



Ajuste psicosocial a la discapacidad visual en personas mayores

R. Pallero González

RESUMEN: El autor revisa el concepto de ajuste psicosocial a la discapacidad visual, es decir, la reacción adaptativa ante la pérdida y a su correlato discapacitante, y señala las limitaciones y restricciones que afectan a la persona mayor con deficiencia visual, más específicamente relacionadas con factores como la falta de actividad organizada, los problemas de salud, o una mayor necesidad de apoyo. Plantea una propuesta específica de modelo de ajuste para mayores, que parte del modelo general que se produce en otras etapas de la vida, y presenta uno simplificado, basado en las diferencias individuales específicas de la etapa vital y usando indicadores adaptados al rango de edad estudiado. Los resultados de la prueba del modelo indican un conjunto de variables que modularían el proceso de ajuste, tales como “actitudes hacia la discapacidad”, “aceptación de la propia discapacidad”, o “adaptación a la discapacidad”. El proceso puede medirse igualmente con la evaluación de otras variables, como “presencia de sintomatología depresiva”, “percepción de autoestima”, o “percepción de bienestar”.

PALABRAS CLAVE: Mayores de 65 años. Ajuste psicosocial. Ajuste a la discapacidad. Modelo de ajuste a la discapacidad visual. Escala de Ajuste a la Pérdida Visual relacionada con la edad.

ABSTRACT: *Psychosocial adjustment to visual disability in the elderly.* The author reviews the concept of psychosocial adjustment to visual disability, i.e., the adaptive reaction to loss and the concomitant disability. He identifies the limitations and constraints affecting seniors with visual impairment, specifically with respect to factors such as lack of organized activity, health problems or a need for intensified support. The specific model proposed for adjustment by the elderly is a simplified version of the model used in other stages of life, based on specific individual differences in the life cycle and using indicators adapted to the age group studied. The results of the test conducted with the model identified a series of variables that would modulate the adjustment process, such as “attitudes toward disability”, “acceptance of one’s own disability”, or “adaptation to disability”. The process can also be measured with other variables, including “presence of symptoms of depression”, “perception of self-esteem” or “perception of welfare”.

KEY WORDS: Seniors over 65. Psychosocial adjustment. Adjustment to visual disability. Model for adjustment to visual disability. Scale of adjustment to age-related loss of sight.

INTRODUCCIÓN

La pérdida de visión representa para la persona que la padece, un importante cambio en su vida. Las estrategias que utilizaba para resolver las cuestiones de la vida, desde lo más simple a lo de gran complejidad, pueden verse inutilizadas o modificadas. El desarrollo de actividades aprendidas informalmente (caminar, comer, cuidar la higiene personal o realizar actividades ligadas al

ocio o al deporte) o formalmente (leer y escribir, conducir o manejar tecnología) se ve dificultado y para poder seguir desarrollándolas, deben reaprenderse o modificarse sustancialmente las estrategias necesarias para su ejecución.

El afrontamiento de la vida, en las nuevas circunstancias (la funcionalidad visual consecuente con la pérdida y las limitaciones y restricciones provocadas por el cambio de funcionalidad)

requiere de un esfuerzo psicológico, social y funcional (las estrategias, instrumentales, emocionales y cognitivas, que deban modificarse, activarse o aprenderse y los posibles cambios sociales y contextuales) que algunos de los autores que han estudiado el tema, han dado en llamar de *ajuste psicosocial* (Dodds, 1991; Horowitz y Reinhardt, 2000 y Díaz Salabert y Pallero, 2003).

En la literatura técnica se pueden encontrar varios autores que han estudiado este proceso desde diversos presupuestos teóricos. Aquí los agruparemos siguiendo la clasificación propuesta por Pallero (2001):

—Los teóricos de las fases. Autores como Cholden (1958), Schulz (1977), Fitzgerald (1974) Hicks (1979) o Tuttle (1996), describen el ajuste como un proceso de fases a modo de un duelo por la pérdida de la visión. Para unos el proceso adecuado pasaría por que se pasará por todas las fases, para otros el proceso sería flexible y no requeriría el que se debieran cumplir todas las partes. Son modelos similares a los usados en otras áreas (especialmente en la del duelo por pérdida de familiar) que tienen un valor descriptivo, pero que pueden llevar a una concepción ‘patologizada’ del ajuste o a considerar que quien pasa por el proceso debe tener unos determinados sentimientos.

