

Tabla 2.

Baja visión:

“Generalmente se la describe como una disminuida agudeza visual bilateral o un campo visual anormal surgido de una alteración del sistema visual. El defecto puede encontrarse en el globo ocular (cornea, iris, cristalino, vítreo o retina), en las vías ópticas o en la corteza visual. Puede ser hereditaria, congénito o adquirido. La enfermedad congénita o adquirida

³¹ CFR. Tabla 2. Allinder, J. “Pérdida Sensorial: Sordera y ceguera”. En Willard Y Spackman; H. L. Hopkins y H. D. Smith, Terapia Ocupacional Unid. 7, sección 6. pág. 707. 8ª, ed. Editorial Médica Panamericana. Madrid. España. 1998.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

puede afectar a la agudeza visual o al campo visual, y a toda una serie de distintas funciones oculares: percepción del color, sensibilidad al contraste, adaptación a la oscuridad, motilidad y fusión ocular y percepción o conciencia visual.

Anne Corn considera que baja visión, es el nivel de visión que, con corrección común, impide al individuo la realización de ciertas tareas o que mediante el uso de equipos ópticos y no ópticos, con modificaciones ambientales y/o técnicas especiales puede mejorar el funcionamiento.

Por lo tanto una persona con deficiencia visual o disminuido visual es aquella que conserva un resto visual útil para su vida diaria.

La baja visión, abarca tres grupos:

- a) Moderados: los que con ayuda de equipos y/o iluminación adecuada, pueden realizar tareas visuales casi como los sujetos de visión normal;
- b) Severos: los que para realizar tareas visuales requieren más tiempo necesitan más esfuerzo y tienen más precisión, aun con ayuda óptica y otras adaptaciones;
- c) Profundos: los que tienen mucha dificultad para realizar tareas visuales, aun las más groseras, y son incapaces de manejar detalles.

En la definición de baja visión está implícita la disminución del nivel de rendimiento, ya sea con arreglo a los estándares habituales del paciente o a los impuestos en su puesto de trabajo, etc. El rendimiento no puede juzgarse solo por criterios visuales. Algunas áreas de la disfunción pueden estar relacionadas con la deficiencia visual, mientras que otras son

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

producidas por la reacción de la persona ante dicha deficiencia visual. El nivel de rendimiento puede estar también relacionado con la edad. La baja visión es más un estado funcional, que una anotación matemática.”³²

Aspecto Psicoemocional. La mayor o menor magnitud del efecto del déficit visual puede limitar e imponer una dependencia, en consecuencia el miedo, la vergüenza y el desequilibrio psico-emocional que provoca, conduce a la persona a un estado de vulnerabilidad/fragilidad.

El impacto que provoca en la familia se evidencia a través de diferentes sensaciones como: angustia, impotencia ante el hecho no deseado, y el comienzo de la búsqueda de una recuperación visual.

Al mismo tiempo, generalmente experimenta el núcleo familiar un cambio de roles.

La angustia junto con la imposibilidad de poder tomar decisiones conducirán a la persona con ceguera a un microespacio físico y anímico.

Desde la teoría psicológica de ajuste al déficit visual descrita por Cholden³³, se describe tres fases por las cuales transita una persona con ceguera adquirida, sin embargo no todas atraviesan necesariamente todas las etapas antes mencionadas.

³² CFR. Ferrero, M. “Material compilado para el dictado del Curso de Rehabilitación visual” La Plata. Argentina. 2002.

³³ Gonzáles, A; Novell, C; Benito, J y otros. “Psicología y Ceguera. Manual para intervención psicológica en el ajuste a la discapacidad visual”. 1ª ed. cap. 2.1. Madrid: ONCE. España. 2003.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

Elas son:

- ✓ Estado de shock o período defensivo anestésico en el que la persona quedaría incapacitada para toda función sensitiva y sensorial, no puede sentir, ni pensar. En ésta fase considera que sería contraproducente cualquier intervención.
- ✓ Depresión o reacción emocional ante la pérdida. Los principales problemas surgirían por la resistencia al cambio de personalidad.
- ✓ Aceptación de la ceguera.”³⁴

No obstante, otros autores continuaron desarrollando esta teoría, agregando nuevas fases. Coinciden todos los teóricos, en que la “evolución de la pérdida, el resto visual remanente y la estabilidad del mismo son factores claves que van a influir en el proceso de ajuste a la nueva situación.”³⁵

De acuerdo a la calidad de las relaciones familiares y sociales que le aporten contención y apoyo a la persona con discapacidad visual, permitirá conocer el impacto que la pérdida visual causará:

- 1) directamente en la persona e
- 2) indirectamente a través del estrés que experimentan su entorno. En consecuencia, esto caracterizaría el proceso de ajuste al déficit visual.

³⁵ Pallero Gonzalez; R “Ajuste a la pérdida visual sobrevenida en la vejez”. Universidad de Rovira I Virgili. Tarragona. España.pág. 54. 2007. Disponible en: www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/8963/thesi.pdf?...1

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

“La relación entre apoyo y adaptación a la deficiencia es recíproca y dinámica.”³⁶

Las actitudes que tomen el entorno familiar/social que rodean al sujeto, podrán ser consideradas positivas/favorecedoras o negativas/obstaculizadoras para este proceso de ajuste.

De acuerdo a los autores McPhee y Magleby ³⁷, ellos postulan que existe una relación recíproca entre el éxito de la rehabilitación y la estabilidad familiar.

Según Moore³⁸, el entorno familiar es el principal influyente sobre cómo se vivencia y se adjudica la ceguera a la persona afectada.

Además, el hecho de transitar este desequilibrio emocional, generaría al principio una cierta dependencia hacia el entorno del sujeto, para realizar sus actividades cotidianas.

“En especial, en sus desplazamientos.”³⁹

Sin embargo, existe la posibilidad que la pérdida visual provoque en la persona un “rol social aceptable de dependencia”⁴⁰, el cual va estar condicionado por las características individuales de cada sujeto, para afrontar esta nueva situación desequilibrante.

³⁶ *Ibíd.* Pallero González.

³⁷ Pallero Gonzalez; R “Ajuste a la perdida visual sobrevenida en la vejez”. Universidad de Rovira I Virgili. Tarragona. España.p. 55. 2007. Disponible en: www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/8963/thesi.pdf?...1

³⁸ *Ibíd.* Pallero González

³⁹ *Ibíd.* Pallero González.

⁴⁰ *Ibíd.* Pallero González. pp 56.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

Existe un ajuste continuo entre dependencia/independencia que se irá estabilizando gradualmente a medida que el sujeto logre aprender técnicas que le permitan ser más autónomo y por lo tanto, independiente en su nueva situación.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

II.II.1.1. Etiología de las patologías visuales

Allan y otros en el manual “El cuidado de la Baja Visión”⁴¹ clasifican las patologías visuales según el lugar de afectación:

- El nervio óptico y la retina:

Degeneración macular senil; agujeros maculares; retinopatía diabética; corioretinitis central antigua; atrofia óptica; glaucoma; coloboma de la retina; coroides y nervio óptico; miopía degenerativa, desprendimiento de retina.

Retinosis pigmentaria.

Albinismo.

Acromatopsia.

- El cristalino:

Cataratas.

Afaquia.

- El iris:

Aniridia. Pupilas en punta de alfiler.

- La córnea:

Opacidades centrales.

Queratocono.

Opacidades múltiples o distrofia corneal.

⁴¹ Allan, N; Edwin, B; Freid, M; Mehr, O. “El cuidado de la Baja Visión”. Cap. 9. Consideraciones etiológicas. pp. 141-142. Universidad de California. Madrid España. 1995.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

- Vías visuales y cerebro:

Neurológicas: tumores; desmielinizantes.

Vasculares: aneurisma; accidente cerebro vascular.

- Trastorno Autoinmune: Uveítis.

Etiología de ceguera y baja visión.

A continuación se desarrollarán conceptos sobre las patologías frecuentes que se presentan en el grupo de la muestra de estudio, según el Manual Clínica de la Baja Visión y Fernández Mendy, Julio, especialista en el área.⁴²

- El nervio óptico y la retina:

Glaucoma:

El glaucoma es una afección caracterizada por un defectuoso flujo de salida del humor acuoso, debido a una mayor resistencia en los canales de drenaje, caracterizado por una elevada presión intraocular.

El glaucoma puede ser primario, secundario o congénito. En los casos sensibles o insuficientemente controlados se producen cambios patológicos en el campo visual como consecuencia de atrofia óptica isquémica. Los pacientes presentan poca agudeza y disminución de la sensibilidad al contraste, y una mayor sensibilidad al deslumbramiento.

En los casos avanzados, los síntomas abarcan: deterioro de la agudeza visual, escasa

⁴² Faye, E; Rubio Diez, A; Cabrian de Miguel, M. “Clínica de la Baja Visión”. Versión española. Segunda edición. Cap13. Once. Madrid. España. 1997.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

visión nocturna, deficiencia de la visión periférica, dificultad para leer o ver objetos grandes a distancias cortas, y deslumbramiento en luz brillante.

Esta es una de las principales causas de deterioro visual y ceguera en el adulto. Afecta uno de cada 200 personas debajo de los 50 y se incrementa a 1 de cada 10 por encima de los 80 años.

Según Fernández Mendy, el glaucoma primario de ángulo abierto es la forma más frecuente. Comienza con la pérdida de la visión en la periferia, y con el tiempo puede comprometerse la central. Al principio el paciente no nota la falta de visión lateral, hasta que esta se hace muy importante y se puede llegar a la ceguera. Por esto es llamado “el ladrón silencioso de la visión.”

Visión en un AM que padece glaucoma. Pérdida de porciones del campo periférico. Defecto de campo periférico.

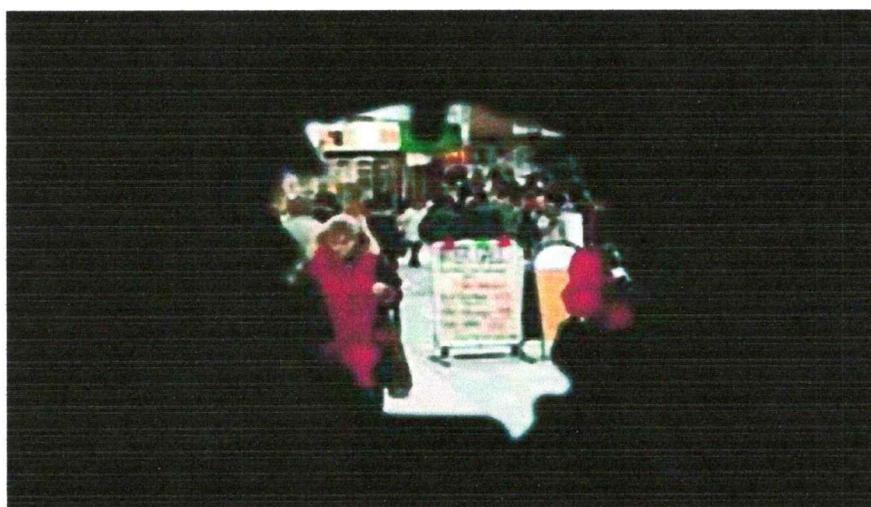


Imagen 1.⁴³

⁴³Imagen 1. Fundación Homero. “Las enfermedades más comunes a la vista”. Viña del Mar. Chile. Disponible en: http://members.libreopinion.com/fundacionhomero/enfermedades_comunes.html.2007.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

Desprendimiento de la retina (DR):

Se produce desprendimiento de retina cuando la retina sensorial se eleva del epitelio pigmentario retiniano (EPR), como consecuencia de la acumulación del líquido por debajo.

Los pacientes vistos en las consultas de baja visión han tenido por lo general una complicación adicional después de la operación de retina: deterioro de la visión central o periférica, desarrollo de cataratas o glaucoma.

Hay muchos tipos de desprendimientos:

Regmatógeno: la forma más común de desprendimiento. El EPR, la retina sensorial y el vítreo se ven afectados por un proceso degenerativo complejo.

Agujeros, desgarros o roturas retinianas permiten que el humor vítreo entren en el espacio subretiniano y eleve la retina sensorial.

Secundario: líquido de la coroides o la retina eleva esta última. No hay desgarramiento. Los desprendimientos secundarios se producen con mucha más frecuencia con la enfermedad vascular y los tumores.

Tracción: se forman bandas de tracción en el vítreo como consecuencia de prematuridad; inflamación, hemorragia, cuerpos extraños intraoculares, pérdida del vítreo durante la operación de cataratas o varios procedimientos quirúrgicos para el desprendimiento.

Congénito: la retinosquisis juvenil es una de las enfermedades vitreoretinianas ligadas al cromosoma x.

Los síntomas de DR se caracterizan por luces destellantes acompañadas de cuerpos flotantes vítreos en el desprendimiento regmatógeno, los cuales pueden seguir ocurriendo después de la operación. La pérdida de campo corresponde al área afectada. Se produce

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

cambio en la agudeza visual si participa la mácula; el paciente puede experimentar visión doble por desequilibrio del músculo extraocular después de la cirugía.

Visión en un AM que padece desprendimiento de retina.

Pérdida de porciones del campo periférico. Defecto de campo periférico.



Imagen 2.⁴⁴

Retinopatía.

Se conoce como retinopatía (R) a un extenso grupo de enfermedades que afectan la retina dañándola de manera temporal o definitiva afectando así la visión del paciente; la causa de

⁴⁴Imagen 2.Fundación Homero. “Las enfermedades más comunes a la vista”. Viña del Mar. Chile. Disponible en: http://members.libreopinion.com/fundacionhomero/enfermedades_comunes.html. 2007.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

retinopatía son múltiples y muy variadas incluyendo enfermedades infecciosas, autoinmunes, inflamatorias y metabólicas.

De todas las posibles causas de retinopatía, la diabetes y la hipertensión arterial dan cuenta de más de la mitad de los casos de retinopatía, constituyéndose a su vez en la primera causa de ceguera irreversible a nivel mundial.

Se clasifican en: R diabética, R hipertensiva, R isquémica, R de la prematuridad, R falciforme, Oclusión venosa.

Síntomas: la visión puede ser muy borrosa o el paciente puede observar un segmento de visión que falta (oclusión o desprendimiento de una rama).

Miopía:

Es el defecto de la visión causado por la incapacidad del cristalino o lente interno de nuestro ojo, para enfocar correctamente los objetos lejanos, cuya imagen se forma delante de la retina y no sobre ella.

Así mismo también se puede definir miopía como el defecto de refracción caracterizado por el hecho de que los rayos que llegan al ojo procedentes del infinito, y por tanto paralelos, sufren una refracción excesiva formando la imagen, no en la retina, si no delante de ella; en consecuencia, la imagen de un punto no es otro punto, si no un círculo de difusión; por lo cual se obtiene una visión borrosa, síntoma característico de la miopía.

Una persona con miopía tiene dificultades para enfocar bien los objetos distantes, por el contrario, enfoca con facilidad los objetos cercanos.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

Visión en un AM que padece miopía.

Pérdida de porciones del campo periférico.

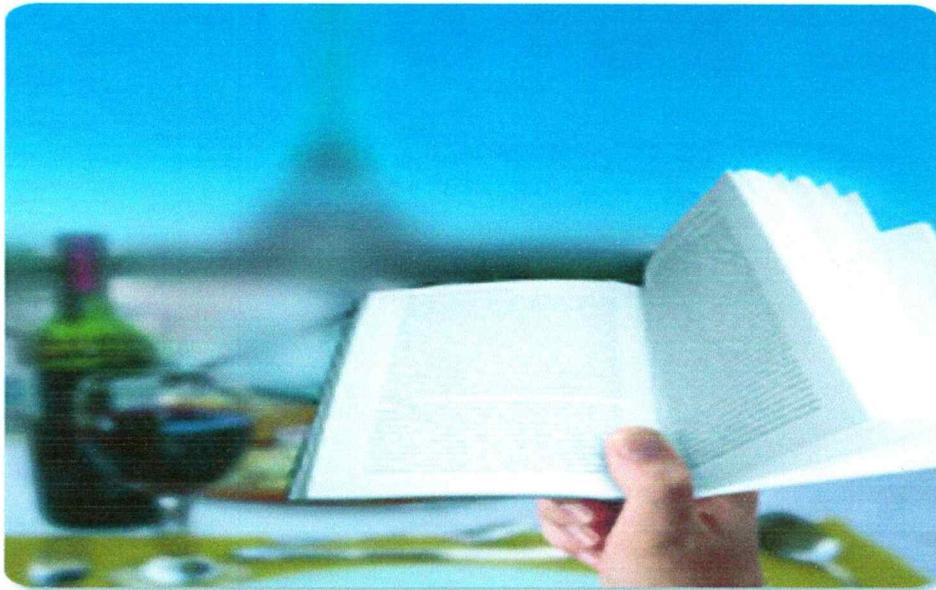


Imagen 3.⁴⁵

Maculopatía:

Significa enfermedad de la mácula. La mácula es una zona de la retina que es con la que vemos en detalle; la que nos sirve para leer y distinguir colores. La maculopatía es una enfermedad que afecta la visión central de la retina y que puede deberse a muchas causas: ya sea por cualquier afección degenerativa, inflamatoria, tóxica, vascular, o distrófica; aunque es costumbre referirse a la “degeneración macular relacionada con la edad” (DMRE), cuando se habla de maculopatía.

⁴⁵Imagen3. “Miopía”. ZVisión-Red Zaldivar. Argentina. Disponible en: <http://zvision.com.ar/>. 2011.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

La DMRE afecta a los mayores de 60 años y es la causa más frecuente de disminución de visión en los países desarrollados. Los síntomas iniciales pueden ser:

Disminución de la visión en un ojo/Dificultad en la lectura/Visión ondulante de las líneas rectas/Visión de una mancha negra central.

Visión en un AM que padece maculopatía.

Deficiencia de la resolución central sin escotoma.

Defecto de campo central.



Imagen 4.⁴⁶

⁴⁶ Imagen 4. “Maculopatía: Colores, Detalles y Punto Ciego”. Salud a la vista. El sitio de salud. Disponible en: <http://saludalavista.com/2010/08/maculopatia-colores-y-detalles/> 2010.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

Visión en un AM que padece degeneración macular relacionada con la edad.

Deficiencia de la resolución central con escotoma. Defecto de campo central.



Imagen 5.⁴⁷

Retinosis Pigmentaria:

Aunque pueden identificarse 12 tipos diferentes de Retinosis pigmentaria (RP), todas las formas se caracterizan por alteración de la capa pigmentaria de la retina (RPE); la degeneración de los bastones, los conos y las capas nucleares externas; y un modelo típico de migración del pigmento desde la RPE a las capas internas de la retina. Es una distrofia bastón-cono.

La RP se caracteriza por pérdida de la visión periférica y por ceguera nocturna.

⁴⁷Imagen 5.Fundación Homero. “Las enfermedades más comunes a la vista”. Viña del Mar. Chile. Disponible en: http://members.libreopinion.com/fundacionhomero/enfermedades_comunes.html. 2007.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

Los síntomas son una visión nocturna defectiva, que empieza en la infancia, deslumbramiento si hay cataratas y contracción de la visión periférica. (El paciente se choca contra los objetos).

La agudeza visual puede mantenerse normal o dentro del intervalo normal durante muchos años hasta que se desarrollan las cataratas o intervienen los cambios maculares quísticos.

Visión en un AM que padece Retinosis pigmentaria. Visión túnel.

Pérdida de porciones del campo periférico. Defecto de campo periférico.

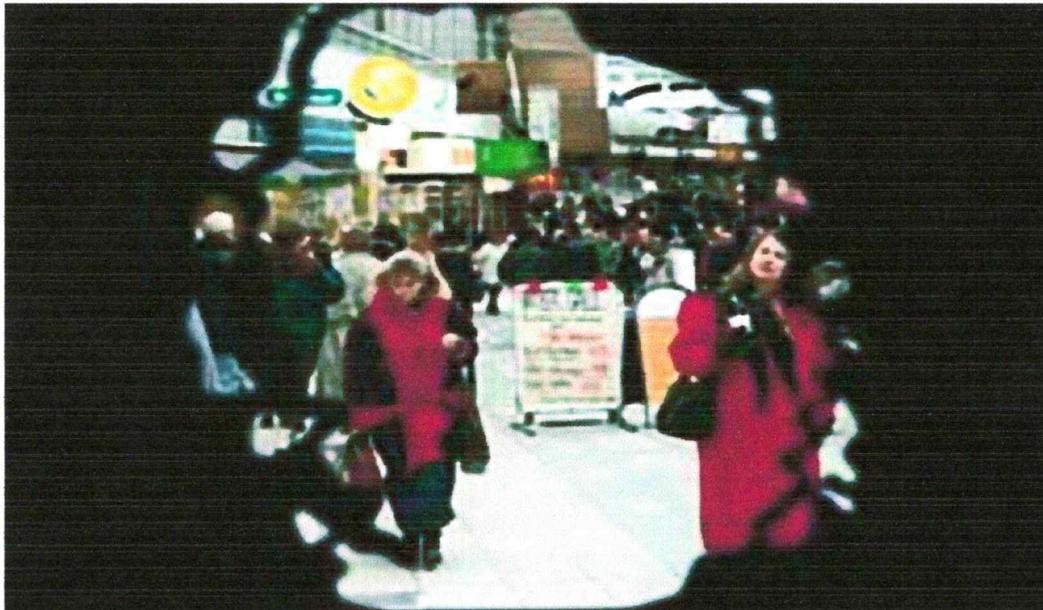


Imagen 6.⁴⁸

⁴⁸ Imagen 6.Fundación Homero. “Las enfermedades más comunes a la vista”. Viña del Mar. Chile. Disponible en: http://members.libreopinion.com/fundacionhomero/enfermedades_comunes.html. 2007.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

- El cristalino:

Cataratas:

El término cataratas se utiliza para nombrar todo tipo de opacidad del cristalino, y esa opacidad del cristalino compromete el eje visual; es decir, cuando afectan el centro, producen visión borrosa, falta de enfoque, visión de halos alrededor de las luces, cambio de la percepción del color, etc.