—Los descriptores de la adaptación. Autores como Diamon y Ros (citados por Bauman y Yoders, 1966) realizaron en 1945 diversos estudios descriptivos en soldados ciegos. Fitting (1945), o Bauman (1963), realizaron estudios sobre el ajuste centrándose en la variabilidad individual, destacando rasgos como la actitud hacia el déficit, la aceptación de las limitaciones, el que hubiera o no sintomatología depresiva o ansiosa o el afrontamiento que se realiza de la situación. Se caracterizaban por el uso de instrumentos psicométricos, algunos desarrollados ex profeso, para sustentar sus investigaciones. Los estudios longitudinales indicaban que existían diferencias individuales significativas en el modo en el que los sujetos se ajustaban a la nueva situación. Investigadores más recientes (Needman y Ehmer, 1980) describían el ajuste, aplicando las teorías de Ellis a la comprensión del proceso. Sobre el ajuste en el grupo de personas mayores, las investigaciones más relevantes han sido las llevadas a cabo por el equipo de Horowitz y Reinhardt (1998), que conceptualizan el ajuste como un proceso dinámico que puede variar en el tiempo, siendo el mayor o menor éxito consecuencia de los recursos persona-

les o sociales, las características del déficit y el uso de los servicios de rehabilitación.

—Los modelos estructurales. Si bien son muy similares a los del grupo anterior, se diferenciarían por la metodología aplicada en sus investigaciones. A. G. Dodds (1991 y 1994) aplica a la comprensión del proceso de ajuste las teorías psicológicas de autores como Bandura (1974) o Lazarus y Folkman (1984) y diseña y verifica un modelo estructural explicativo en él que el marco de comprensión del ajuste quedaría configurado por la ausencia de sintomatología ansiosa y depresiva, una ajustada autoestima, la percepción de autoeficacia efectiva, unas adecuadas actitudes hacia el déficit, la aceptación del propio déficit y la recuperación del locus de control sobre la propia rehabilitación. Kef (1999) replica y amplía el modelo en población adolescente holandesa. Díaz y Pallero (2003) partiendo del modelo de Dodds y las teorías de Horowitz y Reinhardt plantean otro modelo que se explicaran en posteriores líneas, aplicable a población adulta.

Se ha hablado de las nuevas circunstancias en las que se puede encontrar una persona que ha perdido la visión y al proceso de ajuste a las mismas. A continuación y siguiendo la perspectiva que nos indica la organización mundial de la salud (OMS, 2001), se hará un breve repaso de cuáles pueden ser esas consecuencias en la vida que esa alteración de una función corporal, como es el déficit visual, tiene en cuanto a las limitaciones en las actividades a realizar o en las restricciones en la participación en la vida social. Partiendo de aquí se puede disponer de un marco contextual adaptable a la idiosincrasia de cada cual. Cada persona vivirá circunstancias similares de modo diferente a otra, pudiendo modularse dimensiones discapacitantes diferentes.

Desde este marco cuando usemos la expresión *discapacidad*, nos referiremos a “*un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (una condición de salud) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales)*”. (CIF, Organización Mundial de la Salud, pág. 231).

La CIF al usar el término *limitaciones en la actividad*, se refiere a aquella desviación en términos de cantidad o calidad en la realización de la actividad, comparándola con lo que se esperaría que realizara una persona sin ese déficit. Así mismo al referirse a las *restricciones en la participación* indica las dificultades para implicarse en

situaciones vitales en comparación con la participación esperable en una persona sin discapacidad en una cultura o sociedad determinada (CIF, Organización Mundial de la Salud, págs. 231-232). Tanto unas como las otras se verán moduladas por los aprendizajes de habilidades compensatorias en su más amplio sentido y por el uso de ayudas técnicas. También habrá que tener en cuenta para conocer la importancia de la discapacidad en un individuo, aquellas estrategias adaptativas aprendidas con apoyo profesional. El conocimiento de las áreas presumiblemente afectas por el déficit, debería poder configurar mejor las posibles intervenciones destinadas a reducir la dimensión de la discapacidad.