Esta afección de la visión es reversible, a diferencia del glaucoma y otras enfermedades.

Visión de un AM que padece cataratas.

Visión borrosa general. Deslumbramiento, neblina.



Imagen 7.⁴⁹

⁴⁹ Imagen 7.Fundación Homero. “Las enfermedades más comunes a la vista”. Viña del Mar. Chile. Disponible en: http://members.libreopinion.com/fundacionhomero/enfermedades_comunes.html. 2007.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

Para definir la siguiente área de afección se describirá según el libro de “Terapia Ocupacional en Discapacitados Físicos: teoría y práctica.”⁵⁰

Vías visuales y Cerebro

Vasculares: Aneurisma-ACV-

Accidente cerebro vascular:

Según la OMS es una interrupción del flujo circulatorio en una determinada área encefálica, que origina manifestaciones clínicas neurológicas, focales o globales, de instauración brusca. Este déficit puede permanecer estable, mejorar rápidamente o empeorar de forma progresiva. Se divide en dos grandes entidades la isquemia cerebral y la hemorragia cerebral.

Isquemia cerebral: se divide a su vez, en accidente isquémico transitorio e infarto cerebral establecido.

El infarto cerebral (IC) se divide:

- Según evolución de las manifestaciones clínicas:

-estable.

-progresivo.

- Según duración del cuadro clínico:

-Déficit neurológico isquémico reversible (RIND)

⁵⁰ Polonio López, B. “Terapia Ocupacional en discapacitados Físicos: Teoría y Práctica.” Cap. 6. pp. 99-101. Madrid: Editorial Médica Panamericana. S.A. 2003.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

-Ictus establecido.

- Según el territorio vascular afectado:

-IC de origen arterial.

-IC de origen venoso.

-IC en territorio frontera.

- Según el mecanismo de producción puede ser:

-IC trombótico.

-IC embólico.

-IC hemodinámico.

- Según el cuadro clínico territorial y tamaño:

-IC pequeño.

-IC mediano.

-IC grande.

La hemorragia cerebral puede ser intracerebral, intraventricular, subaracnoidea, subdural y epidural.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

Infarto Cerebral:

Principales manifestaciones clínicas:

Trastornos sensitivos – motores: en el lado contrario de la lesión salvo casos excepcionales. Entre ellos destacan la parálisis o paresia de los miembros, trastornos del tono muscular, trastornos posturales, pérdida de sensibilidad táctil, dolorosa, térmica, etc.

Trastornos perceptivos: alteración de las relaciones espaciales, agnosia, alteración del esquema corporal, praxias, visión doble (diplopía), pérdida de la mitad del campo visual (hemianopsia), defecto de los campos visuales, y disminución de la agudeza visual o pérdida de la agudeza visual, o ceguera.

Trastornos cognitivos y de conducta: de la orientación, atención, memoria, pensamiento lógico, habilidades organizativas, trastornos adaptativos, etc.

Trastornos de la comunicación: de expresión y/o comprensión.

Alteraciones emocionales y sociales: labilidad emocional, depresión, ansiedad, escaso control de los impulsos, pérdida de roles, de la competencia social, aislamiento, etc.

Trastorno Autoinmune.

Uveítis:

A continuación describiremos las principales características de la patología según el portal Discapnet⁵¹ de discapacidad de pendiente de la fundación Once.

⁵¹Salud discapnet. “Enfermedades discapacitantes.Uveítis.” Disponible en <http://salud.discapnet.es/castellano/salud/enfermedad/> Fecha de consulta 12/2011.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

La Uveítis es la inflamación de la úvea, capa entre la esclerótica y la retina, abarca el cuerpo ciliar, el iris y la coroides. Es una zona llena de vasos sanguíneos y aporta la mayor parte de suministro de sangre a la retina, su inflamación puede afectar a la córnea, la retina, la esclerótica y otras partes vitales del ojo.

Puede afectar:

- Parte anterior o uveítis anterior: denominada iritis, la forma más común.
- Parte intermedia: parte plana de la coroides entre ésta y el iris.
- Parte posterior: denominada coroiditis. Suele producirse después de una infección o forma parte de una enfermedad autoinmune. La inflamación continua con la cicatrización, el grado de pérdida de la visión dependerá de la localización y el tamaño de la cicatrización.

Los síntomas más característicos son: ojo enrojecido, visión borrosa, sensibilidad a la luz, manchas oscuras que flotan, dolor en el ojo.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

Organismos internacionales y nacionales especializados en el área.

A continuación describiremos organismos internacionales y nacionales que se especializan en discapacidad visual, creemos pertinente mencionarlos ya que son referentes para la aplicación del programa de Rehabilitación Básica y Funcional que se desarrolla en Umasdeca.

Se entiende según la Unión Latinoamericana de Ciegos “por organizaciones de ciegos, aquellas mayoritariamente constituidas, lideradas y dirigidas por personas ciegas, cuyo objetivo primordial es: lograr, a través de acciones políticas, programas y servicios, el desarrollo integral y el bienestar de las personas ciegas.”⁵²

Unión Mundial de Ciegos (U.M.C)

La unión Mundial de Ciegos se creó en 1984, se divide en seis regiones: Europa, África, Norteamérica y el Caribe, América Latina, Asia y Asia Pacífico.

Une a las principales organizaciones de personas ciegas y a las que les brindan servicios.

Los integrantes conciben una comunidad en la que las personas ciegas o con baja visión tengan la facultad de participar sobre una base de igualdad, en cualquier aspecto de la vida que elijan.

Unión Latinoamericana de Ciegos. (U.L.A.C).

⁵² Unión Latinoamericana de Ciegos. Disponible en <http://www.fbu.edu.uy/ulac/>. 2011.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

Se constituyó el 15 de noviembre de 1985, en la Ciudad de Mar del Plata es una asociación integrada por organizaciones de y para ciegos de América Latina. La ULAC es una organización no gubernamental y no lucrativa.

Son objetivos de la ULAC:

- ✓ Trabajar por la unificación del movimiento tifológico en los países del área, promoviendo el surgimiento y desarrollo de organizaciones de y para ciegos, de carácter nacional.
- ✓ Promover, en coordinación con otras organizaciones, acciones conducentes a la prevención de la ceguera.
- ✓ Procurar la igualdad de oportunidades y la participación plena para lograr el desarrollo integral de las personas ciegas en América Latina.
- ✓ Fortalecer la autoconfianza y autoestima de las personas ciegas e impulsar el desarrollo de su personalidad y su realización, de manera que puedan ser protagonistas en la comunidad.
- ✓ Promover ante los países latinoamericanos la adopción y el cumplimiento de normativas que eliminen los aspectos discriminatorios y contribuyan a la equiparación de oportunidades e integración social de las personas ciegas.
- ✓ Velar por el respeto y la defensa de los derechos humanos de las personas ciegas.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

- ✓ Promover la investigación científica y tecnológica con miras a elevar el nivel social, cultural y económico de las personas ciegas y a estimular el intercambio entre las organizaciones nacionales e internacionales.

Organización Nacional de Ciegos Españoles. (O.N.C.E)

La Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE) nació el 13 de diciembre de 1938. Un decreto le otorgaba la explotación del cupón denominado pro ciegos para que sus afiliados pudieran ganarse la vida.

Crearon centros de formación y empleo, paralelamente centros educativos, servicios sociales de rehabilitación, bibliotecas braille y sonora etc.

En 1998 surgió la Fundación ONCE para la Solidaridad con las Personas Ciegas de América Latina (FOAL).

Fundación ONCE para la solidaridad con personas ciegas de América Latina. (FOAL).

En 1998, se constituye esta fundación, es la expresión solidaria de la ONCE con los cinco millones de ciegos iberoamericanos y cuyo objetivo es promover la plena integración, laboral y social, de las personas ciegas y con discapacidad visual grave con nacionalidad de países latinoamericanos en sus respectivos Estados.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

Federación Argentina de Instituciones de Ciegos y Ambliopes. (F.A.I.C.A) Surge en 1986, es una asociación civil sin fines de lucro, que nuclea a 40 entidades de primer grado lideradas por personas con discapacidad visual que están ubicadas en distintos puntos de nuestro territorio.

F.A.I.C.A. representa a las personas con ceguera o baja visión tanto en el plano nacional como internacional, pues integra el Comité Asesor de la Comisión Nacional para la Integración de las Personas con Discapacidad y está afiliada a la Unión Latinoamericana de Ciegos (U.L.A.C.), y a la Unión Mundial de Ciegos (U.M.C.).

Es una asociación civil sin fines de lucro que tiene por objeto consolidar la unidad solidaria y activa del movimiento tiflológico, y luchar en todo el país por la promoción integral de las capacidades de las personas ciegas y ambliopes, por su bienestar general y por el justo reconocimiento de su condición de ciudadanos útiles y activos; sustentando como principios fundamentales la preservación de la dignidad de las personas ciegas y ambliopes, y su derecho a intervenir en todos los asuntos que les conciernen

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

Unión Marplatense de Acción Social por los Derechos del Ciego y del Amblíope, U.M.A.S.D.E.C.A.

Fue creada el 15 de Noviembre de 1981, adquiriendo su propia sede en el año 1988 y obtuvo su personería jurídica en 1991. Posteriormente, mediante la presentación de un proyecto ante la Unidad Ejecutora del Fondo de la Ley del Cheque, obtuvo su sede actual, en el año 2000, que se encuentra ubicada en la Calle Entre Ríos 2828, de la ciudad de Mar del Plata.

Desde su fundación hasta la fecha ha trabajado activamente participando de diversas actividades tifológicas de orden nacional e internacional, teniendo participación en la Comisión Directiva de la F.A.I.C.A.

Tiene por principales objetivos:

- ✓ Realizar como entidad de bien público una labor fecunda en beneficio del bienestar general de las personas ciegas y disminuidas visuales, encaminando su acción a poner en ejercicio las distintas capacidades de estas personas dentro de la sociedad.
- ✓ Promover una debida educación e información a la comunidad para la adecuada comprensión y la aceptación de los ciegos y disminuidos visuales dentro del ambiente social.
- ✓ Promover la rehabilitación e integración de las personas con discapacidad visual.
- ✓ Trabajar en conjunto con las distintas Instituciones Oficiales, Municipales, Provinciales y Nacionales.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

Se desarrollaron actividades que fueron evolucionando de acuerdo a la demanda de los participantes, quienes manifestaban la necesidad de realizar un trabajo más sistemático que apuntara a la rehabilitación básica.

Esta realidad Institucional sumada a las necesidades de la comunidad del Distrito de General Pueyrredón y zonas de influencia determinaron la decisión Institucional de crear un Centro de Rehabilitación para personas discapacitadas jóvenes y adultos, el cual comenzó a funcionar en el mes de Abril de 1998 y pudo formalizarse en cuanto a la prestación del servicio una vez que se trasladó la sede al nuevo edificio en el mes de agosto del año 2000.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

Bibliografía:

- Allan, N; Edwin, B; Freid, M; Mehr, O. *El cuidado de la Baja Visión*. Cap. 9. Consideraciones etiológicas. pp.141-142. Universidad de California. Madrid. España. 1995.
- Allinder, J. *Pérdida Sensorial: Sordera y ceguera*. En Willard Y Spackman; H. L. Hopkins y H. D. Smith, *Terapia Ocupacional*, Unid. 7, sección 6. pág.707. 8ª, ed. Editorial Médica Panamericana. Madrid. España. 1998.
- Faye, E; Rubio Diez, A; Cabrian de Miguel, M. *Clínica de la Baja Visión*. Versión española. Segunda edición. Cap13. pp. 282-284-296-298-309-327-331. Once. Madrid. España. 1997.
- Fundación homero. *Las enfermedades más comunes a la vista.chile*.2007. Fecha de consulta 5/2011. Disponible en: http://members.libreopinion.com/fundacionhomero/enfermedades_comunes.html.
- Gonzáles, A; Novell, C; Benito, J y otros. *Psicología y Ceguera. Manual para intervención psicológica en el ajuste a la discapacidad visual*, 1ª ed. cap. 2.1. Madrid: ONCE. España. 2003.
- Institución ONCE. Fecha de consulta 5/2011. Disponible en: <http://www.once.es/new/>.
- Institución ULAC. Fecha de consulta 5/2011. Disponible en: <http://www.fbu.edu.uy/ulac/>. <http://ulacdigital.org/>. 2011.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

- Institución FA/CA. Fecha de consulta 5/2011. Disponible en: <http://www.faica.org.ar/>.
ONCE. <http://www.once.es/new/>. 2011.
- Pallero Gonzalez; R. *Ajuste a la pérdida visual sobrevenida en la vejez*. p.54. Universidad de Rovira I Virgili. Tarragona. España. Disponible en: www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/8963/thesi.pdf?...1. 2007.
- Polonio López, B. *Terapia Ocupacional en discapacitados Físicos: Teoría y Práctica*, Cap. 6. pp. 99-101. Madrid: Editorial Médica Panamericana. S.A. 2003.
- Restrepo, G; Patrone, A; Ceballos, P. *Manual Técnico de Servicios de Rehabilitación Integral para personas ciegas o con baja visión en América Latina*. pp. 11-18, 22. Unión Latinoamericana de ciegos (ULAC). Editorial: Punto Sur S.A. Montevideo. Uruguay. 2000.
- Salud a la vista. El sitio de salud. *Maculopatía: Colores, Detalles y Punto Ciego*. Fecha de consulta 5/2011. Disponible en: <http://saludalavista.com/2010/08/maculopatia-colores-y-detalles/> 2010.
- Salud discapnet. *Enfermedades discapacitantes. Uveítis*. Fecha de consulta 12/2011. Disponible en <http://salud.discapnet.es/castellano/salud/enfermedad/>
- *Sentir y pensar Sección*. Enfermedades Oculares. Fecha de consulta 5/2011. Disponible en <http://www.sentirypensar.com.ar> 2010.
- *Tu Salud Visual*. Sección Retinopatía. Fecha de consulta 5/2011. Disponible en:

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

[http://www.tu salud visual.com/ retinopatía.php](http://www.tu_salud_visual.com/retinopatía.php).

- *Unión Marplatense de Acción Social por los Derechos del Ciego y del Amblíope*. Mar del Plata. Argentina. 1999.
- *ZVisión-Red Zaldivar*. Miopía. Argentina. Fecha de consulta 5/2011. Disponible en <http://zvision.com.ar/t>. 2011.

CAPÍTULO III

MARCO

REHABILITADOR

ROL DEL TERAPISTA

OCUPACIONAL

INTER Y

TRANSDISCIPLINA

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

II.III.1. Marco Rehabilitador

La rehabilitación, de acuerdo a la resolución 48/96 de 1994 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, “es un proceso encaminado a lograr que las personas con discapacidad estén en condiciones de alcanzar y mantener un estado funcional óptimo desde un punto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico o social, de manera que cuenten con los medios para modificar su propia vida y ser más independientes. La rehabilitación puede abarcar medidas para proporcionar o restablecer funciones o para compensar una pérdida o la falta de una función o una limitación funcional. El proceso de rehabilitación abarca una amplia variedad de medidas y actividades, desde la rehabilitación más básica y general hasta las actividades de orientación específica, como por ejemplo la rehabilitación profesional.”⁵³

El término rehabilitar significa volver a habilitar o habilitar otra vez, es decir volver a dar habilidades.

“Según el Programa de Acción Mundial para las Personas Discapacitadas: La rehabilitación es un proceso de duración limitada y con un objetivo definido, encaminado a permitir que una persona con deficiencias alcance un nivel físico, mental y/o social funcional óptimo, proporcionándole así los medios de modificar su propia vida. Puede comprender medidas encaminadas a compensar la pérdida de una función o una limitación

⁵³ Aguirre Patrone, A; Basquet Quiñones, J.R; Ceballos Parada, P; Restrepo, Gladys. “Manual Técnico de Servicios de Rehabilitación integral para personas ciegas o con baja visión en América Latina”. Modalidades de Rehabilitación. pág. 12. Unión Latinoamericana de Ciegos (ULAC). Uruguay. Montevideo. 2010.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

funcional (por ejemplo, mediante ayudas técnicas) y otras medidas encaminadas a facilitar ajustes o reajustes sociales.”⁵⁴

La rehabilitación no es referida solamente al conjunto de técnicas y procedimientos que un equipo de profesionales entrega a una persona, sino que es un proceso que permite desarrollar y explotar habilidades a fin de obtener autonomía personal e independencia, utilizando los recursos intelectuales, físicos y materiales.

En el Manual Técnico de Servicios de Rehabilitación Integral para Personas Ciegas y Baja visión,⁵⁵ se mencionan características generales respecto del proceso de rehabilitación las cuales son:

- Es individual y no colectiva.
- Los logros no son iguales.
- Se trabaja con las potencialidades reales de la persona.
- La duración del proceso es individual.
- Las técnicas grupales están dirigidas a fomentar la autonomía individual.

Condiciones necesarias:

- Haber tenido condiciones físicas adecuadas.
- Haber perdido total o parcialmente alguna/s de las capacidades.
- Mantener una adecuada compensación que permita realizar el proceso.

⁵⁴ Naciones Unidas “Enable”. Los Derechos y la dignidad de las personas con discapacidad. Programa de Acción Mundial para las personas con Discapacidad. Disponible en <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=1437>. 2011.

⁵⁵ Restrepo, G; Patrone, A; Ceballos, P. “Manual Técnico de Servicios de Rehabilitación Integral para personas ciegas o con baja visión en América Latina”. pp. 11-18, 22. Unión Latinoamericana de ciegos (ULAC). Editorial: Punto Sur S.A. Montevideo. Uruguay. 2000.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

Condiciones que pueden ser favorables en el proceso:

- Las potencialidades, aspiraciones, necesidades y experiencias de la persona.
- El compromiso y voluntad de la persona.
- La eficiencia, idoneidad y calidez del equipo rehabilitador.
- El tiempo que requiere cada persona para desarrollar al máximo sus potencialidades.

Participantes del proceso:

- La persona con discapacidad.
- La familia.
- El equipo rehabilitador transdisciplinario.
- La sociedad.

Polonio Lopez y Rueda Moreno plantean cuatro premisas básicas del modelo rehabilitador.

- ✓ “Una persona puede recuperar la independencia a través de la compensación.
- ✓ La motivación para la autonomía está influenciada por los valores, los roles y los hábitos del paciente.
- ✓ La motivación para la autonomía no puede separarse del contexto ambiental. El entorno doméstico, el sistema de soporte familiar o la situación económica del paciente son ejemplos de las influencias ambientales sobre la motivación para la autonomía.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

- ✓ Para que la autonomía sea posible, es necesario un mínimo de destrezas cognitivas y emocionales.”⁵⁶

El objetivo fundamental del modelo es lograr la independencia en avd a través de la compensación de los déficits permanentes.

“En éste marco de referencia de la rehabilitación destaca la enseñanza de técnicas compensatorias: el uso de un equipo adaptativo y de asistencia y la modificación de las características sociales y físicas de los ambientes que inhiben la función”.⁵⁷

⁵⁶ Polonio López, B. “Terapia Ocupacional en discapacidades físicas, teoría y práctica”. Cap. II. Marcos de Referencias frecuentemente usados en la disfunción física. pp. 21-22. Editorial Médica Panamericana. Madrid. España. 2003.

⁵⁷ Dutton. Cap. .II. “Marco de referencia de la Rehabilitación”. En Willard & Spackman. Terapia Ocupacional. Ed.10ma. sección II.pág.238.Editorial Médica Panamericana. Madrid. España. 2005.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

Marco Rehabilitador y Discapacidad visual

Rehabilitación básica funcional: En el Manual Técnico de Servicios de Rehabilitación Integral para Personas Ciegas y Baja visión, se define a la Rehabilitación Básica Funcional como la primera etapa del proceso de rehabilitación integral.⁵⁸

Los objetivos generales del proceso se proponen desarrollar en los participantes la mayor independencia posible, inclusión social y participación comunitaria.

Las áreas que comprenden la rehabilitación básica funcional son las siguientes:

- Área Psicosocial y Médica.
- Área Física.
- Área de actividades de la vida diaria.
- Área de la comunicación.
- Área del desarrollo de las habilidades manuales.

⁵⁸ Aguirre Patrone, A; Basquet Quiñones, J.R; Ceballos Parada, P; Restrepo, Gladys. “Manual Técnico de Servicios de Rehabilitación integral para personas ciegas o con baja visión en América Latina”. La ceguera y baja visión pp. 10-11. Modalidades de Rehabilitación. pp. 14-19 Unión Latinoamericana de Ciegos (ULAC). Uruguay. Montevideo. 2010.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

Para el logro de un efectivo proceso de rehabilitación se deben interrelacionar las cinco áreas entre sí simultáneamente:



Cuadro 2.⁵⁹

Si bien cada participante jerarquizará un área más que otra de acuerdo a sus habilidades, intereses, necesidades, roles; es primordial que logre apropiarse de las técnicas y herramientas que promueven todas las áreas.

⁵⁹ Aguirre Patrone, A; Basquet Quiñones, J.R; Ceballos Parada, P; Restrepo, Gladys. "Manual Técnico de Servicios de Rehabilitación integral para personas ciegas o con baja visión en América Latina". Interrelación entre las cinco áreas fundamentales de la rehabilitación. Básica funcional. pág.23. Unión Latinoamericana de Ciegos (ULAC). Uruguay. Montevideo. 2010.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

Rehabilitación Institucional:

“Es la atención que se presta a personas adultas con discapacidad visual, en la propia sede de la institución especializada.”⁶⁰

Comprende un ámbito con personal capacitado a disposición de personas con ceguera y baja visión.