Podríamos agrupar las limitaciones y restricciones que afectan a una persona mayor con discapacidad visual en las siguientes áreas:

- Actividades de aprendizaje. Tanto lo que se refiere al aprendizaje formal como el que se realiza a través de la experiencia. Cada vez es más frecuente que las personas mayores opten por dedicar su tiempo a aprendizajes diversos, que, en algunos casos podrán verse dificultados por el déficit.
- Actividades relacionadas con la comunicación, la conversación y la utilización de dispositivos y técnicas de comunicación. Se experimenta una importante reducción en el acceso a la información escrita, a la producción de textos escritos en sistemas visuales, al acceso global a la producción audiovisual y a dibujos y fotografías. La comprensión de mensajes no verbales, queda asimismo afectada. Una parte relevante del tiempo de ocio de las personas mayores queda afectada por esta limitación, con la consecuente pérdida de gratificantes. Así mismo se dificulta el seguir una conversación en grupo, al no poder apreciar aquellos elementos que facilitan el conocer cuándo se dirigen hacia uno o cuando es el momento de intervenir. Y también el uso de teléfonos, tanto fijos como móviles, que permiten el contacto con la familia y las amistades.
- Actividades relacionadas con el movimiento y con el desplazamiento por el entorno. Quedaría afectada la movilidad autónoma en exteriores (Blasch, Wiener y Welsh, 1997). La posible pérdida de capacidad física ligada al envejecimiento u otros déficits que afecten a los órganos de la deambulación, aumentarían la limitación (Díaz Veiga, 2003). La conducción queda imposibilitada y el desplazamiento como pasajero afectaría al transporte público, tanto en el acceso a

estaciones y paradas, como en la adquisición de billetes, la identificación del vehículo asignado, el acceso al mismo, la ubicación en el interior y la identificación de la parada de destino.

- Actividades relacionadas con el cuidado personal. El cuidado de partes específicas del cuerpo (cortado de uñas, afeitado o maquiillaje), actividades relacionadas con el vestido, así como las del comer o tomar medicación (Orr, 2000).
- Actividades domésticas. Tanto las instrumentales como las básicas, podrían ver afectada su ejecución (Branch, Horowitz y Carr, 1989) Elaborar la comida, pasar la escoba o poner una lavadora pueden verse afectados.
- Ejecución de tareas y actividades principales de la vida. La organización y la realización de las tareas en general, en especial su ritmo, su velocidad o la seguridad en su ejecución disminuye, siendo habitual que personas mayores que habían ido acomodando sus actividades a los ritmos y velocidades que marca la edad, muestren su queja por tener que volver a reacomodarse a los marcados por la nueva situación. Incluiríamos aquí lo que corresponde al manejo del estrés y otras demandas psicológicas que aquellas actividades implican.

Sobre el conjunto formado por el déficit y las limitaciones y restricciones que puede provocar, habrá que definir un contexto circunstancial configurado de modo que permita entender que no hay una concepción genérica de cómo las personas realizan ese ajuste, un proceso por el que todos han de pasar, sino un marco comprensivo en el que incluir la idiosincrasia individual.

UNA PROPUESTA DE MODELO DE AJUSTE A LA DISCAPACIDAD VISUAL EN MAYORES

En este artículo nos centraremos en una propuesta específica para el grupo de población mayor, (Pallero, 2007). Esta propuesta parte de un modelo general de ajuste a la discapacidad visual (modelo general en adelante) realizada por M. Díaz y R. Pallero (2003) de la que tomaremos diversos elementos, diversas variables, para realizar un modelo simplificado para población envejecida, que podamos verificar empíricamente. El proceso de ajuste como referente es similar en todas las edades, pero presenta cuestiones diferenciadoras ligadas a la etapa evolutiva, que pueden configurar indicadores de evaluación diferentes.

El modelo general, del que para su consulta detallada remitimos al lector a la obra citada, (pág. 53 y siguientes) viene a indicar, muy resumidamente que: a) El déficit visual y sus consecuencias limitadoras (en el sentido que se ha explicado) tendría un efecto sobre el equilibrio y bienestar global de la persona; b) afectaría a su vez a la red de apoyo informal, especialmente a la familia. Esta red y c) el contexto socio ambiental modularían el efecto limitador (facilitando o dificultando la autonomía) del déficit. Este conjunto y teniendo en cuenta d) las variables personales en su más amplio sentido, sería e) valorado cognitivamente (en el sentido que se da en las teorías del estrés de Lazarus y Folkman, 1984) por la persona afectada. Esa valoración llevaría al f) ensayo de determinadas estrategias de afrontamiento, algunas de ellas con apoyo profesional. Esos ensayos tendrían unas g) determinadas consecuencias que permitirían valorar la eficacia de las estrategias y a su vez redimensionar los efectos limitadores del déficit. Es en este último punto donde, desde la concepción del modelo general, se sitúan las variables que han de permitir estudiar el ajuste a la discapacidad visual. Citando tan solo algunas de las variables estudiadas: las consecuencias de los diversos ensayos permitirán consolidar o modificar las actitudes y creencias sobre la discapacidad y sobre la rehabilitación y el uso de ayudas técnicas, favorecer, si es el caso, la aceptación de la nueva situación o podría aparecer sintomatología ansiosa y depresiva de diversa intensidad y frecuencia. Las reacciones planteadas desde los modelos de duelo, podrían tener cabida en este punto.