Generalmente la persona con ceguera adquirida y baja visión se caracteriza al comenzar el proceso, por presentar sentimientos de incertidumbre, temor, angustia, vergüenza y baja autoestima; que en algunos casos conlleva a experimentar sentimientos de muerte como resolución de la situación.

Presenta una actitud corporal rígida, la movilidad puede estar reducida dificultando la coordinación y el equilibrio, en consecuencia depende de los demás para moverse.

Además la persona comienza a percibir desde el colectivo social prejuicios (objeto de compasión) debido a su condición de discapacidad visual, y se le dificulta superar esa situación.

Teniendo en cuenta las características anteriormente mencionadas de la persona con discapacidad visual, se considera pertinente el abordaje desde un equipo transdisciplinario que comprenda las áreas de Psicología, Servicio Social, Oftalmología, Terapia Ocupacional, Orientación y Movilidad, Comunicación, Talleres de habilidades manuales y expresiones artísticas

⁶⁰ Aguirre Patrone, A; Basquet Quiñones, J.R; Ceballos Parada, P; Restrepo, Gladys. “Manual Técnico de Servicios de Rehabilitación integral para personas ciegas o con baja visión en América Latina”. Modalidad de Rehabilitación. pág.15. Unión Latinoamericana de Ciegos (ULAC). Uruguay. Montevideo. 2010.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

II.III.2. Rol Profesional del Terapeuta Ocupacional.

Rehabilitación Básica Funcional.

Para abordar el desempeño del rol del Terapeuta Ocupacional en el área de discapacidad visual, tomamos como referencia la experiencia de la Terapeuta ocupacional y Psicomotricista María de los Ángeles Hernández Torres del Centro Funcional para discapacitados visuales del M.S.A.S. Venezuela.

La autora define la competencia del terapeuta ocupacional en el área de discapacidad visual como: "Especialidad de la Terapia Ocupacional, cuyo campo de acción se define dentro de un programa individualizado de rehabilitación funcional y profesional para individuos discapacitados visuales, basándose en los resultados obtenidos al estudiar las características bio-psico-sociales de la población , desarrollando un plan de trabajo óptimo y coordinado en las áreas de estimulación sensorial, motoras, cognitivas , personales sociales y laborales proporcionando al individuo invidente o deficiente visual , la independencia y seguridad necesaria para desenvolverse dentro de los ámbitos sociales, económicos y culturales al cual pertenecen."⁶¹

Desde esta concepción, la disciplina tiene una visión holística sobre esta población.

Es en este ámbito, que el Terapeuta Ocupacional debe analizar, seleccionar graduar los diversos estímulos y técnicas que se propone emplear, con el fin de promover la mayor independencia.

⁶¹ Hernández María. En "La Terapia Ocupacional de la Rehabilitación Funcional del Discapacitado Visual" Fernández Torres María de los Ángeles. Revista Discapacidad Visual hoy. Aportes sobre la visión diferenciada. Nº 8 julio. Asociación Argentina para el estudio de la recuperación del ciego y Amblíope. Ed. ASAERCA. Capital Federal. Argentina. 2000.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

Dentro de los objetivos que se proponen; la terapeuta ocupacional M. Fernández destaca el área de Integración sensorial. Esta área se estimula a través de la selección e implementación de actividades terapéuticas, dentro de un programa de rehabilitación.

Las áreas que incluye un programa de rehabilitación en discapacidad visual según la autora son:

- Área de estimulación sensoperceptual: busca potenciar y desarrollar los diferentes sentidos, táctil, auditivo, propioceptivo, kinestésico, gustativo. Además, contempla utilizar el resto visual con el fin de lograr la mayor independencia personal.
- Área avd.: Emplea actividades que el sujeto realiza frecuentemente en su vida cotidiana y que resultan dificultosas de realizar, ante la presencia de afectación visual. Se busca que el sujeto tenga las herramientas necesarias para desenvolverse en estas actividades.

Las actividades que refiere esta área son: independencia personal, alimentación, vestuario, higiene y cuidado personal, actividades recreativas y sociales, actividades cotidianas domésticas, actividades de cocina, mantenimiento del hogar, manejo de infantes.

- Área de destreza manual básicas: busca desarrollar y mejorar las capacidades motoras funcionales. Su finalidad es lograr mayor dominio y orientación temporo espacial.
- Área de destrezas específicas: busca brindar un aprendizaje de diferentes técnicas: cerámica, cestería, carpintería, etc.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

Desde el programa de Rehabilitación Básica Funcional implementado en el centro de rehabilitación ALAS UMASDECA, se incluyó un área de intervención:

- Área rehabilitación visual:

“Esta área tiene como objetivo optimizar el uso del remanente visual de la persona con baja visión mediante el empleo de técnicas especiales, dentro del marco de la autonomía personal y de la integración social. El terapeuta ocupacional incorpora las ayudas ópticas prescriptas, las ayudas no ópticas y electrónicas y entrena al participante para el uso, a fin de establecer un mejor aprovechamiento del resto visual en su desempeño ocupacional”.⁶²

Además en el área de Actividades de la Vida Diaria, se la subdivide a diferencia de la Terapeuta Ocupacional Hernández Torres, en AVD básicas y AVD instrumentales considerándolas como dos niveles de tratamiento. Priorizando en la primera etapa del proceso de rehabilitación el logro de la mayor independencia en AVD básicas y además ajustándose a las necesidades individuales de cada sujeto de acuerdo al género, edad, roles etc.

No obstante algunos sujetos no requieren el abordaje en AVD básicas, por lo tanto se orienta el tratamiento a las AVD instrumentales únicamente.

Actividades básicas incluyen:

- ✓ Alimentación,
- ✓ Higiene personal y aseo,
- ✓ Baño y ducha,

⁶² Ferrero, M. “Material compilado para el dictado del Curso de Rehabilitación visual” La Plata. Argentina. 2002.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

- ✓ Vestido,
- ✓ Mantenimiento de objetos personales.

Actividades instrumentales, se refieren a:

- ✓ Uso de sistemas de comunicación,
- ✓ Movilidad en la comunidad,
- ✓ Realización de compras,
- ✓ Preparación de comidas y limpieza,
- ✓ Procedimientos de seguridad,
- ✓ Juego y tiempo libre.

Funciones del T.O

- **Evaluación:**

El Terapeuta Ocupacional evaluará y valorará a cada participante, mediante entrevistas y evaluaciones estandarizadas, los siguientes aspectos:

- Funciones visuales.
- Funciones cognitivas.
- Desempeño en las AVD.
- Entorno familiar y social, (identificar diferentes barreras para lograr el desempeño de roles).

Implementación del plan de tratamiento:

Se basa en emplear, en forma coordinada, actividades terapéuticas de complejidad creciente que desarrollen tanto las capacidades sensorio-perceptivas, motoras funcionales,

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

cognitivas, acorde a las necesidades de cada participante; fomentando el incremento de autoestima y confianza e independencia personal.

Estas actividades terapéuticas seleccionadas se desglosarán en partes, mediante el análisis de tarea a fin de realizar una secuenciación graduada y progresiva.

A continuación describiremos el tratamiento específico entre Baja Visión y Ceguera.

Abordaje en Baja Visión

- ✓ Concientizar sobre el resto visual.
- ✓ Estimular en el uso del resto visual.
- ✓ Abordar Actividades de la Vida Diaria básicas e instrumentales:
 - Seleccionar y diseñar las adaptaciones (ayudas ópticas, no ópticas y electrónicas)
 - Diseñar y construir adaptaciones de baja tecnología.
 - Incorporar el uso de adaptaciones en el desempeño ocupacional.
 - Entrenar en el uso de adaptaciones.
 - Entrenar en técnicas compensatorias.
- ✓ Realizar el seguimiento y reevaluación.
- ✓ Realizar el seguimiento en el uso de las técnicas compensatorias.
- ✓ Preservar y potenciar las funciones cognitivas.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

Abordaje en Ceguera

- ✓ Abordar Actividades de la Vida Diaria básicas e instrumentales:
 - Seleccionar y diseñar adaptaciones (electrónicas y específicas: tiposcopio, intensificación de relieve y diferenciación de texturas)
 - Diseñar y construir adaptaciones de baja tecnología.
 - Incorporar el uso adaptaciones en el desempeño ocupacional.
 - Entrenar en el uso de adaptaciones.
 - Entrenar en técnicas compensatorias.

- Realizar el seguimiento y reevaluación.
- Realizar el seguimiento en el uso de las técnicas compensatorias.
- Preservar y potenciar las funciones cognitivas.

Se incluye en el tratamiento el área social, en ambas afecciones visuales, ceguera total y baja visión, considerándola de vital importancia para que el sujeto logre reinsetarse en sus actividades sociales desde su nueva situación de discapacidad visual.

Se considera pertinente intervenir además en:

- El entorno familiar y social
- El asesoramiento a la familia sobre la discapacidad visual.
- La realización de reuniones familiares transdisciplinarias para concientizar sobre la discapacidad visual, y brindar espacios de discusión/ reflexión sobre el proceso de rehabilitación.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

En el tratamiento el terapeuta ocupacional es el encargado de seleccionar y administrar el uso de adaptaciones que requieran los sujetos con discapacidad visual, previo a haber realizado las evaluaciones que constaten la necesidad y utilidad para el mismo.

Adaptaciones indicadas durante en proceso.

A continuación se enumeran las adaptaciones que usualmente se indican en el área de actividades de la vida diaria básicas e instrumentales de acuerdo a las necesidades individuales:

- **Alimentación:**

- ✓ Envases, especieros, medidores rotulados en braille, magnificados, por textura, por contraste.
- ✓ Controles de electrodomésticos con su graduación señalada con diferencia de texturas, braille, magnificados y contraste. (Microondas, plancha, licuadora, otros.)
- ✓ Relojes temporizadores en tamaños de letra grande, sonoros,
- ✓ Balanzas parlantes.
- ✓ Recetarios de cocina sencilla grabados, en braille, magnificados.

- **Vestido:**

- ✓ Marcaciones de prendas.
- ✓ Espejos con magnificaciones.
- ✓ Aguja de coser adaptadas (cuidado de la ropa)

- **Comunicación:**

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

- ✓ Ayudas no ópticas: marcadores, atriles, tiposcopios, ampliación de carteles.
- ✓ Agendas magnificadas o transcriptas en braille.
- **Tiempo libre y juego:**
 - ✓ Juegos de mesa adaptados con texturas diferentes o magnificados. (Dominó, memotex, crucigramas, naipes, otros). Pelotas sonoras.
 - ✓ Alfombras con diferentes texturas.
 - ✓ Juegos de bolos adaptados.
 - ✓ Magnificación de diferentes textos y juegos de ingenio (crucigramas).
 - ✓ Tableros adaptados.
- **Adaptación del entorno:**
 - ✓ Indicaciones acerca de utilización de iluminación y colores adecuados, favorecedores de la independencia personal.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

II.III.3. Modelo Interdisciplinario y Transdisciplinario.

“La conformación de un equipo profesional obedece a un proceso en el cual, el objetivo más importante, es la adquisición de un sentido de grupo.”⁶³

A partir del modelo ideológico que utilice el equipo profesional para su intervención se estructurará un grupo con mayor o menor necesidad de establecer roles, metas, reglas, comunicaciones, cohesiones, etc.

Dentro de las características significativas del trabajo en equipo, se encuentra la capacidad de adaptarse a los cambios que puedan suscitarse, como así también la capacidad de evaluar la eficacia del funcionamiento grupal.

Entre los modelos de intervención que utilizan los equipos profesionales, se encuentran el modelo interdisciplinario y el modelo transdisciplinario.

“El modelo interdisciplinar es definido como el proceso de generación de conocimientos con vista a la acción; categoría del conocimiento colocada en relación directa con la práctica.”⁶⁴

Se caracteriza por que “los participantes pertenecen a diferentes disciplinas, pero la integración comienza ya en el mismo proceso, en la formulación del plan de acción y en la

⁶³Peña, E; Villegas, I. “Modelos de Equipos Profesionales”. CERIL. Disponible en: http://www.ceril.cl/p2_modelo_de_equipos.htm. 1996.

⁶⁴Nuñez García, S. “Enfoque multi, inter y transdisciplinario en el desarrollo social”. Centro de investigaciones sobre América del norte. Desarrollo social Caribeño. Disponible en: <http://www.ilustrados.com/tema/11346/enfoque-multi-inter.2007>.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

especificación de la contribución de cada miembro, cada uno trata de tener en cuenta los procedimientos y el trabajo de los otros en vista a una meta común que define la investigación.”⁶⁵

Núñez García⁶⁶ refiere que es fundamental la comunicación, el intercambio; para traducir el lenguaje propio de cada disciplina.

En el modelo transdisciplinario las disciplinas que lo conforman se integran en la teoría y la práctica.

Cada uno de los integrantes del equipo, busca trascender su propia disciplina, con el fin de construir y compartir un enfoque epistemológico; lo cual le va a permitir integrar perspectivas, procesos metodológicos e instrumentos conceptuales.

Este modelo pretende utilizar el diálogo como instrumento para comprender los enfoques y conocimientos de las diferentes disciplinas, logrando construir métodos y técnicas que permitan un ámbito apropiado de intervención conjunta; éste instrumento se define como el “meta -lenguaje”.

De esta manera, una “ciencia transdisciplinaria y trascendente se vuelve necesaria para entender los amplios y complejos sistemas del mundo actual, teórico o con una o varias disciplinas particulares; aunque éstas, sin duda alguna, ayudan a complementarla.”⁶⁷

⁶⁵ CFR Op. Cit. Núñez García, S.

⁶⁶ CFR Op. Cit. Núñez García, S.

⁶⁷ CFR Op. Cit. Núñez García, S.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

El ideal que persigue la transdisciplina es construir *un paradigma epistemológico holístico*, como lo refiere Nuñez García.

Históricamente se observó que la separación de saberes puesta en la resolución de problemas, obligó a que no se resuelvan éstos en forma concreta. Es aquí, que la transdisciplina pone énfasis en captar la riqueza de las diferentes disciplinas, no como la sumatoria de las mismas, sino que busca lograr “la transformación e integración de sus aportes respectivos en un todo coherente y lógico.”⁶⁸

Este modelo implica, que cada disciplina deberá valorar y evaluar sus ideales y conocimientos, los cuales fueron concebidos en forma independiente; ya que sus conclusiones no se considerarían como una verdad absoluta.

En esencia los conceptos interdisciplinarios y transdisciplinarios, reflejan los estadios del carácter dialéctico y sumamente complejo del desarrollo científico moderno y su relación con los procesos de formación de los recursos humanos.

A partir de lo expuesto se presume que habría que superar los planteos disciplinarios cerrados ya que conllevarían a la reducción y separación de los mismos.

Durante la realización del proceso de Rehabilitación Básica Funcional los profesionales intervinientes tomaron como paradigma el modelo transdisciplinario, considerándolo como método favorable de intervención para la efectividad del programa.

⁶⁸ CFR Op. Cit. Nuñez García, S.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

Bibliografía:

- Aguirre Patrone, A; Basquet Quiñones, J.R; Ceballos Parada, P; Restrepo, Gladys. *Manual Técnico de Servicios de Rehabilitación integral para personas ciegas o con baja visión en América Latina. La ceguera y baja visión* pp. 10-11. Modalidades de Rehabilitación. pp. 14-19 Unión Latinoamericana de Ciegos (ULAC). Uruguay. Montevideo. 2010.
- Allan, N; Freid, M; Edwin, B; Mehr, O. *El cuidado de la Baja Visión. Cap. 9, Consideraciones etiológicas.* pp. 141-142. Universidad de California. ONCE. Madrid. España. 1995.
- Fernández Torres María de los Ángeles. *La Terapia Ocupacional de la Rehabilitación Funcional del Discapacitado Visual.* Revista Discapacidad Visual hoy. Aportes sobre la visión diferenciada. Aportes sobre la visión diferenciada. Nº 8 julio. Asociación Argentina para el estudio de la recuperación del ciego y Amblíope. Ed. ASAERCA. Capital Federal. Argentina. 2000.
- Johnston Allinder, J. *Pérdida Sensorial: sordera y ceguera.* Unidad 7, sección 6, pp. 706-707. En Willard Spackman “Terapia Ocupacional” edición VIII. Editorial Médica Panamericana. España. Madrid. 1998.
- Naciones Unidas “Enable”. Los Derechos y la dignidad de las personas con discapacidad. Programa de Acción Mundial para las personas con Discapacidad. Fecha de consulta 11/2011.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

Disponible en <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=1437>.

- Nuñez García, S. *Enfoque multi, inter y transdisciplinario en el desarrollo social*. Centro de investigaciones sobre América del norte. Desarrollo social Caribeño 2007. Fecha de consulta 5/2011. Disponible en: <http://www.ilustrados.com/tema/11346/enfoque-multi-inter...>
- Peña, E; Villegas, I. *Modelos de Equipos Profesionales*. CERIL. 1996. Fecha de consulta 5/2011. Disponible en: http://www.ceril.cl/p2_modelo_de Equipos.htm.
- Polonio López, B. *Terapia Ocupacional en discapacidades físicas, teoría y práctica*. Cap. 2. *Marcos de Referencias frecuentemente usados en la disfunción física*. pp. 21-22. Editorial Médica Panamericana. Madrid. España. 2003.
- Willard Y Spackman; H. L. Hopkins y H. D. Smith, *Terapia Ocupacional*, Allinder, J. *Marco de referencia de la Rehabilitación*. Ed.10ma.Secc.II. pág.238.Editorial Médica Panamericana. Madrid. España. 2005.

PARTE III

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

III. Centro de Rehabilitación “ALAS”. Umasdeca.

Programa de Rehabilitación.

En el presente capítulo se transcribe el Programa de Rehabilitación diseñado en el año 1999, en base a la estructura que recomienda la ULAC (Unión Latinoamericana de Ciegos) con algunas adaptaciones y modificaciones tales como:

- * Inclusión del área de Terapia Ocupacional que aborda a personas con ceguera dentro del marco de rehabilitación básica; y como rehabilitador visual para aquellas personas con baja visión.
- * Así como también la implementación de la primera entrevista a cargo de un profesional con formación tiflotécnica con discapacidad visual.

Fundamentos para la creación del centro de Rehabilitación.

El programa refiere que no existen Centros de Rehabilitación para personas con Discapacidad visual mayores de 16 años, ni en nuestra ciudad, ni en la zona de influencia. De acuerdo al censo general realizado en el año 2001, la pirámide poblacional estaba invertida, es decir, la mayoría de la población correspondía a personas adultas mayores, lo que implicó mayor prevalencia de enfermedades, en consecuencia éstas provocaron déficits visuales en dicha población.

Además refiere que al no disponer en el Distrito de General Pueyrredón, ni en la zona de influencia con un Centro de Rehabilitación, “las personas que adquieren discapacidad

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

visual se ven imposibilitadas de mantener su situación laboral y/o profesional, dejando de ser productiva y en consecuencia útiles a la sociedad”.⁶⁹

En sus inicios el proyecto estaba orientado a la rehabilitación laboral y básica funcional con el transcurso del tiempo y en consecuencia de la demanda creciente de la población de Adultos Mayores las prácticas profesionales se orientan mayormente a la rehabilitación básica funcional.

Objetivo General:

- Lograr que la persona con discapacidad visual alcance y mantenga un estado funcional óptimo desde el punto de vista físico, sensorial, cognitivo, psíquico, y social, de manera que se encuentre con medios y herramientas para modificar su propia vida y ser más independiente, integrándose como miembro activo de la comunidad, involucrando en dicho proceso al rehabilitado, al rehabilitador y a su grupo familiar.
- Promover en la comunidad el enfoque social de la discapacidad, de manera que las personas rehabilitadas puedan incluirse socialmente con las menores dificultades posibles en lo que hace a su participación familiar y comunitaria.

Objetivos Específicos:

Los objetivos específicos se distribuyen en las siguientes áreas que conforman el proceso de Rehabilitación:

⁶⁹ Proyecto Institucional: Creación del Centro de Rehabilitación Alas. Ley de Cheques n° 25.413. “Programa de Rehabilitación”. Umasdeca. Mar del Plata. 1999.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

- * Área Psicología: Brindar a la persona discapacitada visual atención, contención y apoyo individual y familiar.
- * Área Asistencia Social: Atender los aspectos socio-económicos, ambientales y laborales de la persona con discapacidad visual y su familia.
- * Área Física: Posibilitar que la persona pueda reubicarse en el espacio en relación a su esquema corporal para poder adquirir las técnicas de uso correcto del bastón Blanco de seguridad.
- * Área Comunicación: Instrumentar a la persona con discapacidad visual de manera que pueda comunicarse, en forma escrita, con sus pares en sistema Braille o a través de distintos medios de escritura en tinta como Dactilografía y Computación.
- * Área Actividades de la Vida Diaria: Proporcionar técnicas que le permitan a la persona manejarse en forma independiente en todas las actividades de su vida cotidiana.
- * Área Destreza Manual: Desarrollar en su máxima potencialidad la motricidad fina y la sensibilidad táctil a través de diversas actividades manuales.
- * Rehabilitación en baja visión: Promover la utilización del remanente visual útil al máximo posible, mediante el apoyo en ayudas ópticas y no ópticas.

Beneficiarios:

Serán admitidos como participantes del Centro de Rehabilitación los aspirantes que cumplan los siguientes requisitos:

Tener más de 16 años de edad. Tener una deficiencia visual de entre 0 y 3 décimas de visión en el ojo de mayor visión, después de efectuada la máxima corrección posible, que

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

implique un déficit funcional o, que el déficit funcional corresponda a la deficiencia visual demostrable en la evaluación realizada por el equipo.