VARIABLES SELECCIONADAS DESDE EL MODELO GENERAL

Desde las áreas del modelo general explicado se realizó la selección de variables, aplicándose los siguientes criterios:

- Que fueran variables directamente observables.
- Que los estudios previos hubieran establecido su pertenencia al proceso de ajuste al déficit y que para su evaluación hubiera instrumentos validados (o que se pudieran validar) en población española y
- Que fueran relevantes para el diseño de intervenciones destinadas a mejorar el proceso de ajuste.

Si bien uno de los criterios era que las variables pudieran ser evaluadas con instrumentos validados, para la medición de algunas variables se elaboraron unos registros de sencilla administración y que no requirieran de la intervención de demasiados profesionales. Se hizo por la dificul-

tad que conlleva la intervención de diversas personas en la recogida de datos y la consecuente mortandad experimental (Pallero, 2001). Esa simplificación tuvo las consecuencias que veremos más adelante.

Siguiendo los criterios indicados, se seleccionaron las variables que, procedentes del modelo general, formarían parte de la propuesta de modelo simplificado y se asignaron al grupo que se denominó de variables antecedentes o al grupo de variables consecuentes. Se considera que las que forman parte del primer grupo son variables que pueden estar presentes, previamente, en el sujeto, que pueden quedar afectadas por el impacto del déficit y por los ensayos de las estrategias realizadas y modulan la intensidad y la frecuencia de las variables que figuran en el segundo grupo. Las que forman parte de este último, pueden también estar presentes en el sujeto, pero suelen ser consecuencia de las anteriores. Su intervención terapéutica se realiza a través de las variables recogidas en el primer grupo.

VARIABLES QUE SE CONSIDERARÁN COMO ANTECEDENTES

- a) Variables relacionadas con el déficit visual o variables físicas.
 1. Funcionalidad para la orientación y movilidad. En la consideración de que una mayor o menor pérdida de funcionalidad para los desplazamientos autónomos representaría una buena medida del impacto limitador del déficit. Se midió con una escala de cuatro grados de visión: ceguera total (Ausencia de visión. Requiere auxiliares para la movilidad), ceguera parcial (visión de bultos y sombras que puede ayudar en la orientación. Requiere auxiliares para la movilidad), baja visión (Visión funcional que puede requerir auxiliares para la movilidad) y visión límite (Visión funcional que no requiere de auxiliares para la movilidad).
- b) Variables relacionadas con la interrelación con la familia o variables sociales.
 2. Si bien son diversas las posibles variables elegibles en este punto se optó por la percepción de la persona evaluada sobre la actitud familiar. Se midió con una escala de cinco puntos, en la que se recogía esa percepción. Las alternativas de respuesta eran: rechazo, sobreprotección, indiferencia, apoyo parcial y apoyo.
- c) Variables relacionadas con el impacto emocional provocado por el déficit y sobre las cuales se puede intervenir, a través de técnicas psicológicas.

1. Actitudes hacia el déficit.
 - i. Actitudes sobre la discapacidad visual, como tales. Correspondería a la percepción que la persona tiene sobre la discapacidad visual en general. Medida con la subescala NAS C. (Dodds, 2006)
 - ii. Aceptación del déficit. Percepción que la persona tiene sobre el efecto de la deficiencia visual en sí misma. Medida con la subescala NAS E (Dodds, 2006).
 - iii. Adaptación al déficit. Percepción que la persona tenga del efecto limitador que sobre ella tiene la deficiencia visual, incluyendo la disposición hacia el aprendizaje de habilidades adaptativas y la interrelación familiar en cuanto a las posibles relaciones de dependencia. Medida con la escala AVL (Horowitz y Reinhardt, 2006)