No tener compromiso neurológico o psicológico que le impidan a la persona atravesar su proceso de rehabilitación de manera voluntaria y consciente.

Condiciones del egreso:

Haber cumplimentado los objetivos planteados en el Plan de Acción Personal que se establece con cada ingresante.

Haber alcanzado un techo en el proceso de rehabilitación que implica que, sin haber cumplido los objetivos iniciales, no pueda continuar su progreso en los mismos por la edad avanzada o la existencia de otras patologías de reciente aparición.

No contar con las condiciones psicofísicas adecuadas para continuar el tratamiento.

El alta se produce una vez que el Equipo Técnico evalúa y orienta al participante hacia otras actividades, ya sea de formación laboral, de inclusión en la comunidad u otras de acuerdo a sus intereses personales.

Modalidad del abordaje:

Se trabaja en jornadas simples y el proceso se divide en las siguientes etapas:

Admisión:

Entrevista con la Coordinadora, (Primer acercamiento, presentación del Centro y su modalidad de trabajo, evaluación de expectativas)

Entrevista con el área de Psicología, (evaluación de las características psicológicas para iniciar un proceso de rehabilitación)

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

Entrevista con el área de Servicio Social, (evaluación social para establecer estado social familiar en cuanto a la contención y el acompañamiento que requiere el proceso de rehabilitación).

Presentación del caso ante la reunión del Equipo Profesional, (que todos conozcan los datos importantes de la persona para no volver a preguntar y para establecer un recorrido por las áreas, de acuerdo a sus características).

En esta reunión se evalúa si el aspirante cumple con los requisitos de admisión en cuanto a los aspectos psicológicos y sociales.

Evaluación:

El Equipo Técnico plantea un recorrido por las áreas de acuerdo a las características del aspirante, de acuerdo al informe que se presenta en la reunión del Equipo Técnico.

Plan de acción:

Concluido el recorrido por las áreas, el aspirante se reúne nuevamente con la Coordinadora y elaboran en forma conjunta su Plan de Acción, de acuerdo con los informes de los profesionales y los intereses del participante.

Entrevista de seguimiento:

Trimestralmente se evalúa a cada participante en relación a sus progresos o dificultades, ya sea en reunión de equipo, en entrevistas personales entre la coordinación y los participantes.

Alta:

El equipo Técnico evalúa los logros alcanzados en las diferentes áreas y resuelve el Alta del Participante.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

El área de Servicio Social orienta en base a las decisiones del Equipo Técnico y a los intereses del participante.

Zona de influencia:

El Centro de Rehabilitación se encuentra ubicado dentro de la jurisdicción que abarca la Zona Sanitaria VIII del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires; cuya delimitación está comprendida por los siguientes Partidos: Ayacucho, Balcarce, Gral. Alvarado, Gral. Guido, Gral. Lavalle, Gral. Madariaga, Gral. Pueyrredón, Lobería, Maipú, Mar chiquita, Municipio Urbano de la Costa, Necochea, Pinamar, San Cayetano, Tandil, Villa Gesell.

Estos partidos están, aproximadamente, a una distancia media de 135 km.

En cada uno de ellos se halla funcionando un Establecimiento Asistencial con cama de internación y consultorios externos, más unidades sanitarias con atención ambulatoria.

La sede de la Región se halla en la cabecera del Partido de General Pueyrredón, Mar del Plata.

La ciudad posee Hospitales como el H.I.G.A. y el H.I.E.M.I., de dependencia provincial, con una variedad de especialidades y una alta complejidad que se proyecta a toda la Región.

Además, hay dos Institutos de Dependencia Nacional, el Instituto Nacional de Epidemiología y el de Rehabilitación Psicofísica del Sur; también, diversas Unidades Sanitarias Municipales que cubren la atención primaria en los barrios.

Por lo tanto, la Zona Sanitaria cubre un amplio espectro de actividades como promoción, prevención, recuperación, rehabilitación psicofísica, dejando al descubierto, la

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

rehabilitación básica de personas ciegas y la rehabilitación visual de personas con baja visión.

De esta forma, la puesta en funcionamiento de un Centro de Rehabilitación que cubra estas necesidades producirá un fuerte impacto social en la posibilidad de mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad visual de toda esta amplia Región.

Esto será factible debido a que a través de la Ley Provincial 10.592 los potenciales participantes del Centro de Rehabilitación podrán viajar en forma gratuita hacia nuestra ciudad durante el tiempo que tome su proceso de rehabilitación.

A continuación se transcriben las áreas de intervención:

Área de comunicación.

Lecto-escritura en Sistema Braille.

Fundamentación: El ser humano desde sus orígenes ha buscado la forma de interactuar con el medio, a través de diversas manifestaciones que fueron evolucionando como formas de lenguaje (gestual, oral, escrito) que le permitieron expresar sus ideas y sentimientos. La comunicación entonces responde a una necesidad básica del ser humano, lo que implica un medio de enlace consigo mismo y su entorno. Mediante la comunicación, el hombre ha logrado una interpretación del mundo, que se ha traducido en conocimientos, información, descubrimientos que hubo de almacenar para transmitirlos posteriormente y dar origen a la comunicación escrita.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

Es así como la persona que pierde el sentido de la vista o tiene baja visión no está ajena a la necesidad de interacción con el medio y necesita manejar un sistema de lecto-escritura alternativo para expresarse con su grupo de pares, a través del sistema braille.

Muchas veces, la persona con baja visión ya sea por desconocimiento de su real potencial o por temor a perder su remanente de visión, no hace uso adecuado de éste, razón por la cual es necesario aplicar un programa específico mediante el cual se logre la máxima eficiencia de la visión residual. Por esto los profesionales a cargo deben generar seguridad y confianza en los participantes.

La comunicación introduce a la persona ciega o con baja visión a los medios formativos, informativos y recreativos para comprender, experimentar y percibir el mundo circundante, lo que mejora la calidad de vida y contribuye a la formación de un ser humano digno y capaz de aportar a la sociedad.

Objetivos Generales:

- Procurar que la persona ciega o con baja visión obtenga los mayores y mejores medios para la comunicación escrita a través del sistema braille, forma manuscrita o mecanografiada con atención a pautas y reglas de ortografía.
- Colocar a disposición del participante un instrumento más de comunicación directa con otras personas ciegas y consigo mismo, para posibilitar un efectivo acceso a la información, la cultura, la educación y el trabajo a través del sistema de lecto escritura braille.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

Objetivos Específicos:

Se trabaja en distintas áreas, mediante el abordaje conjunto del área de Destreza Manual y el área Braille. Pre Braille (Aprestamiento), Braille Integral. Segundo nivel de Braille. (A demanda de los participantes)

Área destreza manual.

Fundamentación: El área de destreza manual contribuye al desarrollo de la sensibilidad y agudeza sensorial, mediante la realización de actividades centradas en la percepción táctil, como elemento motivador.

El desarrollo del sentido del tacto, necesario para comunicarse con el mundo exterior, mejora las habilidades motrices y cognitivas, siendo una vía más para el reconocimiento de ese mundo y su representación mental. Permite abrir un canal de información que brinda gran cantidad de posibilidades para la construcción de la realidad circundante, aportando, además, la tridimensionalidad de los objetos, exploración y reconocimiento de las formas.

Objetivo General:

Lograr en la persona ciega y con baja visión el desarrollo de la habilidad manual, el tacto y la coordinación psicomotriz gruesa, media y fina aplicados a la utilización de diferentes materiales y herramientas.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

Objetivos Específicos:

- Desarrollar la agudeza perceptual y propender a la utilización de los sentidos, especialmente del tacto, para favorecer, entre otras cosas, el aprendizaje de la lectoescritura en Sistema Braille.
- Sensibilizar y disciplinar el tacto, coordinándolo con el gesto prensor para reconocer texturas.
- Incrementar el control psicomotriz, afianzando la coordinación motriz gruesa y fina, para adquirir precisión y fluidez de movimiento, favoreciendo la ejercitación muscular.
- Lograr la coordinación de las dos manos para operar con ambas a la vez, lo que contribuirá a la adquisición de las técnicas de lectura en Sistema Braille.
- Coordinar los movimientos de los dedos de ambas manos.
- Utilizar con precisión el movimiento de pinza.
- Ejercitar los músculos de las manos.
- Dominar la presión ejercida sobre la superficie del trabajo.
- Coordinar movimientos, fuerza y desplazamiento.
- Dominar motrizmente el espacio tridimensional por medio del modelado y armado.
- Favorecer la actividad de ambos hemisferios contribuyendo a una mejor estructuración de las formas de proporciones y ubicación de objetos en el espacio.
- Orientar en el espacio para trabajar hacia adentro, afuera, vertical, horizontal, diagonal, etc.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

- Descubrir las características de los materiales, (plasticidad, resistencia, temperatura, peso, textura, sonido, humedad, reacción al tacto, consistencia).
- Lograr el manejo de elementos diversos.
- Lograr el manejo de herramientas básicas

Actividades: Artesanías y cerámica.

Área Física.

Educación Física:

Fundamentación: El área física es fundamental para lograr que la persona con discapacidad visual vuelva a tener un desplazamiento seguro, orientado, independiente y elástico. En general, cuando una persona pierde total o parcialmente su visión, suele rigidizar sus movimientos, aminorar la marcha y achicar los pasos, comienza a moverse en bloque, bajar la cabeza y encorvar la columna. Estos cambios posturales se relacionan con su estado anímico, pero cuando se sostienen en el tiempo, pueden producir contracturas y otras patologías asociadas. Por esta razón es que se privilegia el trabajo en Educación Física, de modo de Dar a la persona con discapacidad visual los ejercicios básicos para mejorar su condición física en general, ayudándolos en los procesos de independencia y Trabajando equilibrio, lateralidad, coordinación, ubicación espacial como complemento de orientación y movilidad. Fuerza y flexibilidad para mejorar postura y confianza en sí mismo.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

Objetivo General:

- Proporcionar a la persona ciega o de baja visión los ejercicios básicos que le permitan desarrollar resistencia, fuerza, flexibilidad, equilibrio, coordinación y velocidad, facilitando sus desplazamientos.

Área comunicación. Escritura Manuscrita:

Fundamentación: Generalmente, las personas que llegan al Centro de Rehabilitación han escrito en tinta toda su vida. Frecuentemente al perder la visión o al estar ésta muy deteriorada, las personas dejan de escribir. Al dejar de escribir, dejan también de firmar, relegando esta función a algún familiar o utilizando como firma la impresión de la huella digital, con la desvalorización que este hecho conlleva con el consiguiente estado de angustia. Por otra parte, al dejar de escribir, se pierde un importante medio de comunicación con su entorno más directo, su grupo familiar.

El objetivo de las actividades es recobrar o conservar la escritura convencional, ya que si ésta no se ejercita se pierde la memoria motriz de los trazos, tornándose ilegible. Es importante poder contar con un sistema de comunicación escrita que pueda compartir con otras personas que no sepan escribir en Sistema Braille.

Anotar una dirección o un teléfono, completar un formulario de un trámite, confeccionar un listado de compras a realizar, enviar mensajes, firmar, son algunas de las prácticas cotidianas en que las personas con discapacidad visual pueden utilizar la escritura manuscrita, estimulando una actitud de independencia. También el uso adecuado de

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

patrones ortográficos y gramaticales, son exigencias culturales que facilitan el acceso a niveles educativos, laborales y sociales superiores.

La elección del sistema de escritura Braille y/o escritura manuscrita dependerá de si existe resto visual, del tipo de patología visual y de si esta es progresiva.

Objetivos Generales:

- Recobrar o conservar la mejor escritura que sea capaz de trazar con ayuda de guías especiales.

- Enseñar conocimientos básicos de gramática y reglas de ortografía.

Área de la comunicación. - Informática

Fundamentación: En la actualidad, la computadora, configurada adecuadamente para una persona con discapacidad visual, con software adecuado, contribuye a achicar la barrera informativa que se le genera por su discapacidad. Cabe citar a modo de ejemplos, la posibilidad de que una persona discapacitada visual, con un software de ampliación o lectura de pantalla, pueda acceder por su propio medio a la lectura de diarios por Internet, acceder a bajar material bibliográfico para sus estudios que se encuentre en algún formato electrónico, etc., como así también abre un amplio espectro de posibilidades de acceder al mundo laboral.

La persona adulta con discapacidad visual encontrará con la herramienta informática una alternativa para poder volver a comunicarse en forma escrita con sus pares con o sin vista y poder acceder a información actual mediante utilización de software de ampliación o

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

lectura de pantallas, que hoy en día se pueden instalar en computadoras de uso convencional.

Por lo expuesto se propone lograr, desde la informática, en la rehabilitación de los participantes, los siguientes objetivos:

Objetivos Generales:

- Lograr que el participante adquiriera práctica mecanográfica y conocimientos básicos de informática, y del uso del software de lectura y/o magnificación de pantalla, como elemento de comunicación y de utilidad para su uso personal, estudio y/o trabajo.

Objetivos Específicos:

- Ejercicios para desarrollar destreza dígito manual.
- Conocimiento de los teclados, letras, números y signos auxiliares.
- Conocimientos de los distintos grupos de teclas: teclas del teclado alfanumérico, teclado numérico, teclas de función, teclas de desplazamiento, teclas Control, Alt, Windows, teclas de bloqueo.
- Cabe señalar que como lector de pantallas se usa por lo general el lector con licencia paga denominado JAWS, o el magnificador Magic.
- Con la colaboración de la profesional que trabaja en Baja Visión evaluamos el nivel de dificultad visual de las personas con alguna disminución visual y la ayuda del magnificador de pantallas para ver si le resulta útil a la persona disminuida visual el software de magnificación.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

Luego, por último, a la persona discapacitada visual se le proporciona información sobre otros programas que pueden existir como alternativa y que no son onerosos tales como el programa libre para lectura de pantalla en Windows denominado NVDA, cuya página es: www.nvda-project.org o el mismo sistema operativo Linux, que tiene una versión llamada Tiflobuntu y en ella viene de fábrica incorporado un lector y magnificador de pantallas y la pagina es: www.tiflolinux.org

Área Física.

Programa de orientación y movilidad. Fundamentación: es una de las áreas más importantes dentro de la rehabilitación de una persona ciega o de baja visión, ya que a través de la misma, vuelve a sentirse persona independiente, y lograr así una integración en el medio en que se desenvuelve.

Orientación es conocer la relación entre el propio cuerpo y el espacio que nos rodea.

Movilizarse, es el acto voluntario de trasladarse de un lugar a otro. Para lograrlo es necesario estar orientado.

Debemos tener en cuenta y respetar siempre las condiciones, necesidades, habilidades e intereses del participante.

Objetivo General:

Brindar a la persona ciega o de baja visión, los medios necesarios para que desarrolle su capacidad sensorial y cognitiva; como así también las técnicas específicas para lograr un

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

desplazamiento seguro e independiente, facilitando su autonomía e integración al medio familiar y social.

Técnicas con guía vidente. Objetivos:

Lograr que el participante ciego o con baja visión, se interrelacione con un guía, para caminar juntos en todo tipo de situaciones en la que éste le transmita seguridad, información y tiempo de reacción a las alternativas del traslado.

Se deben trabajar las siguientes técnicas:

Técnicas de seguridad y protección:

- Lograr desplazarse con seguridad e independencia dentro de un lugar cerrado, aplicando las técnicas correspondientes.
- Interiorizar las diferentes posiciones en relación con el medio en el que le corresponda interactuar.

Técnica de búsqueda de objetos caídos:

- Orientación espacial dentro de un ambiente haciendo uso de los otros sentidos.
- Utilización de pistas y puntos de referencia.

Técnicas con bastón blanco de seguridad:

Motivar al participante ciego o con baja visión, a hacer uso del bastón, como un medio para el logro de un desplazamiento seguro e independiente.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

- Capacitar al participante ciego o con baja visión, en las técnicas específicas del uso del bastón, que le permitirá una mejor integración a la sociedad.

Técnicas con el bastón blanco de seguridad en exteriores:

Aplicar las técnicas aprendidas para resolver situaciones en áreas poco transitadas.

- Domicilio del participante, enseñar recorrido y uso de transporte público del centro de rehabilitación a su domicilio y viceversa.

Técnica en área comercial:

Aplicar un conjunto de habilidades que le permitirán a la persona ciega o con baja visión, resolver situaciones en creciente grado de complejidad.

Aprender y disfrutar de la independencia.

Área Psicosocial y Médica.

Psicología.

Fundamentación: El marco referencial utilizado para este abordaje es el psicoanálisis, teniendo la concepción de sujeto como ser singular, único e irrepetible, el cual está constituido por redes de relaciones estructurales que modelan los acontecimientos y lo organizan dentro de un contexto de significación. A su vez, los acontecimientos, la historia, pueden tener fuerza estructurante y por tanto tienen efectos reorganizadores sobre la estructura.

La discapacidad remite a una dificultad, falla o déficit. Al recibir el diagnóstico de discapacidad se produce una conmoción en el psiquismo del sujeto, el cual se tiene que

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

recuperar para luego lograr un grado de aceptación y elaboración tal que propicie un crecimiento.

Así, la persona sumida en la angustia se encuentra ante una realidad imposible de modificar. Realidad ésta en la que rápidamente comienza a experimentar temor, incertidumbre, ansiedad, sentimientos de inseguridad, sentimientos de inadecuación, depresión, aislamiento, desvalorización. Pasan de ser personas autónomas a ser dependientes, de ser activos a ser pacientes, de tomar sus propias decisiones a que decidan por ellos. En la mayoría de los casos en el ámbito familiar se produce un cambio de roles, donde la persona adulta se convierte en el hijo/a de sus propios hijos, de manera que deciden por la persona con discapacidad visual como si esta última no pudiera o, en algunos casos, cree que no puede decidir por sí mismo. La discapacidad según cual fuere, es una marca pero como tal no sólo marca a la persona sino también a su familia. Según la concepción y los prejuicios que se tenga acerca de ella, la familia y entorno serán un ambiente facilitador para la rehabilitación o un ambiente que promueva aún más sentimientos de incapacidad.

Los efectos que provocan la ceguera o la disminución visual en la personalidad del participante y en sus posibilidades de vida independiente, en su medio familiar y social, hacen que la rehabilitación, se enfoque no sólo hacia la pérdida o alteración grave de su capacidad sensorial, sino además a las limitaciones y frustraciones que acompañan al problema visual y que éste amplía considerablemente.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

Así, dentro de este marco la intervención del psicólogo es clave en el proceso de rehabilitación para el logro de la aceptación y elaboración de la pérdida visual. Ofreciendo un espacio de contención y sostén, un lugar donde la persona llegue a pensarse como sujeto, sujeto pensante, deseante en su padecimiento. Sujeto que pueda recobrar su máxima autonomía posible. Se trata de realizar un proceso dinámico, coordinado y continuo, donde un equipo interdisciplinario intenta ayudar a la persona con discapacidad visual a realizar cambios o descubrir al máximo su potencial existente, para alcanzar un mayor bienestar posible desde el punto de vista físico, psicológico, familiar, económico, laboral y lúdico, retomando su proyecto de vida.

Si bien el abordaje del proceso de rehabilitación se realiza en forma grupal, donde el participante se encuentra con otro, con un par, personas que pasan por similar sufrimiento. El proceso es individual, los logros no son iguales de un participante al otro, la duración del proceso es individual y no cronológica.

Objetivos:

- Fomentar la rehabilitación de la persona discapacitada visual.
- Promover la aceptación de la disminución visual.
- Estimular la autonomía.
- Reducción de la ansiedad.
- Reducción de estado de ánimo deprimido.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

- Propiciar una mejor calidad de vida.
- Reducción de actitudes y comportamientos de rechazo ante las nueva técnicas y herramientas que se les ofrece
- Estimular la elaboración de un nuevo proyecto de vida.
- Fomentar el aprendizaje de comportamientos coherentes con la nueva situación en prevención de psicopatologías posteriores.
- A nivel laboral y académico: facilitar la readaptación al trabajo y al estudio mediante la orientación que facilite un real conocimiento de las capacidades, intereses y oportunidades de ejercerlos según su propia limitación y las oportunidades que ofrezca el medio al que pertenece.
- Evaluar las posibles dificultades del proceso de rehabilitación integral, propiciar espacios para la elaboración de alternativas en consenso y asesorar sobre aspectos psicológicos de la ceguera.
- Estimular la integración e interacción social.

Abordaje Familiar:

Se les ofrece apoyo en cuanto ellos también deben elaborar el duelo por la pérdida, asesoramiento en cuanto a los cambios que la ceguera o disminución visual produce a nivel de la persona ya nivel de la dinámica familiar.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

Se les ofrece estrategias y herramientas, se sugiere modificación de actitudes de los familiares a los participantes que tengan que ver con conductas sobreprotectora.

Área Servicio Social.

Fundamentación: La función del trabajador social en una entidad de rehabilitación es importante para la inclusión de la persona ciega o con baja visión a su medio familiar, social y ocupacional, mediante la aplicación de una serie de técnicas y actividades profesionales que dependerán de la oportuna y eficaz atención y tratamiento de problemas o impedimentos que se presentan en el entorno de la persona.

El profesional en trabajo social es siempre, salvo excepciones, el primer miembro de la institución que conoce e interactúa con la persona ciega o con baja visión y su grupo familiar.

El trabajador social en coordinación con el terapeuta ocupacional, conoce, investiga y analiza los recursos comunitarios que propician fuentes de empleo para la inserción ocupacional de la persona ciega o con baja visión.

Además, forma parte del equipo de trabajo que promueve la sensibilización de la comunidad con el objetivo de modificar las actitudes negativas.