VARIABLES QUE SE CONSIDERARÁN COMO CONSECUENTES

- d) Variables relacionadas con el impacto emocional provocado por el déficit. Ocupan esta posición en el modelo ya que suelen ser consecuencias de las características de las variables antecedentes, y la intervención psicológica se realiza a través de las variables recogidas en el punto anterior, y por tanto son una medida del proceso.
 1. Sintomatología depresiva. Medida con la GDS (Yesavage y Brink, 1983. Adaptación española de Izal y Montorio, 1996).
 2. Ideación suicida. Medida con la subescala NAS A2.
 3. Bienestar subjetivo. Medida con la escala de bienestar subjetivo EBS (Pallero y Ferrando, 2003).
 4. Autoestima. Evaluación de la percepción sobre sí mismo después de haber perdido la visión. Medida con la subescala NAS B (Dodds, 2006).

En el modelo general explicado se consideraron tres componentes procesuales, denominados:

- Valoración.
- Afrontamiento.
- Revaloración.

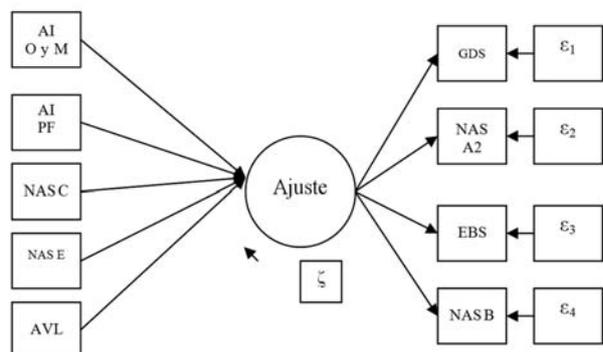
Estos componentes se toman de las teorías del estrés de Lazarus y Folkman (1984) son precisos para explicar el funcionamiento del proceso de ajuste, pero en el momento actual de la investigación, son solamente inferibles desde las medidas tomadas sobre otras variables, por lo que se incorporarán en esta propuesta simplificada de modelo, pero con una función metodológica de “caja negra” y bajo un epígrafe general denominado “ajuste”.

Propuesta de modelo

Partiendo del conjunto de variables seleccionadas se elaboró una propuesta de modelo relacional del ajuste a la discapacidad en personas mayores (figura 1). Tal y como se ve en la figura, el modelo relacional conceptual (MIMIC) que se considera tiene el siguiente funcionamiento:

- a) La aparición de un déficit visual, expresado como una variable física (medida según la funcionalidad para la orientación y la movilidad) va acompañada de una variación en la funcionalidad para moverse y orientarse en el espacio.
- b) La irrupción del déficit tendrá un efecto sobre la relación (variable social) previamente establecida entre la persona con déficit visual y su familia.
- c) E incidirá sobre el individuo en sus actitudes hacia la discapacidad en general, y sobre las actitudes hacia la propia discapacidad, que incluye las actitudes hacia los aprendizajes de las habilidades compensatorias (la rehabilitación).

Estos tres grupos de variables forman un submodelo estructural, y modularán un constructo teórico, necesario dada la estructura cajanegrta del modelo, que denominamos *ajuste*. Correspondería a los procesos de toma de decisiones y puesta en marcha de las mismas que permiten el ajuste a la discapacidad. El reflejo de la evolución del proceso subyacente al *ajuste* se observaría en otras variables psicológicas: la frecuencia de la sintomatología depresiva, la frecuencia de pensamientos relacionados con el suicidio o las ganas de morir, la medida de bienestar subjetivo y la medida de la autoestima, que configuran a su vez, un submodelo de medida.



AIOyM, autoinforme sobre movilidad. AIPF, autoinforme percepción familiar. NAS C, subescala actitudes de la NAS. NAS E, subescala aceptación de la NAS. AVL, escala de ajuste a la discapacidad visual relacionada con la edad. GDS, escala de depresión geriátrica. NAS A2, subescala ideación suicida de la NAS. EBS, escala de bienestar subjetivo. NAS B, subescala de autoestima de la NAS.