Para el éxito de las acciones del trabajador social es muy importante aplicar las siguientes estrategias:

- Contacto directo y permanente con la persona ciega o con baja visión y con la familia
- Visita de familia.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

- Trabajo de grupo.
- Programación de talleres de crecimiento personal.
- Trabajo coordinado con el equipo interdisciplinario.
- Charlas de sensibilización a la comunidad.
- Contactos interinstitucionales.
- Programación, ejecución y evaluación de los programas.

Objetivos Generales:

- Promover el bienestar de las personas ciegas o con baja visión en los aspectos emocional, familiar y social, mediante mecanismos de orientación que promuevan la autogestión de la persona ciega o con baja visión, para su inclusión comunitaria.
- Orientar a la familia o persona de contacto con la institución en aspectos técnicos tifológicos, de relación y sociales durante el proceso de rehabilitación.

Área Terapia Ocupacional.

“La Terapia Ocupacional es la utilización terapéutica de las actividades de autocuidado trabajo y lúdicas para incrementar la función independiente, mejorar el desarrollo y prevenir la discapacidad. Puede incluir la adaptación de las tareas o el ambiente para lograr la máxima independencia y mejorar la calidad de vida” (AOTA 1986).00.

Fundamentación: Desde el modelo Rehabilitador, el quehacer del terapeuta ocupacional, forma parte del equipo interdisciplinario, con el aporte de las técnicas específicas, para eliminar la brecha entre la persona con discapacidad y el rol que según su ciclo vital desempeña en la sociedad.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

Objetivo General:

- Diseñar estrategias para mejorar el desempeño del paciente en las actividades de la vida diaria, esparcimiento y trabajo.

Objetivos Específicos:

- Realizar entrenamiento en A.V.D. y A.V.D.I.
- Potenciar el uso de los sentidos compensatorios: Tacto, oído, olfato.
- Reentrenamiento sensoperceptivo.
- Favorecer destrezas manuales.
- Estimular procesos cognitivos: atención, concentración, memoria.
- Prescribir adaptaciones.
- Indicar modificaciones ambientales.
- Asesorar al entorno social.

Tipo de abordaje:

- individual.
- individual grupal.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

- Con una frecuencia de dos veces por semana de 45 minutos en el caso de individual y de 1 hora y media en el caso de la intervención grupal.

El proceso se divide en diferentes etapas:

1) Valoración inicial.

Revisión de información previa

Entrevista.

Utilización de elementos estandarizados de evaluación.

- Establecimiento de objetivos y prioridades. Teniendo en cuenta la persona y su ambiente.
- Reevaluación y revisión de resultados.
- Preparación para el alta. Incluye atención domiciliaria

Las acciones se dividen en tres tipos de intervención de acorde a las necesidades de los participantes.

- A.V.D
- Multiestimulación.
- Baja visión.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

En relación a las recomendaciones que se brinda a los participantes, las adaptaciones se indican a partir de las necesidades individuales de cada persona.

En la medida de lo posible, las mismas, se confeccionan en el Centro de Rehabilitación.

Área Baja Visión

Interviene el Terapeuta Ocupacional como rehabilitador visual, el médico oftalmólogo y el óptico especialista en baja visión.

Objetivo General:

Intervenir en el proceso de rehabilitación de la persona con baja visión, para obtener la mayor funcionalidad posible del resto visual.

Objetivos específicos:

- Evaluar funcionalidad del resto visual.
- Identificar intereses de la persona en relación al uso de su resto visual.
- Participación en la prescripción de ayudas ópticas conjuntamente con el oftalmólogo u óptico del equipo.
- Entrenamiento en el uso de ayudas ópticas y no ópticas.
- Indicación de modificaciones ambientales.(físico y humano)
- Entrenamiento en ayudas electrónicas: programas de computación, T.V.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE
REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES
CON DISCAPACIDAD VISUAL”

Bibliografía:

- Proyecto Institucional: Creación del Centro de Rehabilitación Alas. Ley de Cheques nº 25.413. *Programa de Rehabilitación.*

Unión Marplatense de Acción Social por los Derechos del Ciego y del Ambliope (Umasdeca). Entre Ríos 2828. Mar del Plata. Argentina. 1999.

PARTE IV

ASPECTOS

METODOLÓGICOS

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

IV.1. Tipo de investigación: Metodología Cualitativa:

La investigación cualitativa tiene como función principal la comprensión de la realidad humana vivida socialmente. La preocupación no se centra en cuantificar sino comprender y explicar la dinámica de las relaciones sociales entrañadas en creencias, actitudes, valores y hábitos. El investigador cualitativo aborda las vivencias, experiencias, la cotidianeidad de las personas y particularmente las estructuras e instituciones como resultado de la acción humana.

En la presente investigación se utiliza el enfoque cualitativo, ésta se refiere, según Taylor y Bogdan, en “su más amplio sentido a la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable.”⁷⁰

Sirve para comprender las acciones humanas y sus productos de manera flexible y amplia. Permite utilizar la subjetividad como medio e instrumento a fin de conocer diferentes aspectos significativos que se quieran explorar.

Posibilita tener una visión holística del contexto y de las personas que se está investigando, promoviendo la oportunidad de expresión y participación. Desde esta perspectiva, se parte, para conocer la percepción que poseen los adultos mayores con discapacidad visual sobre su proceso de rehabilitación básica funcional, considerando que son actores directos, informantes claves y centrales en éste trabajo.

⁷⁰ Taylor, S.J; Bogdan, R. “Introducción a los métodos cualitativos de investigación”. Cap. 1. Ed. Paidós Ibérica S.A. pág.20. Barcelona. España. 1992.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

Al referirse a la percepción de este proceso, no se la concibe, dentro del campo visual; sino, que se la define como una percepción subjetiva, que contiene diferentes aspectos tales como: sentimientos, sensaciones, experiencias, recuerdos, etc.

Tipo de estudio

El presente trabajo de investigación se corresponde a una investigación cualitativa de tipo exploratoria-descriptiva.

Es un estudio de tipo exploratorio porque busca conocer un tema escasamente estudiado en nuestra disciplina, es decir, incrementar el conocimiento acerca de la población con ceguera o baja visión. Apunta a conocer y describir la percepción que tienen los adultos mayores acerca del proceso de rehabilitación básica funcional, el desempeño en las actividades de la vida diaria y actividades instrumentales de la vida diaria.

Población

La población está compuesta por Adultos Mayores con discapacidad visual (ceguera y baja visión) de ambos sexos que recibieron tratamiento de Rehabilitación Básica Funcional en UMASDECA, Mar del Plata, Argentina entre los años 2000 y 2009.

Muestra y Procedimiento de selección

Muestreo Teórico: El procedimiento de muestreo es teórico o intencionado; ya que se usa el conocimiento acerca de la población a estudiar para elegir los casos que incluirá la muestra, es decir se decide deliberadamente.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

El número de casos estudiado carece relativamente de importancia. Lo importante es el potencial de cada “caso” para ayudar al investigador en el desarrollo de comprensiones teóricas sobre el área estudiada de la vida social.

La muestra quedó conformada por ocho participantes con discapacidad visual, de ambos sexos, entre 68 años y 86 años provenientes de distintos niveles socioeconómicos y educacionales. Los adultos mayores recibieron tratamiento durante el período comprendido entre los años 2000 y 2009, en UMASDECA en la ciudad de Mar del Plata, Argentina.

Todos los participantes transitaron por diferentes tratamientos médicos y/o quirúrgicos antes de ingresar al programa de rehabilitación.

IV.2. Técnicas de recolección de datos

Entrevista en profundidad

La entrevista en profundidad se entiende como “reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras. Las entrevistas en profundidad siguen el modelo de una conversación entre iguales, y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas.”⁷¹

⁷¹ Op.Cit. Taylor, Bogdan. p.101.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

Para nuestro estudio consideramos adecuado seleccionar como instrumento la entrevista en profundidad dirigida al aprendizaje sobre acontecimientos y actividades que no se pueden observar directamente.

“En este tipo de entrevistas nuestros interlocutores son informantes en el más verdadero sentido de la palabra. Actúan como observadores del investigador, son sus ojos y oídos en el campo. En tanto informantes, su rol no consiste simplemente en revelar, sus propios modos de ver, sino que deben describir lo que sucede y el modo en que otras personas lo perciben.”⁷²

Se elaboró un guión de la entrevista (ver anexo 1), que estuvo conformado por temas específicos o claves referidos al proceso de rehabilitación. El guión incluyó aquellas áreas generales que debían explorarse y cubrirse con todos los actores sociales.

Cuestionario

El cuestionario estuvo compuesto por preguntas abiertas y cerradas destinadas a describir el desempeño de actividades de la vida diaria básicas e instrumentales, el cual se administró dentro de la entrevista personal. (Ver anexo 1). Es un instrumento diseñado por las autoras, basado en el “Marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Ámbito de competencia y proceso.”⁷³

⁷² Op.Cit.Taylor, Bogdan.pág 102.

⁷³ Grupo de trabajo de Terapia Ocupacional en geriatría de la comisión para el desarrollo de la T.O. “Marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Ámbito Competencia y Proceso de” 2005.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

Si bien es una técnica que pretende generar una información reducida y condensada, es susceptible de un amplio rango de posibilidades, entre ellas el análisis cualitativo.

Recopilación documental

Se llevó a cabo recopilación documental de Historias clínicas para registrar datos como diagnóstico, déficit visual, sexo, edad, estado civil, co-habitación, patologías asociadas y evaluación de Terapia Ocupacional.

Procedimiento para la recolección de datos

Fuentes primarias:

Las entrevistas se realizaron en parte en la institución en donde recibieron el tratamiento, en ese momento concurrían al Centro de Día en Umasdeca, participando de actividades que son destinadas para los adultos mayores rehabilitados. Otras entrevistas se realizaron en los hogares de los participantes contactándolos telefónicamente ya que no concurrían a la institución. Todos los participantes accedieron rápidamente a participar en el estudio.

La duración de cada entrevista fue de una hora y media aproximadamente. Cada uno de los entrevistadores realizó las entrevistas siguiendo un guión, incluyendo un cuestionario semiestructurado sobre el desempeño en las actividades de la vida diaria.

Las entrevistas fueron registradas a través de grabación digital, previo a la autorización de los participantes a través de consentimiento informado.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

Fuentes secundarias:

Una vez seleccionada la muestra, antes de la administración de la entrevista, se inició el relevamiento de datos personales: diagnósticos clínicos, diagnósticos funcionales, déficit visual, sexo, edad, estado civil, co-habitación, patologías asociadas registrados en las historias clínicas de Umasdeca.

Plan de Análisis de datos:

Se establecieron ejes de análisis para las diversas dimensiones del objeto de estudio, abordados a través de la entrevista en profundidad.

El análisis de las narrativas surgidas de las entrevistas en profundidad implica cuatro procesos cognitivos: comprensión, síntesis, teorización y recontextualización. El objetivo fué generar una síntesis expresada en testimonios de los actores sociales, para alcanzar la comprensión de la realidad humana de los adultos mayores.

La estrategia se orientó a la identificación de pensamientos, sentimientos, valores, buscando generar relaciones que trasciendan lo meramente descriptivo. Para ello se categorizaron los testimonios que aludían o informaban sobre las diferentes dimensiones del objeto de estudio, extrayendo los aspectos percibidos como relevantes, para los adultos mayores, sobre el proceso de rehabilitación básica funcional y el modo en que se relacionaban para construir su representación social del fenómeno.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

Bibliografía:

- Grupo de trabajo de Terapia Ocupacional en geriatría de la comisión para el desarrollo de la T.O. *Marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Ámbito de Competencia y Proceso*; Año 2005. Disponible en: <http://www.TerapiaOcupacional.com>. Búsqueda realizada en febrero 2011.
- Sandoval Casilimas, C. *Investigación Cualitativa. Programa de especialización en teoría, métodos y técnicas de investigación social*. Quinta unidad. Composición electrónica. ARFO. Editores e impresores. Ltda. Colombia. 2002.
- Souza Minayo M C et al ; *Investigación Social, Teoría, Metodo y Creatividad*; Editorial Lugar; 1 edición; Buenos Aires; 2003
- Taylor, S.J; Bogdan, R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Cap. I. Ed. Paidós Ibérica S.A. pp.19-24/ 101-103. Barcelona. España. 1992.

PARTE V

ANÁLISIS DE DATOS

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

V.1.Análisis de datos

El análisis de los discursos de los actores sociales, que participaron del proceso de rehabilitación básica funcional en la institución Umasdeca, permitió explorar y conocer diferentes perspectivas, sentimientos y emociones. Las dimensiones del objeto de estudio fueron agrupados en ejes de análisis que reflejan los aspectos expresados por los adultos mayores. La entrevista en profundidad fue la herramienta que facilitó sondear la realidad humana de los adultos con ceguera o baja visión, su punto de vista, sus vivencias, experiencias y cotidianeidad, sin dejar de lado el contexto y la estructura institucional.

Los entrevistados se manifestaron colaboradores y participativos durante las entrevistas, creando un clima ameno y favorecedor que facilitó un satisfactorio desarrollo de las mismas.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

V.2. Datos de la muestra de estudio

Casos Clínicos	Diagnóstico	Déficit visual	Sexo	Edad	Estado Civil/ Co-habitación	Patologías asociadas	Evaluación de T.O al ingreso
UNO	Retinosis Pigmentaria	Ceguera total	Varón	70	Viudo Solo	Hipertensión arterial Disminución Auditiva bilateral severa	Dependiente desplazamiento fuera del hogar
DOS	Retinosis Pigmentaria	Ceguera total	Mujer	68	Divorciada Sola	-	Dependiente: en manejo de elect.y planchado;desplazamiento fuera del hogar
TRES	Retinopatía Congénita	Baja Visión	Varón	85	Casado Esposa	Prostatismo. HPV	Dependiente desplazamiento fuera del hogar
CUATRO	Retinosis Pigmentaria	Baja Visión	Mujer	80	Viuda Sola	Hipertensión leve. Hipercolesterolemia	Dependencia en algunas avd básicas y dificultad en lectura. Marcha insegura
CINCO	Infarto cerebral	Baja Visión	Varón	77	Casado Esposa	-	Dependiente en higiene personal y en desplazamiento fuera del hogar
SEIS	Desprendimiento de Retina	Ceguera total	Mujer	82	Viuda Hija	Disminución Auditiva bilateral severa	Semi-independiente en alimentación, Semi-independiente en la marcha
SIETE	Uveítis por enfermedad autoinmune	Baja Visión	Mujer	71	Viuda Sola	-	Dependiente desplazamiento fuera del hogar y dificultad en lectura
OCHO	Retinosis Pigmentaria Cataratas. Miopía	Ceguera total	Mujer	86	Viuda Sola	Hipotiroidismo	Semi-independiente en alimentación. Dependiente desplazamiento fuera del hogar y dificultad en medidas de seguridad

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

V.3. Resultados de las entrevistas en profundidad

A continuación expondremos los resultados obtenidos de acuerdo a los ejes de análisis consignados en el guión de la entrevista:

Eje uno: Derivación

Al referirse a la derivación a la institución los entrevistados expresaron:

“...Soy muy lectora y no podía, fui y me enteré en la biblioteca parlante,...me dijo de Umasdeca de la calle Funes...” (Baja visión, mujer, 80 años)

“...Conocí al profesor de computación de la institución y me recomendó Umasdeca...” (Baja visión, varón, 85 años)

“...Escuché por radio de la escuela 504, pregunté a la radio, mi nuera me llevó a la 504, empecé braille con G...y ella me comentó de Umasdeca...” (Ceguera total, mujer, 86 años)

“...Por una Asistente Social que le comentó mi hijo en el negocio que queda enfrente del complejo universitario...” (Baja visión, varón, 77 años)

“...Aconsejado por unos de mis sobrinos especialmente que me decía tenés que ir allá...” (Ceguera total, mujer, 68 años)

“...yo fui a mi consulta a mi médico clínico, y me dice: mire yo le quiero aconsejar algo, porque no va a un lugar...donde la ayudan a moverse en el nuevo estado que le cuesta

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

vivir, que le toca no que le cuesta vivir y ahí le enseñan a moverse...” (Baja visión, mujer, 71 años)

“...Mi hija y mi nuera escucharon en la radio que iba a abrir Umasdeca...” (Ceguera total, mujer, 82 años)

“...Cuando yo quedé solo mi cuñada se había enterado por la radio de la institución...” (Ceguera total, varón, 70 años)

Los Adultos Mayores con Discapacidad Visual en su mayoría toman conocimiento de la institución a través de **comunicación interpersonal**: referentes vecinos, parientes y **referentes con discapacidad visual y biblioteca parlante**, en su minoría a través de radiodifusión, y por último como hallazgo significativo un solo participante fue derivado a la institución por un **profesional de la salud**, que no es especialista del área.

Eje dos: Sentimientos, sensaciones al ingreso

Al ingreso a la institución manifiestan haber vivenciado diferentes aspectos psicoemocionales tales como **sentimientos de tristeza, malestar, miedo, angustia, ansiedad, desesperación y aislamiento**. Por ejemplo refirieron:

“...estaba bajoneado todavía, antesala de la oscuridad...” (Baja visión, varón, 85 años)

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

“...fui con mucho miedo, pensaba que el mundo de los ciegos era un mundo triste...” (Baja visión, mujer, 80 años)

“El primer día que entré aquí fue terrible, terrible...y yo empecé a llorar y llorar...” (Baja visión, mujer, 71 años)

Por otro lado solo algunos refirieron **sentimientos de negación y rechazo al tratamiento:**

“... yo no soy una persona de naturaleza de no, yo dije no, decía todo no, en ese momento, pero al final vine...” (Baja visión, mujer, 71 años)

“Fui obligado por mi familia, yo no quería ir. Mi familia me llevó. Estaba negado, no quería nada, no aceptaba nada...” (Baja visión, varón, 77 años)

“Me querían traer y yo no quería...” (Ceguera total, mujer, 82 años)

Al momento del ingreso a la institución, los participantes experimentaron diferentes aspectos psicoemocionales, producto de la pérdida de la visión, ya sea gradual o abrupta.

El diagnóstico de pérdida de visión, genera un impacto en el adulto mayor. A partir de este momento comienza a transitar un camino incierto, cargado emocionalmente, sumado a la necesidad de incorporarse a un tratamiento individual o grupal. Los actores sociales expresan esta instancia a partir de la “negación, no aceptación, no deseo, angustia”.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

El análisis de los testimonios nos lleva a pensar esta instancia, por la que circula el adulto mayor, relacionada con un proceso de ajuste al déficit visual. Al respecto la Teoría descrita por Cholden⁷⁴, propone tres fases por las que debe atravesar la persona con ceguera o baja visión, que a su vez estará condicionada por características personales, forma de aparición y evolución de la patología, así como factores familiares y sociales.

Los discursos de algunos entrevistados podrían asociarse con el tránsito por la fase de shock emocional o período defensivo. Mientras que otros podrían estar relacionados con la fase de depresión o reacción emocional ante la pérdida.

Además de la pérdida visual, el adulto mayor va experimentando cambios propios de la vejez, que conducen a una nueva situación frágil, ya que se incrementa el desequilibrio emocional que vivencia por esta situación, que le imposibilita dar respuesta a las demandas personales, sociales y económicas, pudiendo “generar dependencia en cualquier aspecto de su vida.”⁷⁵

Siguiendo los criterios de fragilidad de Chávez Jimeno⁷⁶, la deficiencia visual, la dificultad para la deambulación, movilidad, la dependencia en la realización de AVD y AIVD, sumado en algunos casos a depresión, viudez, así como otros factores, colocan al adulto mayor en

⁷⁴ Gonzáles, A; Novell, C; Benito, J y otros. “Psicología y Ceguera. Manual para intervención psicológica en el ajuste a la discapacidad visual”. 1ª ed. Cap. 2.1. Madrid: ONCE. España. 2003.

⁷⁵ Martos Martin, A, J. en “Una aproximación al concepto de fragilidad en personas mayores”. Capítulo II. Universidad de Granada. Facultad de Psicología. España 2005.

⁷⁶ Chávez Jimeno, H. “Fragilidad un nuevo síndrome geriátrico”. Lima. Perú. <http://www.fihu-diagnóstico.org.pe/revista/números/2003/julago03/161-163>. Fecha de consulta 3/2011.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

una situación de riesgo y aumento de su vulnerabilidad. En este sentido el empleo oportuno de técnicas diagnósticas, tratamiento e inicio de la rehabilitación pueden modificar positivamente su evolución, repercutiendo en el plano social y en la calidad de vida del adulto mayor.

Los participantes expresan **prejuicios** propios sobre la ceguera que son reflejo del colectivo social históricamente instalado. Manifiestan:

“... como se pueden reír si son ciegos, yo pensé que el estar ciego era estar quieto...pensé que mi vida iba a ser estar sentada en una silla, mirando la nada...cuando me pasó esto, yo creía que nadie más me iba a querer, que no me soportaban...” (Baja visión, mujer, 71 años)

“...pensaba que el mundo de los ciegos era un mundo triste, tenebroso...” (Baja visión, mujer, 80 años)

“...antiguamente la persona que se quedaba sin vista estaba predestinada a quedarse sentado en una silla...” (Baja visión, varón, 85 años)

Los prejuicios que presentan los actores sociales al ingreso, se relacionan con el desconocimiento previo que tienen sobre la Discapacidad Visual, las posibilidades de rehabilitación y de participación social.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

La sociedad transmite de generación en generación éstas ideas preconcebidas que conducen a la discriminación de la persona con ceguera.

Eje tres: Adaptación a la institución

En su mayoría los actores sociales percibieron que **se adaptaron sin dificultad** a la institución, vivenciaron contención y fraternidad. Los siguientes testimonios expresan:

“...me integre bien...” (Baja visión, varón, 85 años)

“...aprendí mucho me, me dieron mucha contención...” (Ceguera total, mujer, 86 años)

“... me sentí muy bien en el grupo...” (Baja visión, mujer, 80 años)

Dos presentaron **mayor dificultad**, no estaban dispuestos a concurrir al principio y fueron llevados por sus familiares.

“...me costó bastante al principio porque no quería. Me sentí recién cómodo y a gusto completamente al año...” (Baja visión, varón, 77 años)

“...me sentí re mal cuando llegue a la institución, nadie me ayudaba, me cuesta integrarme a la gente...” (Ceguera total, mujer, 86 años)

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

La adaptación a la institución en la mayoría de los casos fue satisfactoria, relacionado con la necesidad de cambio y rehabilitación. Otros actores sociales presentaron dificultades, que podrían estar asociadas al recorrido de la fase de shock emocional o período defensivo.

Eje cuatro: Adaptación, integración y aportes del grupo

La integración al grupo de pares mayoritariamente fue un **proceso favorable**, éste representa para ellos: familia, amigos, compañeros.

La integración al grupo de pares fue, en la mayoría de los casos, un proceso favorable. Los vínculos con los otros miembros del grupo cubrieron expectativas de **familia, amistad o compañerismo**.

“...fuimos haciendo una amistad, como una familia...” (Ceguera total, varón, 70 años)

“...me confié en mis compañeros. Ellos se confiaron en mí...el grupo me dio que se puede...” (Baja visión, varón, 85 años)

“...el grupo es muy importante, somos más que una familia...” (Baja visión, mujer, 80 años)

“...me integré bien al grupo, me brindó todo, estábamos en la misma nos apoyábamos entre nosotros...” (Baja visión, varón, 77 años)

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

Para algunos el grupo fue utilizado como un **recurso que permitió confrontarse con la discapacidad visual e identificarse con ella.**

“...me encontré con personas en mi misma situación...” (Ceguera total, varón ,70 años)

“...cuando yo llegue acá, yo pensaba que lo único era lo mío, pero me di cuenta que había muchas más enfermedades que lo mío, no todas son la misma...” (Ceguera total, mujer, 86 años)

“...estábamos en la misma nos apoyábamos entre nosotros...” (Baja visión, varón, 77 años)

Sin embargo en un principio una participante manifestó **evitar al grupo** por sentirlo dramático desde el discurso grupal, reiterativo sobre la ceguera, expresando:

“...y los compañeros ciegos no me ayudaban tanto porque la mayoría de los compañeros eran muy dramáticos o muy depresivos, siempre contaban lo mismo, lo tomaban como una cosa desgraciada. Traté de evitarlos pero los tenía como compañeros y muchas veces no me hacía bien...” (Ceguera total, mujer, 68 años)

Los participantes valorizan al grupo de pares como unidad esencial en el proceso de rehabilitación ya que les brinda **contención, apoyo, colaboración, esperanza y confianza.** Por ejemplo:

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

“...me confié en mis compañeros y ellos se confiaron en mí...” (Baja visión, varón, 85 años)

“...estábamos en la misma...” (Baja visión, varón, 77 años)

“...M. L me ayudó mucho y fui muy compañera por lo mismo...R somos familia, somos muy compañeros...” (Ceguera total, mujer, 82 años)

El grupo de pares se lo considera en general como un grupo de pertenencia que promueve un favorable proceso de rehabilitación y aceptación a la discapacidad visual.

Eje cinco: Apoyo Familiar

Algunos adultos mayores refirieron sentirse apoyados por sus familiares durante su proceso de rehabilitación. Los siguientes discursos dan cuenta de lo mencionado:

“...tuve apoyo familiar de mi esposa, la familia de mi señora y la mía, en el club también. En todas partes se pusieron contentos porque yo tenía un escape...” (Baja visión, varón, 85 años)

“...siempre tuve apoyo familiar...” (Baja visión, varón, 77 años)

“...mi familia me apoyó siempre, mis hijos, todo soy yo pará ellos, coseché lo que sembré. Empecé a ser fuerte y salí adelante...” (Ceguera total, mujer, 82 años)

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

Otro grupo de adultos mayores manifestaron haber recibido **escaso sostén, ausencia de apoyo, indiferencia y boicot** de los familiares frente al proceso. Esto puede observarse en los siguientes testimonios:

“...más o menos, mi hijo sí, mi hija no acepta todavía...” (Ceguera total, mujer, 86 años)

“...los más jóvenes lo tomaron con más naturalidad y los chiquitos también... la gente mayor es la crió con el que dirán, importaba mas la vecina no te viera con el bastón que ver la movilidad que yo tenía...” (Ceguera total, mujer, 68 años)

“...porque la familia de uno lo hace de lado cuando está así con un problema visual, poco apoyo de la familia, últimamente un sobrino le habló a mi hermano para que me ayudara a arreglar el departamento, tuvo que intervenir mi sobrino...”(Ceguera total, varón ,70 años)

“...no tenia apoyo familiar, me boicoteaban mi marido y mi hermana, para ellos verme con un bastón blanco para ellos era terrorífico trágico. Uno se lo tiene que proponer. Uno se tiene que imponer a la familia, es duro para la familia también...” (Baja visión, mujer, 80 años)

Ante la Discapacidad Visual la familia atraviesa un desequilibrio emocional, experimentando diferentes sentimientos como angustia, impotencia ante el hecho no deseado y el comienzo de búsqueda la recuperación visual; que genera diferentes actitudes frente al proceso como negación, evitación y aceptación.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

Eje seis: Participación en los talleres

En cuanto a la participación en los talleres los adultos mayores hicieron la siguiente descripción:

“...no me evaluaron para cerámica, no hice, me incliné para el teatro...baile, tango y folclore, braille pero yo no me adapté porque tenía un poco duro el tacto...me vino muy bien aprender computación, me entero de las noticias, bajo libros, estoy contento; gimnasia hacía, muy bueno; cocina en grupo, me hago los mandados, todo...paseos estancias, viveros, zoológico de batán y mini zoo...” (Ceguera total, varón ,70 años)

“...Cerámica un año, avd., orientación y movilidad, gimnasia, braille no porque no tenía tacto, computadora tampoco...” (Ceguera total, mujer, 82 años)

“...braille, computación, cerámica, Gimnasia, yoga, escritura, me olvidé de escribir...” (Ceguera total, mujer, 86 años)

“...Primero comencé con el bastón, después entre en cerámica con A, muy bien, me encantó, después me encantó toda la tarea que hicimos con vos en la casita donde más o menos yo que era ama de casa me desenvolvía...después estuve con vos en baja visión...” (Ceguera total, mujer, 68 años)

“...los talleres que hice fueron cerámica, gimnasia, escritura, baja visión, avd., orientación y movilidad, computación, huerta y no hice braille no quise...” (Baja visión, varón, 77 años)

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

“...Hice cerámica; expresión corporal; no hice avd., no lo necesité; computación muy bueno, maravilloso; braille lo aprendí totalmente, otras cosas lo reemplazan totalmente como la computadora, las grabaciones...” (Baja visión, mujer, 80 años)

“...Braille no lo podía hacer porque no tenía tacto y me mandaron a manualidades, cerámica; gimnasia; teatro; actividades del hogar; movimientos afuera, me falta mucho con el bastón...lectura, escritura, nos faltaría lectura y escritura, nos falta vocabulario; baja visión...tengo jaws en la computadora...” (Baja visión, varón, 85 años)

“...Cerámica; danza; teatro; expresión corporal; en todo lo que había, todos me interesaban...” (Baja visión, mujer, 71 años)

La totalidad de los participantes transitaron todos los talleres que incluye el Programa de Rehabilitación Básica Funcional, jerarquizando un área más que otras de acuerdo a las necesidades y potencialidades personales tal como lo describe el Manual Técnico de Servicios de Rehabilitación Integral para personas ciegas y Baja visión.⁷⁷

⁷⁷ Aguirre Patrone, A; Basquet Quiñones, J.R; Ceballos Parada, P; Restrepo, Gladys. “Manual Técnico de Servicios de Rehabilitación integral para personas ciegas o con baja visión en América Latina”. Interrelación entre las cinco áreas fundamentales de la rehabilitación. Básica funcional. pág.23. Unión Latinoamericana de Ciegos (ULAC). Uruguay. Montevideo. 2010.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE
REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES
CON DISCAPACIDAD VISUAL”

Eje siete: Inclusión de la familia al proceso

Al indagar sobre la inclusión de la familia al proceso de rehabilitación, desde la institución refieren:

“...en mi caso la institución los llamó pero ellos no querían, no me preocupó...” (Ceguera total, varón ,70 años)

“...aquí los invitaron muchísimo, nunca mi hija vino, vino cuando me entregaron un certificado, porque ella conoce mucho, ella es Lic. Servicio social, así que conoce; mi hijo se negó rotundamente, él sí, el no me puede ver con el bastón...” (Baja visión, mujer, 71 años)

“...la institución siempre los invitó, pero nunca vino, ayudaba a la institución...” (Ceguera total, mujer, 86 años)

“...la hija solo viene cuando la llaman, los varones ocupados...” (Ceguera total, mujer, 82 años)

“...concurríamos a los cumpleaños y asambleas...” (Baja visión, varón, 85 años)

“...la institución la incluía pero ellos no, fui totalmente independiente...” (Baja visión, mujer, 80 años)

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

Los participantes percibieron que **todos los familiares fueron convocados desde la institución**, no obstante participaron solo algunos.

Eje ocho: Actuación del equipo de profesionales

En éste proceso de rehabilitación al referirse al equipo transdisciplinario, los entrevistados expresaron:

“...siempre el trato fue muy cariñoso, todos se han comportado bien inclusive las practicantes...” (Baja visión, varón, 85 años)

“...Muy bien, mucha calidez...cerámica muy buena, muy atenta, la voluntaria excelente; G. divina, competente; yoga un encanto, muy amorosa...; Psicología muy buena y necesario; muy importante el grupo para la rehabilitación...” (Baja visión, mujer, 80 años)

“...Muy buena actuación de los profesionales, del equipo. Recibí siempre respuesta de todos...” (Baja visión, varón, 77 años)

“...Los profesionales muy buenos, todos, muy buena atención, Psicología, avd. en Terapia Ocupacional...” (Ceguera total, mujer, 86 años)

“...Sí, yo creo que sí, cada uno hacía su parte, pero creo que entre ustedes se comunicaban...” (Ceguera total, mujer, 68 años)

“...Excelentes, muy buenos, cariñosos, sí fui escuchada...” (Ceguera total, mujer, 82 años)

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

“...Buena atención de los profesionales, siempre dieron respuestas...” (Ceguera total, varón ,70 años)

“...Mucho amor, mucho profesionalismo...permanentemente te estaban indicando cosas que jamás las había hecho mil veces y nunca les presté atención...” (Baja visión, mujer, 71 años)

La mayoría manifestó **satisfacción ante la actuación del equipo transdisciplinario** y reconocen que éste demostró **profesionalismo, trabajo en conjunto, vocación, brindando contención y respuesta a la demanda.**

Eje nueve: Percepción general del proceso

La percepción que tienen los actores sociales acerca del proceso de rehabilitación básica funcional se ve reflejada en los siguientes discursos:

“...me cambió la vida y tomo la vida de otra manera...” (Ceguera total, mujer, 86 años)

“...de entrada no me convencía y después despacio fui entendiendo y aceptando, fue dos años el proceso...” (Baja visión, varón, 77 años)

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

“...estoy mejor que cuando veía a medias, estoy liberada, he cobrado más autoestima, mas seguridad, más seguridad en mí misma, no lo veo trágico, sería raro volver a ver...” (Baja visión, mujer, 80 años)

“...todo el proceso fue muy bueno...” (Ceguera total, mujer, 82 años)

“...todo totalmente positivo, todo fue paso a paso, día a día iba dando cuenta de los logros...” (Baja visión, mujer, 71 años)

“...yo tengo que agradecerle a Umasdeca. El haber llegado ahí me dio independencia, estoy hablando de Umasdeca y del grupo de profesores que representan la institución...” (Ceguera total, mujer, 68 años)

El análisis sobre lo que significó para los adultos mayores el proceso de rehabilitación nos permite reflexionar acerca del mismo como un **cambio favorable. Los ayudó a aceptar la discapacidad visual, adquirir independencia, libertad, recuperar la autoestima, confianza y autoconocimiento.**

Reconocen el proceso de rehabilitación como **favorable para la salud, valorizan el quehacer del equipo profesional, del Terapista Ocupacional, del grupo de pares, y de la técnica de movilidad: bastón blanco de seguridad.**

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

Eje diez: Sentimientos, sensaciones al egreso

La mayoría de los actores sociales experimentó al egreso **sentimientos de tristeza, angustia, abandono, resistencia a abandonar el tratamiento, incapacidad para ingresar a otros espacios de la comunidad**, por ejemplo:

“...Amargura al alta, llorábamos todos, entendíamos que debíamos dejar lugar a otras personas y queríamos acá seguir...” (Ceguera total, mujer, 82 años)

“...Me sentí muy mal, abandonado por la institución...nos dejaron en banda...” (Baja visión, varón, 77 años)

“...Me sentía mal...” (Ceguera total, mujer, 86 años)

“...Me sentía mal al alta, creía que no estaba para el alta,...a mi me faltaban cosas, me sentía mal...” (Baja visión, varón, 85 años)

“...Me sentía muy mal, llorábamos todos, es como que teníamos que mezclarnos, nos dolió muchísimo...” (Baja visión, mujer, 80 años)

Otros experimentaron **satisfacción** al alta, por ejemplo:

“...Nos sentimos bien, la institución decidió el alta, fue un cambio ya nos manejábamos de otra manera, era necesario el cambio y dejar paso a otros que necesitaban. Queríamos seguir viniendo...” (Ceguera total, varón, 70 años)

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

“...Y me sentí bien, me sentí bien porque pasaron como diez años fácil, yo estuve diez años...” (Ceguera total, mujer, 68 años)

“...Lo tomé muy bien, porque nos prepararon, porque decían así: cuando tengan la rehabilitación y cuando les demos el alta, después no van a estar acá, le tienen que dar paso a la gente nueva, y que se yo, pueden venir de visita y ayudar, entonces muchos lloraron, R. lloraba y otros también, Yo no, porque había entendido que había terminado mi ciclo...” (Baja Visión, mujer, 71 años)

Los entrevistados al ser dados de alta en su mayoría sintieron angustia, tristeza, miedo, abandono, resistencia a abandonar el tratamiento, incapacidad para ingresar a otros espacios en la comunidad. A la vez valorizaron la institución, el tratamiento, el hacer y la actividad artesanal.

Eje once: Comparación entre el ingreso y el egreso

Los testimonios que comparan el ingreso y el egreso a la institución de los adultos mayores describen lo siguiente:

“...si vi. un cambio, lo logré aquí, antes no tenía conocimiento, sobre todo lo del teatro creo que si no hubiera perdido la vista nunca me hubiera animado...” (Ceguera total, varón ,70 años)

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

“...cambié mucho, había aprendido muchas cosas, cerámica, gimnasia, no hacía nunca antes, superé la situación y me ayudó mucho a la salud,...acepté mi ceguera, costó mucho aceptar la ceguera al principio...si no hubiera venido estaría tirada en un rincón...”

(Ceguera total, mujer, 82 años)

“...bien, totalmente recuperada, rehabilitada, muy bien y también me dio la oportunidad de que yo viajara sola a Estados Unidos...yo me fui sola de Mar del Plata hasta Miami cambiando de aviones, cambiando de ómnibus. Sentí que eso me lo dio Umasdeca, Sí. Y cuando me voy ya me voy bien...” (Ceguera total, mujer, 68 años)

“...Al ingreso estaba nulo y luego me fui adaptando. Entendí y no le di más importancia a mi enfermedad y miré para adelante, di vuelta la página y empecé otra vez...” (Baja visión, varón, 77 años)

“...al ingreso tenía mucho miedo, al alta me sacaban de mi hogar, sensación de desarraigo, es la casa de nosotros. Logré mucho todo el conocimiento de lo que se puede hacer sin la visión, aguja de coser, muy buenas experiencias, la seguridad, el bastón es triste agarrarlo pero es muy importante para detectar obstáculos, la computadora nos abre tantas puertas...” (Baja visión, mujer, 80 años)

“...logré todo, yo estaría en mi casa tirada, aprendí muchas cosas, nunca había hecho cerámica, me sentía mal, ahora todavía no salgo a la calle a hacer mandados voy solamente a la peluquería, me cambió la vida Umasdeca, estoy agradecida con todos, estoy contenta, he aprendido mucho...” (Ceguera total, mujer, 86 años)

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

Los adultos mayores al **ingreso** a la institución experimentaron **sentimientos de miedo, rechazo, inutilidad, expectativas de recuperar la visión; así como también refirieron carecer de proyectos.** Estas son características propias del inicio del proceso del ajuste al déficit visual.

Al **egreso**, en general, **se autopercebieron recuperados**, todos los sentimientos que vivenciaron al ingreso se modificaron, percibieron un cambio que facilitó la adquisición de logros personales en consecuencia bienestar psicoemocional.

Eje doce: Intervención de Terapia Ocupacional

Los interlocutores manifestaron ante la intervención de Terapia Ocupacional:

“...son amorosas, cortadas con la misma tijera, contentísimos con ellas, nos quedamos maravillados. Me gusta estoy conforme. Las terapistas nos escuchan, estamos bien en convivencia con ellas...” (Ceguera total, varón, 70 años)

“...Todo bueno, siempre es bueno hacer algo más, las Terapistas siempre quieren hacer algo más, lo más insignificante es necesario, como cebar mate, todo me sirvió mucho la rehabilitación, todas las cosas nuevas que vienen nos enseñan, para eso estudiaron...”

(Baja visión, varón, 85 años)

“...Muy bueno, me enseñaron a conocer telas, buenas salidas...” (Ceguera total, mujer, 86 años)

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

“...En baja visión me sirvió todo, todo lo que hice en Terapia ocupacional, avd., cocina, técnicas de orientación...” (Baja visión, varón, 77 años)

“...todos elogios, maravillosas, amorosas...” (Baja visión, mujer, 80 años)

“...Yo soy eternamente agradecida, no he tenido problemas con los profesores, con ninguno, todo me satisfizo, pienso que sí, ellas sabían lo que yo no sabía. Yo tomé de ellas la experiencias de ustedes, lo que fuera teoría todo, lo que fuere yo lo tomé porque a mí me sirvió todo, me sirvió salir de mi casa, tomar la temperatura del aire, no sé, me sirvió para tantas cosas. Yo no tengo nada que decir en contra de nadie. Fue provechoso...” (Ceguera total, mujer, 68 años)

“...Hice actividades de la vida diaria, todo lo aproveché, quería metérmelo en la cabeza...” (Baja visión, mujer, 71 años)

En general, con la intervención de Terapia Ocupacional, ellos **perciben: conformidad, satisfacción, agradecimiento, reconocimiento y valorización profesional.**

Además les **permitió recuperar la confianza, participar en la comunidad, reconocer la utilidad de lo aprendido y de las técnicas compensatorias, y por último concientizar y reconocer el uso de los sentidos remanentes.**

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

Eje trece: Comentarios, Sugerencias

Los comentarios y sugerencias emitidos por los actores sociales fueron los siguientes:

“...más adelante si hay más lugar podría cambiarse... extrañé el profesor de lectura cuando se fue, siempre me gustó. Hace falta por los errores de ortografía...la gente no conoce la institución, conoce más la escuela 504...” (Ceguera total, varón, 70 años)

“...escritura otra vez, me gusta mucho escribir, para que uno no pierda la escritura, es muy importante para nosotros...” (Ceguera total, mujer, 86 años)

“...Estimular salir de la institución, organizar caminatas, eventos al shopping, paseos. Hacer algo para unir al grupo de rehabilitación y el centro de día, fomentar la unión, a ellos les puede hacer bien el ejemplo nuestro...poco difundido el trabajo de Umasdeca, faltan recursos económicos en la institución y en los participantes...” (Baja visión, mujer, 80 años)

“...unir los dos grupos de rehabilitación y centro de día, que sean más abiertos con los que ingresen al centro. Que se agrande la institución...” (Baja visión, varón, 77 años)

“...conforme con todo, con las profesoras, todo es bueno lo que hicimos...” (Ceguera total, mujer, 82 años)

“...por ejemplo, los integrantes de la institución se ocuparan de mejorar, por ejemplo, no puede ser que sean tan antipáticos éstos que dan los certificados para los colectivos o los certificados de rehabilitación... (Ceguera total, mujer, 68 años)

“...A veces faltaría, tendría que tener una persona orientadora o celadora para guiar al principio en la institución...” (Baja visión, varón, 85 años)

**“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE
REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES
CON DISCAPACIDAD VISUAL”**

“...No veo más allá de lo que quiero ver, no tenía queja, siempre estuve contenta...” (Baja visión, mujer, 71 años)

Los participantes expresaron la **necesidad de recuperar el taller de escritura; disponer de una orientadora para guiar al inicio del proceso; planificar y participar de salidas y paseos; incrementar la gestión desde la institución de los derechos de los ciegos.**

Además **sugirieron mayor difusión de la Institución; Socializar el grupo de rehabilitación actual con el grupo que recibió el alta y que se encuentra actualmente en el centro de día.**

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE
REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES
CON DISCAPACIDAD VISUAL”

V.4. Resultados del cuestionario de adaptaciones utilizadas en Actividades básicas e instrumentales administrado a los adultos mayores con discapacidad visual.