Figura 1. MIMIC. Propuesta de modelo relacional explicativo del ajuste a la pérdida visual sobrevinida en la vejez

MÉTODO

Muestra

Las diversas pruebas citadas y que configuraban un protocolo elaborado ex profeso se administraron a una muestra cuyas características quedan reflejadas en la tabla 1. Los sujetos fueron seleccionados de entre los usuarios de los programas de ajuste psicosocial de diversos centros de la ONCE y de una selección aleatoria de afiliados a la ONCE mayores de 60 años y sin patologías relevantes añadidas, de los principales centros de la entidad. Lo que permitía disponer de un amplio rango de situaciones de ajuste. Las personas usuarias de los programas fueron evaluadas por los propios profesionales de la psicología de la ONCE y las otras por una psicóloga entrenada, para esta investigación, en la administración de pruebas psicológicas en mayores con discapacidad visual. La distribución de las puntuaciones de todos los sujetos reflejaba lo adecuado de la selección de los sujetos

Tabla 1.
Características de la muestra

T	H	M	R	M	dt	ct	cp	dvs	dvm
335	133	202	60-92	73,3	6,88	41	97	169	25

T: total. H: hombres. M: mujeres. R: rango de edad. M: media de edad. dt: desviación típica de edad. ct: ceguera total. cp: ceguera parcial. dvs: deficiencia visual severa. dvm: deficiencia visual moderada.

Instrumentos de evaluación

El protocolo citado estaba compuesto por:

- Una hoja de datos personales en las que se recogían los datos de identificación, la patolo-

gía visual, la funcionalidad para la orientación y la movilidad y la percepción del sujeto sobre la actitud familiar.

- La escala AVL.
- Las subescalas del NAS, seleccionadas para la ocasión.
- La escala de bienestar psicológico y
- La escala GDS.

En la tabla 2, quedan recogidas las variables (indicadas en el apartado 2.1) y los instrumentos con los que se evalúan.

Resultados

Una presentación exhaustiva de los resultados; así como el análisis de datos efectuado se puede encontrar en http://www.tesisenxarxa.net/TESES_URV/AVAILABLE/TDX-1217107-173142/thesi.pdf (pág 155 a 159). En este apartado ofrecemos un resumen cualitativo de los resultados más relevantes.

Las medidas de las variables antecedentes (sub-modelo estructural) mostraron un comportamiento irregular como predictoras del constructo ajuste:

Por un lado y en contra de lo que se sugiere en otros trabajos (mencionados por Díaz Veiga, 2003 y 2005), las que corresponden a las medidas de funcionalidad para la orientación y movilidad y a la percepción de la actitud familiar no mostraron tener relación con el constructo “ajuste”. Esto podría deberse a deficiencias psicométricas en los instrumentos de evaluación usados, dado que para su evaluación estos se configuraron como un único y simple registro.

Para evaluar la conjetura de que la falta de capacidad predictiva se debe a deficiencias en la

Tabla 2.
Instrumentos de evaluación usados

Variable	Instrumento de evaluación
Funcionalidad para la Orientación y Movilidad.	Informe de único solo ítem y cuatro gradientes.
Percepción de la actitud familiar.	Autoinforme de único ítem y cinco gradientes
Actitudes hacia la discapacidad.	Subescala NAS C. Actitudes.
Aceptación de la discapacidad.	Subescala NAS E. Aceptación.
Adaptación.	Escala AVLS.
Sintomatología depresiva.	Escala GDS.
Ideación suicida.	Subescala NAS A2.
Bienestar subjetivo.	Escala BS.
Autoestima.	Subescala NAS B.

Todas las pruebas se pasaban en una única sesión.

medida, debería plantearse una nueva investigación que utilizara medidas más elaboradas. Esto requeriría también implicar a profesionales de otras especialidades diferentes a la de la psicología en la recogida de datos y recurrir a los instrumentos evaluativos usadas por estos en sus ámbitos de trabajo, articulando las medidas que evitaran la mortandad experimental.

Por otro lado las otras medidas del mismo submodelo: *las de actitudes hacia el déficit, la de aceptación del déficit y la de adaptación al déficit* muestran ser buenos predictores del proceso de ajuste, siendo la medida usada para evaluar la aceptación del déficit, la subescala NAS E, la más eficaz, con notable diferencia sobre las otras medidas. Esto es coherente con los diversos autores que desde esta perspectiva han descrito el ajuste (Dodds, 1991, Horowitz, Reinhardt, 1998), ya que todos ellos coinciden en que *la actitud*, entendida en su más amplio sentido, posterior al impacto del déficit, tiene un gran valor en el proceso de ajuste. Las actitudes, aunque sea bajo diferentes aspectos tal y como se han definido en el apartado 2.1, pueden ser moduladas por las diversas intervenciones psicológicas que se realicen, lo que abre la vía al diseño de intervenciones psicoterapéuticas basándose en su evaluación. Los entrenamientos para mejorar las habilidades para la vida diaria y para la orientación y la movilidad, el acceso a programas de rehabilitación visual o de acceso a la información, pueden tener también un efecto sobre estas actitudes, al demostrar prácticamente como algunas creencias, en especial aquellas relacionadas con la supuesta falta de eficacia de las personas con discapacidad, pueden ser erróneas.