A partir de lo referido por los Adultos Mayores con Discapacidad Visual, pudo observarse que el área en que presentaron **mayor dificultad fue la de AVD.**

“...La dificultad más grande para mi es la calle, por ahí te metes en un garaje, pierdes la noción un poquito, hay que tener mucha paciencia; en la calle gracias a dios puedo tomar un remis que me lleve y trae...me desenvuelvo muy bien en la calle, pero claro tengo un poco de miedo en las veredas rotas, a meterse en un pozo, un lado que no corresponda, la caca de los perros...” (Baja visión, mujer, 80 años)

“...Me costaba prender la cocina...” (Baja visión, varón, 85 años)

“...Al principio tuve problemas para bañarme hasta que me acostumbré a no ver bien como antes...” (Baja visión, varón, 77 años)

“...Dificultades en mi casa, me he puesto mal porque soy muy acelerada y me he caído varias veces... me cuesta en la calle, tengo miedo de andar sola en la calle, hay mucho tránsito en mi barrio, me cuesta salir sola a la calle, me quedo sola en mi casa, no puedo conectarme, no me puedo adaptar a las reuniones...” (Ceguera total, mujer, 86 años)

“...Yo empecé a reconocer como se usaban los cubiertos que los poníamos para abajo, cosa que una vajilla siempre es para arriba, pero si uno agacha la cabeza...agachar la

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

cabeza para el ciego puede ser fatal, a mí me ha pasado...” (Ceguera total, mujer, 68 años)

Otro grupo refirió presentar **menor o ninguna dificultad en las AVD:**

“...Todo, todo, desde el primer día que estuve en mi casa, cociné preparé el desayuno; lo que descubrí de prestar atención en la casa, especialmente en la cocina, viste, con la limpieza de los utensilios, con esto, acomodar todo...” (Baja visión, mujer, 71 años)

“...Ah, no, no recuerdo nada...manejo el dinero al tener quiosco, conozco los billetes, cuando compro algo les digo que me den los billetes por separado; caja chica, caja mediana...” (Ceguera total, varón, 70 años)

“...Yo me parece que ninguna, me voy a la pileta a lavar los platos, yo lo hacía igual que antes, lo hago lo mismo como antes...” (Ceguera total, mujer, 82 años)

Algunos actores sociales perciben que presentaron **dificultades en la realización de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria en mayor o menor medida**, condicionado por tipo de patología y la progresiva pérdida de la visión, factores familiares, ambientales y socio-económicos.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

Ante el requerimiento de algún tipo de adaptación durante el proceso, los interlocutores manifestaron:

“...fui poquito a baja visión, programé fui a la obra social...uso siempre lupa, me sirvió, me ayuda, tiposcopio, sí usé, usé lupa tv...” (Baja visión, mujer, 71 años)

“...Usé braille para marcar tarros de especies, algunos remedios, leo libros parlantes en casetes y películas de la biblioteca, CD los marco con braille...” (Ceguera total, mujer, 86 años)

“...no...” (Baja visión, varón, 77 años)

“...no... (Ceguera total, varón, 70 años)

“...no, me fui adaptando...” (Baja visión, mujer, 80 años)

“...si las fui usando, y todas esas cosas que ya ni me acuerdo como las uso paro supongo que también las aprendí ahí...” (Ceguera total, mujer, 68 años)

“...No fue necesario, lupa me la indicó el óptico...” (Baja visión, varón, 85 años)

Algunos adultos mayores refirieron haber recibido entrenamiento en el uso de adaptaciones desde Terapia Ocupacional.

“...Baja visión en un primer momento, lupa tv, tiposcopios...” (Baja visión, mujer, 80 años)

“...recibí entrenamiento con N, con luz, usé la lupa en lectura...” (Baja visión, varón, 85 años)

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

“...Aprendí lo de los cubiertos, las temperaturas, yo aprendí con el bastón también que en la esquina, cambia el aire y la temperatura, entonces pasaba lo mismo con el agua de la pava o lo que fuere...” (Ceguera total, mujer, 68 años)

Otro grupo expresó **no haber recibido entrenamiento en el uso de adaptaciones.**

“...no...” (Ceguera total, varón, 70 años)

“...no...” (Baja visión, varón, 77 años)

Los Adultos Mayores que recibieron entrenamiento en la utilización de adaptaciones, mantuvieron su uso durante el tiempo. Los participantes con Baja Visión abandonaron el uso de ayudas ópticas (adaptaciones) debido a la pérdida gradual del resto visual.

Las adaptaciones utilizadas durante el proceso de rehabilitación básica funcional se implementaron como herramientas para compensar los déficits permanentes que provocan la ausencia de la visión en el desempeño ocupacional. Este es el objetivo fundamental del marco de referencia de la rehabilitación.⁷⁸

⁷⁸ Dutton. Cap. II. “Marco de referencia de la Rehabilitación”. En Willard & Spackman. Terapia Ocupacional. Ed.10ma. sección II. pág.238. Editorial Médica Panamericana. Madrid. España. 2005.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

Tabla 1: Uso de diferentes adaptaciones para el desempeño de las actividades de la vida diaria de los adultos mayores con discapacidad visual en el Centro Alas de la ciudad de Mar del Plata; en el año 2011

AVD Básicas	Rotuladores		Ayudas Ópticas		Técnicas Compensatorias	
	Usó	No Usó	Usó	No Usó	Usó	No Usó
Alimentación	2	6	1	7	8	0
Higiene	1	7	0	8	8	0
Baño-Ducha	0	8	0	8	8	0
Vestido	2	6	0	8	8	0
Mantenimiento de Objetos personales	-	-	1	7	8	0

Fuente: Elaboración propia

En **alimentación** solo dos participantes usaron rotuladores. 1 usó ayudas ópticas, y **todos usaron técnicas compensatorias.**

En **higiene** 1 usó rotuladores y ayudas ópticas y **todos usaron técnicas compensatorias.**

En **baño y ducha** ninguno usó rotuladores y ayudas ópticas, y **todos usaron técnicas compensatorias.**

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

En **vestido** solo dos participantes usaron rotuladores. Ninguno de ellos usaron ayudas ópticas, y **todos usaron técnicas compensatorias**.

En **mantenimiento de objetos personales**, 1 participante usó ayudas ópticas y **todos usaron técnicas compensatorias**.

Las técnicas compensatorias son utilizadas en la vida cotidiana como herramienta primordial, dado que al potenciar los sentidos remanentes, se logra favorecer la independencia en las AVD Básicas. Los participantes se apoderan de éstas, sin mayor dificultad, ya que están en relación directa con su capacidad de reserva sensorial.

Además el aprendizaje de técnicas específicas, como la del bastón blanco de seguridad, guía vidente, de seguridad y protección, de búsqueda de objetos caídos y técnica del reloj, permiten favorecer la autoestima, ganar seguridad y lograr bienestar.

Las ayudas ópticas son utilizadas en menor medida por las personas con baja visión, estas posibilitan que su resto visual se vuelva más funcional.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

Tabla 2: Uso de diferentes adaptaciones para el desempeño de las actividades instrumentales de la vida diaria de los adultos mayores con discapacidad visual en el Centro Alas de la ciudad de Mar del Plata; en el año 2011.

AVD Instrumentales	Rotuladores		Ayudas Ópticas		Ayudas no Ópticas		Técnicas Compensatorias		Ayudas Electrónicas		Transporte	
	Adaptaciones		Adaptaciones		Adaptaciones		Adaptaciones		Adaptaciones		Publico/privado	
	Usó	No Usó	Usó	No Usó	Usó	No Usó	Usó	No Usó	Usó	No Usó		
Uso de sistemas de comunicación	-	-	0	8	0	8	8	0	8	0	-	-
Movilidad en la Comunidad	-	-	0	8	-	-	8	0	-	-	6	2
Realización de Compras	-	-	-	-	-	-	6	2	-	-	-	-
Preparación de la comida y limpieza	1	7	0	8	-	-	8	0	6	2	-	-
Procedimientos de seguridad	-	-	-	-	-	-	8	0	-	-	-	-
Juego y tiempo libre	1	7	-	-	-	-	8	0	5	3	-	-

Fuente: Elaboración propia

En el uso de **sistema de comunicación**, el **total** de participantes utilizó **técnicas compensatorias y ayudas electrónicas**.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

En **movilidad en la comunidad**, el **total** de los participantes utilizó **técnicas compensatorias**; en **transporte público** 6 participantes lo utilizaron y 2 participantes utilizaron el transporte privado.

En **realización de compras**, 6 participantes **utilizaron técnicas compensatorias** y 2 participantes no usaron.

En la **preparación de la comida y limpieza**, solo 1 participante **utilizó rotuladores**; el **total** de participantes **utilizó técnicas compensatorias**; 6 participantes **utilizaron ayudas electrónicas**.

En **procedimiento de seguridad**, el **total** de los participantes utilizaron **técnicas compensatorias**.

En **juego y tiempo libre**, solo 1 participante **utilizó rotuladores**, el **total** de participantes **utilizó técnicas compensatorias**; y 6 participantes utilizaron **ayudas electrónicas**.

Al igual que en las AVD, en las Instrumentales, las técnicas compensatorias son las más utilizadas.

Con el advenimiento de las nuevas tecnologías, los Adultos Mayores con discapacidad visual incorporan ayudas electrónicas en las actividades instrumentales, estas herramientas les permiten incrementar la participación social, favorecer la comunicación, y acceder a todo tipo de información, etc.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

De las evaluaciones de Terapia Ocupacional, al ingreso, se obtuvo que los Adultos Mayores con discapacidad visual presentaban dependencia en la realización de AVD y AIDL.

Con los datos obtenidos del cuestionario se pudo identificar que los participantes utilizaron adaptaciones en la realización de AVD y AIDL. Por lo tanto el uso de adaptaciones posibilitó una mayor independencia.

Al involucrarse con la realización de las actividades de la vida diaria comenzaron a vislumbrar las posibilidades de logros. Para conseguirlo fue necesario comenzar un aprendizaje: la adquisición de técnicas desdobladas en pasos necesarios. Debieron poner en juego todas sus potencialidades: sensoriales, senso-perceptivas, cognitivas y habilidades. El aprendizaje fue práctico y teórico a la vez. Generó muchas veces ansiedad y frustración, gradualmente superaron las dificultades, logrando así apoderarse de las técnicas, trasladándolas a la vida cotidiana. Esto permitió mejorar la autonomía en la deambulacion y en el desempeño en AVD y AIDL.

PARTE VI

CONSIDERACIONES

FINALES

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

VI. Consideraciones finales

La población argentina ha ido creciendo en las últimas décadas, en consecuencia existen personas mayores con mayor expectativa de vida, lo cual conlleva a una situación de fragilidad y dependencia del adulto mayor.

Los diferentes aspectos frágiles hacen que se incremente la demanda de los cuidados familiares, de servicios de salud y de espacios de participación social.

A partir de ésta perspectiva consideramos al Adulto Mayor con discapacidad visual como un sujeto frágil, con las mismas demandas que todos los Adultos Mayores.

En ésta investigación la población de estudio estuvo compuesta por Adultos Mayores frágiles que poseen las siguientes características: déficit visual y dos de ellos déficit auditivo; déficits funcionales presentando dificultad para deambular y movilizarse, dependencia para la realización de AVD, la mitad de la población superan los 80 años y cinco de los ocho son viudos y viven solos.

Los Adultos Mayores frágiles concurren al Centro de rehabilitación Alas, Umasdeca, durante el período comprendido entre el año 2000 al 2009, los cuales transitaron su proceso de rehabilitación.

Los resultados obtenidos a través de las entrevistas en profundidad y el cuestionario de actividades de la vida diaria, nos permitieron conocer la percepción de la experiencia del proceso de rehabilitación básica funcional y el desempeño ocupacional de los Adultos Mayores con Discapacidad Visual.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

La percepción de los actores sociales comprendió un conjunto de sentimientos, experiencias, sensaciones, reflexiones y recuerdos que fueron esenciales para el presente estudio cualitativo.

Las narraciones subjetivas aportaron datos de vital importancia que permitieron reconstruir el proceso de rehabilitación y conocer el impacto que produjo en ellos.

A partir del análisis e interpretación de los datos se pudo identificar que los actores sociales accedieron a la institución a través de comunicación interpersonal, referentes con discapacidad visual, biblioteca parlante y radiodifusión, y uno solo por un profesional de la salud. Esto demuestra la ausencia de la derivación de los profesionales de la salud.

Inferimos que existiría un desconocimiento de la comunidad médica respecto de las posibilidades de rehabilitación básica funcional.

Al ingresar a la institución los participantes presentaron sentimientos de tristeza, malestar, miedo, angustia, ansiedad, desesperación, aislamiento, con confusión y desinformación, además experimentaron sentimientos de negación y rechazo al tratamiento.

Sus familiares de igual manera vivenciaron éstos aspectos psicoemocionales, atravesando un duelo debido a la pérdida visual y a la situación discapacitante del Adulto Mayor.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

Se evidencia así, frente a la pérdida de la visión, la existencia de un desequilibrio emocional, en consecuencia comienzan un proceso de ajuste al déficit, tal como lo describe Cholden en su teoría del Ajuste al Déficit Visual.⁷⁹

Al ingreso también manifestaron prejuicios respecto de la ceguera, ésto estaría relacionado con falta de información sobre la rehabilitación y la constante presencia de ideas preconcebidas que emergen del colectivo social y que conducen a la discriminación de la persona con discapacidad visual.

Los discursos acerca de la adaptación a la institución reflejan una visión u opinión satisfactoria. Los actores sociales valorizaron la actuación de los profesionales y distinguieron la importancia que le otorgaron al grupo de pares, ya que éste les permitió confrontarse con la discapacidad visual e identificarse con ella; brindándoles contención, apoyo, colaboración, esperanza y confianza: constituyendo un grupo de pertenencia.

Esta adaptación satisfactoria demostró que los participantes habían superado la primera fase de shock emocional, y comenzaron a transitar la segunda fase de Depresión o reacción emocional ante la pérdida.⁸⁰

Por lo tanto se podría decir que el grupo de pares permitió a los participantes ser parte de un proyecto compartido con otros, en el que se vieron reflejados, en los cuales buscaron

⁷⁹ González, A; Novell, C; Benito, J y otros. “Psicología y Ceguera. Manual para intervención psicológica en el ajuste a la discapacidad visual”. 1ª ed. Cap. 2.1. Madrid: ONCE. España. 2003.

⁸⁰ Ibíd.González.Novell.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

apoyo, compartieron sufrimiento y disintieron. Este proceso aumentó la confianza y seguridad en sí mismo.

Apartir de lo expuesto se podría considerar que el grupo de pares actuaría como facilitador, favoreciendo el incremento de la capacidad de reserva y en consecuencia se lograría un mejor desempeño en las actividades de la vida diaria prácticas y sociales, tal como lo expresa el Modelo Construcccionista expuesto por Raphael.⁸¹

Desde la institución se convocó a la totalidad de los familiares a participar en el acompañamiento del tratamiento. La mayoría de los participantes recibieron apoyo familiar de manera total o parcial, algunos manifestaron ausencia, indiferencia y boicot durante el proceso. A pesar de esta situación igualmente los participantes lograron los objetivos de rehabilitación básica funcional.

La familia también atravesó un desequilibrio emocional que generó diferentes actitudes frente al proceso, las cuales fueron facilitadoras u obstaculizadoras.

Consideramos que el grupo de pares reemplazaría la carencia de amigos y familiares, de acuerdo al Modelo de fragilidad de Raphael.⁸²

⁸¹ Raphael et al (1995). En Martos Martín, Antonio, J. “Variables mediadoras en la relación entre deterioro cognitivo y la capacidad funcional en personas mayores”. Capítulo II, pág. 50. Facultad de Psicología. Universidad de Granada. España. 2005.

⁸² *Ibíd.* Raphael et al.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

En general la totalidad de los participantes transitaron todos los talleres que incluye el Programa del Centro de Rehabilitación Alas. Umasdeca. Priorizaron algunas áreas sobre otras de acuerdo a necesidades y potencialidades.

Transitando la tercera fase de aceptación a la ceguera los participantes lograron apoderarse de las técnicas adquiridas en los talleres y generalizar lo aprendido.

La adquisición de las técnicas permitió compensar el déficit funcional producto de la pérdida visual favoreciendo el desempeño ocupacional y la autonomía personal.

Esto conduciría a que la capacidad de reserva se incremente promoviendo la mayor independencia posible en la realización de las actividades de la vida diaria prácticas y sociales como lo expresa el Modelo de fragilidad propuesto por Raphael.

La totalidad de los participantes manifestaron poseer plena satisfacción con la actuación del equipo transdisciplinario, consideraron que el desempeño fue realizado con vocación y profesionalismo, además percibieron que se les brindó contención y respuesta a sus demandas.

Se entiende que, en este proceso de rehabilitación, es fundamental que el equipo profesional construya su propio paradigma epistemológico, con metas y objetivos comunes que permitan visualizar las problemáticas emergentes, con el fin de dar respuestas positivas, que posibiliten una rehabilitación satisfactoria. Se considera que el enfoque transdisciplinario es el ideal que persigue todo aquel equipo que pretenda trascender y

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

comprender las realidades de cada sujeto, percibiendo que cada miembro de éste, es pieza clave y necesaria para dicha tarea.

En este proceso, cuando los participantes ingresaron al mismo, la mayoría experimentó sentimientos de miedo, rechazo, inutilidad, carencia de proyectos y expectativas de recuperar la visión.

Al egreso se autopercebieron recuperados, sin embargo, experimentaron sentimientos de tristeza, angustia, abandono, resistencia a abandonar el tratamiento e incapacidad para ingresar otros espacios de la comunidad; no obstante, valorizaron la institución, el tratamiento, el hacer y la actividad artesanal.

Estos sentimientos que experimentaron al inicio, se modificaron gradualmente logrando transitar la fase de Depresión y construir la aceptación de su discapacidad. Es notable que todos los participantes coincidieron, desde su percepción, en identificar el cambio, reconocieron la utilidad del tratamiento y de la institución como pilar fundamental para su independencia.

Los sentimientos que presentaron al egreso ya no fueron en relación a su discapacidad, éstos tuvieron que ver con el hecho de no poder continuar en la institución, en ese lugar que les brindó contención y apoyo, además de que lograron constituir un grupo de pertenencia con los mismos ideales, y en el cual se sintieron menos vulnerables, y por lo tanto, menos frágiles.

Durante la rehabilitación, el área de Terapia Ocupacional, significó para los participantes un espacio que les brindó herramientas. Estas herramientas les posibilitaron: recuperar la

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

confianza, participar en la comunidad, concientizar y reconocer el uso de los sentidos remanente, así como adquirir técnicas compensatorias.

Además expresaron conformidad, satisfacción, agradecimiento, reconocimiento y valorización profesional al área.

Estos aspectos significativos que apporto el área les permitió sentirse rehabilitados, se podría interpretar desde sus discursos que el logro de su independencia lo relacionan con la intervención de Terapia Ocupacional. Valorizaron lo más insignificante como sumamente útil para la realización de las actividades cotidianas.

Reconocieron y valorizaron al Terapeuta Ocupacional como rehabilitador visual, su intervención posibilitó a los Adultos Mayores con baja visión optimizar el uso del resto visual, logrando la mayor funcionalidad posible en las AVD básicas e instrumentales.

Nuestra disciplina ofreció respuestas a las demandas de los Adultos Mayores frágiles, permitiendo un espacio terapéutico en donde se manifestaron las limitaciones y los sentimientos causados en consecuencia. El hacer les permitió involucrarse con la actividad y comenzar a transitar un nuevo camino en donde dejaron de permanecer en una posición pasiva y de dependencia para transformarse gradualmente en un sujeto activo y protagonista de su vida. Este cambio de actitud se vió reflejado en todas las áreas en las que participaron dentro del programa. Encontraron así respuestas y significaciones que les permitieron construir nuevos proyectos que hasta el momento no poseían.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

En referencia a las adaptaciones utilizadas en AVD Y AIDL se logró identificar como relevante que el total de los actores sociales usaron técnicas compensatorias en su vida cotidiana, poniendo en juego sus potencialidades senso-perceptivas y cognitivas.

Para finalizar y en referencia a nuestro primer objetivo general de la investigación, podríamos concluir diciendo que logramos comprender el significado que el proceso de rehabilitación tuvo para los adultos mayores. Constituyó para ellos un cambio favorable, permitiéndoles aceptar la discapacidad visual, adquirir mayor independencia, sentir libertad, recuperar la autoestima, la confianza y el autoconocimiento.

Además el proceso fue favorable para la salud. Valorizaron el quehacer del equipo profesional, del Terapeuta Ocupacional, del grupo de pares y de las técnicas específicas compensatorias.

Consideramos que a partir de lo expresado por los actores sociales, se puede inferir que se logró la meta fundamental del programa de rehabilitación básica funcional, ya que los Adultos Mayores alcanzaron y mantuvieron un estado funcional óptimo desde el punto de vista físico, sensorial, cognitivo, psíquico, y social; que les permitió modificar su vida y ser más independiente.

El proceso de rehabilitación y dentro de éste, el grupo de pertenencia les permitió encontrarse nuevamente en equilibrio emocional, mejorar su bienestar y por lo tanto su calidad de vida. Logrando construir nuevos proyectos a partir de la aceptación de la discapacidad visual.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

Concluimos que el Modelo Transdisciplinar es esencial para favorecer el Proceso de Rehabilitación Básica Funcional. La intervención de Terapeuta Ocupacional dentro del equipo profesional es necesaria ya que transmite conocimientos propios de la disciplina en post de trascender y construir en conjunto con el resto de los profesionales un nuevo paradigma epistemológico en beneficio del tratamiento rehabilitador.

La intervención del Terapeuta Ocupacional con los Adultos Mayores con discapacidad visual es esencial, ya que brinda las herramientas necesarias para lograr optimizar la funcionalidad.

Creemos que la ausencia de derivación hacia la rehabilitación sería un tema clave a investigar en un futuro, para profundizar y esclarecer el por qué de esta situación, que notablemente entorpece el logro de la independencia de los adultos que atraviesan la pérdida visual .