En cuanto al submodelo de medida, las puntuaciones obtenidas indican que las cuatro medidas usadas muestran un buen comportamiento. Destacan las que ya se preveía que lo hicieran: los indicadores de depresión y la medida de autoestima. Ambos estrechamente relacionados entre sí (Doods, 2006, Horowitz y Reinhardt, 2000). La medida de la presencia de sintomatología depresiva y de la autoestima se configuran como buenos indicadores del proceso de ajuste. La medida de bienestar subjetivo, muestra también un buen comportamiento, pero con significativa diferencia sobre las medidas más efectivas. En posteriores estudios se debería valorar seguir usando esta medida o incorporar algún instrumento de evaluación de la calidad de vida. El uso, como indicador del proceso de ajuste, de la subescala de ideación suicida, ha mostrado una efectividad menor al de las otras medidas, pero dada la brevedad de su administración y lo relevante en aquellos casos en los que se obtenga una puntuación de riesgo, se

sigue aconsejando su inclusión en el modelo, como herramienta preventiva.

CONCLUSIONES

Partiendo del modelo propuesto y tal como se puede consultar en Palleró (2007) se ha obtenido un modelo razonablemente bien ajustado que ha de servir de base para el desarrollo de un modelo más complejo.

El modelo, en la fase actual, y teniendo en cuenta tan sólo aquellos elementos que se han podido probar mostraría que la aparición del déficit visual quedaría reflejada en:

- Las actitudes hacia la discapacidad en general.
- Las actitudes que la persona tiene hacia la discapacidad en ella misma. Que denominamos aceptación del déficit.
- La percepción que la persona tiene del efecto limitador que le provoca la discapacidad, teniendo en cuenta la disposición hacia el aprendizaje de habilidades adaptativas y la interrelación con su entorno. Es decir, teniendo en cuenta los recursos para afrontar *esas limitaciones*.

Este conjunto de variables modularían el ajuste (concebido aquí como un constructo explicativo necesario a la espera de poder precisar su proceso). Considero que también debería formar parte de este conjunto de variables la actitud familiar, ya que en el estudio realizado se valoró la percepción de la actitud de la familia, y no la actitud en sí.

La evolución del proceso puede seguirse evaluando la presencia de sintomatología depresiva y la autoestima de la persona afectada, como principales indicadores. Sería aconsejable seguir considerando el uso de las medidas de percepción de bienestar subjetivo y la presencia de ideación suicida (considerando también su expresión de 'deseo de muerte'). Siendo estas variables reflejo del proceso que permiten realizar el seguimiento de la evolución del ajuste. En futuros estudios debería incluirse la evaluación de la ansiedad elicidadas por la discapacidad visual en la línea de los estudios más actuales (Horowitz, 2008).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behaviour change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bauman, M.K. (1963). *Characteristics of blind and visually handicapped people in professional, sales and managerial work*. Harrisburg (Pennsylvania): Pennsylvania Office for the Blind.