Creemos que la metodología cualitativa facilitó la comprensión de las percepciones, creencias, valores y actitudes de nuestra población de estudio. La indagación de sus experiencias, de su cotidianeidad, reflejan una realidad humana contextual e institucional. La búsqueda de una investigación que trascienda en nuestra área, se torna muchas veces dificultosa. Desde esta perspectiva consideramos que nuestro estudio constituye un aporte, ya que permitió conocer y explicar como los Adultos Mayores con Discapacidad Visual vivenciaron y experimentaron su Proceso de Rehabilitación Basica Funcional, dado que existen pocos datos descriptos en la ciudad de Mar del Plata.

PARTE VII

BIBLIOGRAFÍA

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

- Aguirre Patrone, A; Basquet Quiñones, J.R; Ceballos Parada, P; Restrepo, Gladys. *Manual Técnico de Servicios de Rehabilitación integral para personas ciegas o con baja visión en América Latina .La ceguera y baja visión. Modalidades de Rehabilitación.* pp.10-11/14-19 Unión Latinoamericana de Ciegos (ULAC). Uruguay. Montevideo. 2010.
- Aletti, María Teresa. *Servicio Social en impedidos visuales escolares.* Tesis de grado para la Lic. en Terapia Ocupacional de la Facultad. de Ciencias. de la Salud y S.S., UNMDP. Mar del Plata, Argentina. 1967.
- Allan, N; Edwin, B; Freid, M; Mehr, O. *El cuidado de la Baja Visión.* Cap. 9. Consideraciones etiológicas. pp.141-142. Universidad de California. Madrid. España. 1995.
- Allinder, J. *Pérdida Sensorial: Sordera y ceguera.* En Willard Y Spackman; H. L. Hopkins y H. D. Smith, *Terapia Ocupacional*, Unid. 7, sección 6. pág.707. 8ª, ed. Editorial Médica Panamericana. Madrid. España. 1998.
- Blanco, F; Gutman, I; Lopez, J.S; Scandroglio, B. *Una aproximación a las prácticas cualitativas en Psicología desde una perspectiva integradora.* Universidad Autónoma de Madrid. En *Papeles de Psicología*, vol. 31 (1), pp.131-142. Madrid. España. 2010.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

- Cuello, Cristina. *Expresión Corporal y Niños Ciegos*, Tesis de grado para la Lic. en Terapia Ocupacional de la Facultad de Ciencias. de la Salud y S.S. UNMDP, Mar del Plata. Argentina. 1995.
- Chanquia Ibarra de Quiroz, Silvina, *Áreas que presentan déficits funcionales en niños con ambliopía y coeficiente intelectual normal, que podrían incidir sobre la integración escolar*. Tesis de grado para la Lic. en Terapia Ocupacional de la Facultad de Ciencias de la Salud y S.S. UNMDP. Mar del Plata. Argentina. 2005.
- Chávez Jimeno, H. *Fragilidad un nuevo síndrome geriátrico*. Lima. Perú. <http://www.fihu-diagnóstico.org.pe/revista/números/2003/julago03/161-163>. 2003
- Díaz Vega. *Impacto de Deficiencia Visual en personas mayores*. Cap. II. De la Fragilidad biológica a un modelo holístico de Fragilidad. pp.117-118. 2005.
- Diccionario de la real academia Española.22ª.Ed.Espasa-Calpa. Fecha de consulta 4/2011. <http://buscon.rae.es/drae/html/cabecera.htm>. 2001.
- Dulcey-Ruiz, E y Uribe Valdivieso, C. *Psicología del Ciclo Vital: Hacia una visión comprehensiva de la vida humana*. Revista Latinoamericana de Psicología, 2002- volumen 34- Nos.1-2, pp.17-27.Bogotá. Colombia. 2002.
- Dutton, R; Levy, L.L. y Simon, C. J. *Marcos de referencia en Terapia Ocupacional*. En H.L.Hopkins y H.D.Smith, Willard Y Spackman Terapia Ocupacional, 8ª, ed. pp. 62-67. Madrid: Editorial Médica Panamericana. España. 1998.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

- Faye, E; Rubio Diez, A; Cabrian de Miguel, M. *Clínica de la Baja Visión*. Versión española. Segunda edición. Cap13. pp.282-284-296-298-309-327-331. Once. Madrid. España. 1997.
- Fernández Torres María de los Ángeles. *La Terapia Ocupacional de la Rehabilitación Funcional del Discapacitado Visual*. Revista Discapacidad Visual hoy. Aportes sobre la visión diferenciada. Aportes sobre la visión diferenciada. N° 8 julio. Asociación Argentina para el estudio de la recuperación del ciego y Amblíope. Ed. ASAERCA. Capital Federal. Argentina. 2000.
- Fundación homero. *Las enfermedades más comunes a la vista.chile*. Fecha de consulta 5/2011. 2007.

http://members.libreopinion.com/fundacionhomero/enfermedades_comunes.html.
- *Fundación quiéreme y protégeme* .A.C. Fecha de consulta 4/2011.<http://www.espaciovisual.org/fundación/id16.html>.
- *Fragilidad un nuevo síndrome geriátrico*. Chávez Jimeno, H. Lima. Perú.
<http://www.fihudiagnóstico.org.pe/revista/números/2003/julago03/161-163>.

Fecha de consulta 4/2011. 2003.
- Galán. *Diseñar la Vejez*. Fecha de consulta 4/2011.
<http://www.cátedragalan.com.ar/trabajos/di0803.pdf>.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

- Gonzáles, A; Novell, C; Benito, J y otros. *Psicología y Ceguera. Manual para intervención psicológica en el ajuste a la discapacidad visual*. 1ª ed. Cap. 2.1. Madrid: ONCE. España. 2003.
- Grupo de trabajo de Terapia Ocupacional en geriatría de la comisión para el desarrollo de la T.O. “Marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: *Ámbito de Competencia y Proceso*”. Año 2005. Disponible en: <http://www.TerapiaOcupacional.com>. Búsqueda realizada en febrero 2011.
- Grupo Océano. *Diccionario Enciclopédico Universal*. Editorial Océano. España. 2009.
- Hopper, P; Jutai, J W; Strong, G Y Russell, M. *Degeneración macular relacionada con la edad y rehabilitación en baja visión*. Revisión sistemática. *Canadian Journal of Ophthalmology*. Vol. 83; Issue 2; pp. 180-187. 2008. Disponible en O.T Seeker. Fecha de consulta 5/2011.
- *INDEC*. Instituto Nacional de Estadísticas y Censo <http://www.indec.gov.ar/indec/ingles.asp>. 2001. Fecha de consulta 5/2011.
- *INDEC*. Instituto Nacional de Estadísticas y Censo <http://www.indec.gov.ar/indec/ingles.asp>. 2010. Fecha de consulta 1/2012.
- Institución *ONCE*. Fecha de consulta 5/2011. <http://www.once.es/new/>.
- Institución *ULAC*. Fecha de consulta 5/2011. <http://www.fbu.edu.uy/ulac/>.
<http://ulacdigital.org/>.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

- Institución FAICA. Fecha de consulta 5/2011. <http://www.faica.org.ar/>. ONCE. <http://www.once.es/new/>.
- Johnston Allinder, J. *Pérdida Sensorial: sordera y ceguera*. Unidad 7, sección 6, pp. 706-707. En Willard & Spackman “Terapia Ocupacional” edición VIII. Editorial Médica Panamericana. España. Madrid. 1998.
- Jutai, J,W; Bhogal SK; Foley NC; Bayley M; Teasell RW; Speechley MR. *Tratamientos de desordenes visuales post apoplejía*. Departamento de medicina física y rehabilitación, Universidad del oeste de Ontario, Canadá. American Journal of Phisical Medicine & Rehabilitation. - Vol. 86- Issue 10- pp. 853-860. Oct. 2007. Disponible en O.T Seeker. Fecha de consulta 5/2011.
- Martos Martín, Antonio, J. *Variables mediadoras en la relación entre deterioro cognitivo y la capacidad funcional en personas mayores*. Capítulo II, pp. 39-56. Facultad de Psicología. Universidad de Granada. España. 2005.
- Naciones Unidas “Enable”. Los Derechos y la dignidad de las personas con discapacidad. Programa de Acción Mundial para las personas con Discapacidad. Fecha de consulta 11/2011.

Disponible en <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=1437>.
- Negrodo, M.A. *Adaptación Positiva en el Proceso de Envejecimiento*. Revista pedagógica, ISSN 0214-7742, nº 16, (ejemplar dedicado a: educación de mayores), pp. 49-82. Facultad de Psicología de la Laguna. Tenerife. España. 2001-2002.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

- Nuñez García, S. *Enfoque multi, inter y transdisciplinario en el desarrollo social*. Centro de investigaciones en América del Norte, Desarrollo social Caribeño. 2007.
- Fecha de consulta 5/2011. <http://www.ilustrados.com/tema/11346/enfoque-multi-inter...>
- Pallero Gonzalez; R. *Ajuste a la pérdida visual sobrevenida en la vejez*. pág.54. Universidad de Rovira i Virgili. Tarragona. España. www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/8963/thesi.pdf?...1. 2007.
- Peña, E; Villegas, I. *Modelos de Equipos Profesionales*. CERIL. 1996. Fecha de consulta 5/2011.http://www.ceril.cl/p2_modelo_de Equipos.htm.
- Polonio López, B. *Terapia Ocupacional en discapacidades físicas, teoría y práctica*. Cap. 2. *Marcos de Referencias frecuentemente usados en la disfunción física*. pp. 21-22.26-27. Cap. 6. *Un caso clínico de accidente cerebrovascular*. pp. 99-101. Editorial Médica Panamericana. Madrid. España. 2003.
- Proyecto Institucional: Creación del Centro de Rehabilitación Alas. Ley de Cheques nº 25.413. *Programa de Rehabilitación*.
Unión Marplatense de Acción Social por los Derechos del Ciego y del Amblópe (Umasdeca). Entre Ríos 2828. Mar del Plata. Argentina. 1999.
- Restrepo, G; Patrone, A; Ceballos, P. *Manual Técnico de Servicios de Rehabilitación Integral para personas ciegas o con baja visión en América Latina*. pp.11-18, 22. Unión Latinoamericana de ciegos (ULAC). Editorial: Punto Sur S.A. Montevideo. Uruguay. 2000.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

- Riggs, R; Andrews, K; Kris, M D; Roberts, P; otro/L, SCFES, CPHQ, FAOTA; Gileski, Michael PhD. *Intervenciones en déficit visual en adultos con Acv y daño cerebral.* una revisión sistemática. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation* Vol. 86; pp. 853-860. 2007. Disponible en O.T Seeker. Fecha de consulta 5/2011.
- Salud a la vista. El sitio de salud. *Maculopatía: Colores, Detalles y Punto Ciego.* Fecha de consulta 5/2011. <http://saludalavista.com/2010/08/maculopatia-colores-y-detalles/2010>.
- Salud discapnet. *Enfermedades discapacitantes. Uveítis.* Fecha de consulta 12/2011. <http://salud.discapnet.es/castellano/salud/enfermedad/>
- Sandoval Casilimas, C. *Investigación Cualitativa. Programa de especialización en teoría, métodos y técnicas de investigación social.* Quinta unidad. pp. 183-185. Composición electrónica. ARFO. Editores e impresores. Ltda. Colombia. 2002.
- *Secretaria de Calidad de Vida.* Base de datos estadísticos. Partido de General Pueyrredón. Mar del Plata. Censo 2001. Fecha de consulta 5/2011.
- *Sentir y pensar.* Sección Enfermedades Oculares. Fecha de consulta 5/2011. <http://www.sentirypensar.com.ar> 2010.
- Souza Minayo, M C et al ; *Investigación Social, Teoría, Metodo y Creatividad;* Editorial Lugar; 1 edición; Buenos Aires; 2003.
- Taylor, S.J; Bogdan, R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación.* Cap. I. pp. 19-24/ 101-103. Ed. Paidós Ibérica S.A. Barcelona. España. 1992.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

- *Tu Salud Visual*. Sección Retinopatía. Fecha de consulta 5/2011.

<http://www.tu.salud.visual.com/retinopatía.php>.
- Virgili, G; Rubin, G. *Entrenamiento en orientación y movilidad para adultos con baja visión*. Clínica del ojo, departamento Oto-Neuro-Ciencias Quirúrgicas Oftalmológica. Universidad de Florencia, Italia. Base de datos Cochrana Syst. Rev. 2006; 3: CD003925. 2003. Disponible en O.T Seeker. Fecha de consulta 5/2011.
- Willard & Spackman; H. L. Hopkins y H. D. Smith, *Terapia Ocupacional*, Allinder, J. *Pérdida Sensorial: Sordera y ceguera*. 8ª, ed. pág.707. Madrid: Editorial Médica Panamericana. 1998.
- Willard Y Spackman; H. L. Hopkins y H. D. Smith, *Terapia Ocupacional*, Allinder, J. *Marco de referencia de la Rehabilitación*. Ed.10ª.Secc.II. pág.238. Editorial Médica Panamericana. Madrid. España. 2005.
- *ZVisión-Red Zaldivar*. Miopía. Argentina. 2011. Fecha de consulta 5/2011.
<http://zvision.com.ar/>

PARTE VIII

ANEXOS

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

VIII.1. Anexo I: Técnicas de recolección de datos.

Guión de la entrevista

- 1) Derivación a la Institución.
- 2) Ingreso a la institución, sentimientos, sensaciones.
- 3) Adaptación a la institución.
- 4) Adaptación al grupo de participantes.
- 5) Apoyo Familiar.
- 6) Integración y aportes del grupo.
- 7) Participación en los talleres.
- 8) Inclusión de la familia al proceso de rehabilitación.
- 9) Actuación de los profesionales en equipo.
- 10) Percepción general del proceso de rehabilitación.
- 11) Egreso de la institución-Alta, sensaciones y sentimientos.
- 12) Comparación entre el ingreso y el egreso.
- 13) Cuestionario de AVD.
- 14) Intervención de Terapia Ocupacional.
- 15) Comentarios y sugerencias.

**“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE
REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES
CON DISCAPACIDAD VISUAL”**

Cuestionario de AVD

¿Presentó dificultades en sus actividades cotidianas a lo largo de la rehabilitación?

¿Requirió algún tipo de adaptación?

¿Recibió entrenamiento en el uso de adaptaciones por parte de T.O?

¿Pudo utilizar las adaptaciones en su vida cotidiana?

¿Mantuvo el uso de las adaptaciones en el tiempo?

Adaptaciones en Actividades Básicas:

<u>Alimentación:</u> elementos y utensilios.	USO	NO USO
Rotuladores: Color.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Macrotipo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Textura.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayudas ópticas	USO <input type="checkbox"/>	NO USO <input type="checkbox"/>
Uso de técnicas compensatorias (del reloj, sentidos remanentes)	USO <input type="checkbox"/>	NO USO <input type="checkbox"/>

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

Higiene personal y aseo:

Uso de elementos de afeitarse, pinzas, lociones.

Uso de elementos de perfumería.

Uso de elementos en el cuidado del cabello.

Uso de elementos en el cuidado de las uñas, de pies y manos.

Uso de elementos en el cuidado de la piel, orejas, ojos y nariz.

Uso de elementos en el cuidado limpieza de la boca: cepillo e hilo dental.

Uso y cuidado de ortesis y prótesis dentales.

		USO	NO USO
Rotuladores:	Color.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Macrotipo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Textura.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayudas ópticas		USO	NO USO
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de técnicas compensatorias		USO	NO USO
(sentidos remanentes)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

Baño- Ducha: Adaptaciones en elementos de higiene.

		USO	NO USO
Rotuladores:	Color.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Macrotipo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Textura.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	USO	NO USO
Ayudas ópticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	USO	NO USO
Uso de técnicas compensatorias (sentidos remanentes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vestido: ropa y accesorios.

		USO	NO USO
Rotuladores:	Color.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Textura.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayudas ópticas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE
REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES
CON DISCAPACIDAD VISUAL”**

Uso de técnicas compensatorias	USO	NO USO
(sentidos remanentes, posicionamiento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mantenimiento de objetos personales: audífonos, anteojos, prótesis etc.

Ayudas ópticas	USO	NO USO
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uso de técnicas compensatorias	USO	NO USO
(sentidos remanentes, posicionamiento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observaciones:

**“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE
REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES
CON DISCAPACIDAD VISUAL”**

Adaptaciones en Actividades Instrumentales:

Uso de sistemas de comunicación: teléfonos fijos, celulares, computadoras etc.

	USO	NO USO
Ayudas electrónicas:		
- Lupa tv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Software(lectores y magnif. de pantalla)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Elementos parlantes (tel, radio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayudas ópticas	USO	NO USO
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayudas no ópticas	USO	NO USO
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de técnicas compensatorias	USO	NO USO
(sentidos remanentes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE
REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES
CON DISCAPACIDAD VISUAL”**

Movilidad en la comunidad:

	USO	NO USO
Transporte público solo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transporte público acompañado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transporte privado-familiar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de bastón blanco de seguridad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ayudas ópticas

USO	NO USO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uso de técnicas compensatorias

	USO	NO USO
(sentidos remanentes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Realización de las compras:

	USO	NO USO
Manejo del dinero.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de técnicas compensatorias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE
REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES
CON DISCAPACIDAD VISUAL”**

Preparación de la comida y limpieza: elementos y utensilios adaptados.

		USO	NO USO
Rotuladores:	Color.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Macrotipo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Textura.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ayudas Ópticas	USO	NO USO
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uso de técnicas compensatorias (sentidos remanentes, posicionamiento)	USO	NO USO
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ayudas electrónicas	USO	NO USO
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Procedimientos de seguridad:

Estrategias preventivas para mantener un entorno seguro.

Técnicas compensatorias (sentidos remanentes, posicionamiento)

	USO	NO USO
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE
REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES
CON DISCAPACIDAD VISUAL”**

Juego y tiempo libre: elementos adaptados.

Rotuladores:	Color.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Macrotipo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Textura.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Software (lectores y magnif. de pantalla)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Técnicas compensatorias (sentidos remanentes, posicionamiento)

	USO	NO USO
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

Observaciones:

Ayudas ópticas: dispositivos que elevan el rendimiento visual de la persona: lupas, prismas, telescopios,

Ayudas no ópticas: elementos que complementan, suplementan o sustituyen las ayudas ópticas: iluminación, trasmisión de la luz (filtros, viseras), tiposcopios (ranuras para lecto-escritura), intensificación del contraste, macrotipo, atriles.

Ayudas electrónicas: Software estándar y específicos (lectores y magnificadores de pantallas). Elementos parlantes (tel., agenda, reloj, casetes, CD). Lupa tv (elemento amplificador de imagen para lectura y otros usos).

Rotuladores: marcas que se realizan a diferentes objetos por color, macrotipo y textura, con la finalidad de identificarlos a través de los sentidos remanentes.

Técnicas Compensatorias: éstas incluyen:

- Técnicas específicas:
 - ✓ Técnicas con guía vidente.
 - ✓ Técnicas de seguridad y protección:
 - ✓ Técnica de búsqueda de objetos caídos:
 - ✓ Técnicas del bastón blanco de seguridad.
 - ✓ Técnica del reloj.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

- Sentidos Remanentes:

Táctil, auditivo, olfativo, visual (en baja visión).

Esterognosia, posición en el espacio, figura fondo, orientación topográfica.

- Componentes Cognitivos:⁸³

Orientación, Reconocimiento, Atención, Memoria, Secuenciación, Aprendizaje, Generalización.

- Posicionamiento: *capacidad de planificar y organizar los objetos en el espacio.*

⁸³ Polonio López, B. Terapia Ocupacional en discapacidades físicas, teoría y práctica. Cap. 2. “Marcos de Referencias frecuentemente usado en la disfunción física”. pp. 26-27. Editorial Médica Panamericana. Madrid. España. 2003.

“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL”

VIII.2. ANEXO II: Consentimiento informado.

Título del Trabajo de Investigación:

Percepción del proceso de rehabilitación de los adultos mayores con discapacidad visual, que han participado en el programa de rehabilitación en el centro Alas en la ciudad de Mar del Plata, en el período comprendido entre los años 2000 y 2009.

Investigadores:

- Dalponte, N. Terapista Ocupacional.
- Guerrero, L. Estudiante avanzado de Lic. en Terapia Ocupacional. U.N.M.D.P.
- Horisberger, M. Estudiante avanzado de Lic. en Terapia Ocupacional. U.N.M.D.P.

Objetivo:

Conocer la percepción del proceso de rehabilitación de los adultos mayores con discapacidad visual.

Procedimientos:

Si consiento en participar sucederá lo siguiente:

- 1) Responderé a preguntas sobre mi proceso de rehabilitación básica y/o visual, en forma individual y en grupo.
- 2) Permitiré que graben y filmen las entrevistas.

Confidencialidad:

Toda información obtenida en este estudio será considerada confidencial y será usada sólo a efectos de investigación. Mi identidad será mantenida en el anonimato.

Derecho a rehusar o abandonar:

Mi participación en el estudio es enteramente voluntaria y soy libre de rehusar a tomar parte o a abandonar en cualquier momento.

Consentimiento:

Consiento en participar en este estudio. He recibido una copia de este impreso y he tenido la oportunidad de que me lo lean y escucharlo a través de un programa informático- Jaws.

**“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE
REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES
CON DISCAPACIDAD VISUAL”**

Fecha:.....

Firma de los investigadores:.....

Firma de los participantes:

**“PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE
REHABILITACION BASICA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES
CON DISCAPACIDAD VISUAL”**



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL
D. FUNES 3350 - TEL/FAX: 0223-4752442.

Jurado:

✓ LIC. Y. FRAA JULIA

✓ TO FALCONE ELDA

✓ LIC. LOGOLLO LAURA

Fecha de Defensa: 29-6-12

Nota: 9 (mucha)