- Bauman, M.K. y Yoder, N.M. (1966). *Adjustment to blindness: reviewed*. Springfield (Illinois): Charles C. Thomas.
- Blasch, B.B., Wiener, W.R. y Welsh, R.L. (eds.) (1997). *Foundations of orientation and mobility*. 2nd ed., New York: American Foundation for the Blind.
- Branch, L. , Horowitz, A. y Carr, C. (1989) The implications for everyday life of incident self-reported visual decline among people over age 65 living in the community. *The Gerontologist*, 29, 350-365
- Cholden, L.S. (1958). *A psychiatrist works with the blind*. New York: American Foundation for the Blind.
- Díaz Salabert, M. y Pallero, R. (2003). El proceso de ajuste a la discapacidad visual. En: Checa, J., Díaz, P. y Pallero, R. (coord.). *Psicología y ceguera: manual para la intervención psicológica en el ajuste a la deficiencia visual* (45-99). Madrid: Organización Nacional de Ciegos Españoles.
- Díaz Veiga, P. (2003). *Intervención psicológica y ajuste a la deficiencia visual en la vejez*. En: Checa, F.J., Díaz, Veiga y Pallero, R. *Psicología y ceguera: manual para la intervención psicológica en el ajuste a la deficiencia visual* (311-362). Madrid: Organización Nacional de Ciegos Españoles.
- Díaz Veiga, P. (2005). *Impacto de la deficiencia visual en personas mayores. Un análisis desde una perspectiva psicosocial*. Madrid: Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, 37
- Dodds, A.G. (1991). Aspectos multidimensionales del ajuste emocional a la pérdida visual sobrevenida: una alternativa cognitiva al modelo de pérdida. En: *Actas de la VI Conferencia Internacional de Movilidad*. (2, 85-92). Madrid: Organización Nacional de Ciegos Españoles.
- Dodds, A.G. (2006) *Escala de Ajuste de Nottingham. Adaptación española*. Madrid: Organización Nacional de Ciegos Españoles.
- Dodds, A.G., Bailey, P., Pearson, A. y Yates. L. (1991). Psychological factors in acquired visual impairment: the development of a scale of adjustment. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 85, 306-310.
- Fitting, E.A. (1954). *Evaluation of adjustment to blindness*. New York: American Foundation for the Blind.
- Fitzgerald, R.G. (1974). Reaction to blindness: an exploratory study of adults with recent loss of sight. En: Boswell. D.M. y Wingrove, J.M. (eds.), *The handicapped person in the community: a reader and sourcebook* (279-287). London: Tavistock.
- Hicks, S. (1979). Psycho-social and rehabilitation aspects of acquired visual handicap. *Te New Beacon*, 747, 169-174.
- Horowitz, A. y Reinhardt, J.P. (1998). Development of the adaptation to Age-related Vision Loss Scale. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 94, 328-337.
- Horowitz, A. y Reinhardt, J.P. (2000). Depression among low vision elders. En: Stuen, C., Ardit, A., Horowitz, A., Lang, M.A., Rosenthal, B. y Seidman, K. (Eds.), *Vision rehabilitation : Assessment, intervention and outcomes* (655-658). Amsterdam: Swets and Zeitlinger.
- Horowitz, A. y Reinhardt, J.P. (2006). *Escala de ajuste a la pérdida visual relacionada con la edad*. Madrid: ONCE.
- Horowitz, A., Leonard, R. y Reinhardt, J.P. (2000). Measuring psychological and functional outcomes of a group model of vision rehabilitation services for older adults. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 94, 328-337.
- Izal, M. y Montorio, I. (1996). Adaptación en nuestro medio de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) en distintos subgrupos: residentes en la comunidad y asistentes a hospitales de día. *Revista de Gerontología*, 6, 329-338.
- Kef, S. (1999). *Outlook on relations: Personal networks and psychological characteristic of visually impaired adolescents*. Amsterdam: University of Amsterdam, Faculty of Social Sciences.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Needman, W.E. y Ehmer, M.N. (1980). Irrational thinking and adjustment to loss of vision. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 74, 57-61.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.
- Orr, A.L. (2000). The knowledge base for collaboration between the fields of aging and vision loss. En: Crews, J.E. y Wittington, J. (eds.), *Vision Loss in an Aging Society* (55-82). New York: American Foundation for the Blind.
- Pallero, R. (2001). *Adaptación española de la escala Nottingham Adjustment Scale (NAS), de Allan G. Dodds*. Trabajo experimental de doctorado. Tarragona: Universidad 'Rovira i Virgili', Departamento de Psicología.
- Pallero, R. (2007). *Ajuste a la pérdida visual sobrevenida en la vejez. Un estudio psicométrico*. Tesis doctoral. Tarragona: Universidad "Rovira i Virgili".
- Pallero, R. y González, L. (2003). Intervención psicológica y ajuste a la deficiencia visual en la edad adulta. En: Checa, F.J., Díaz, Veiga y Pallero, R. *Psicología y ceguera: manual para*

la intervención psicológica en el ajuste a la deficiencia visual (311-362). Madrid: Organización Nacional de Ciegos Españoles.

Tuttle, D.W. y Tuttle, N.R. (1996). *Self-esteem and adjusting with blindness*. 2nd ed. Springfield: Charles C. Thomas.

Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O. Adey, M. y Leirer, V.O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-49.

Rafael Pallero González. Psicólogo. Dirección Administrativa de Tarragona. Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE). Rambla Vella, 10. 43003 Tarragona (España).

Correo electrónico: rpggo@once.es