



GRADO EN ÓPTICA Y OPTOMETRÍA

TRABAJO FINAL DE GRADO

CREACIÓN DE UN SERVICIO DE APOYO Y ORIENTACIÓN PARA LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE BAJA VISIÓN DEL CENTRO UNIVERSITARIO DE LA VISIÓN

MARINA IGLESIAS PORTABALES

DIRECTOR/A: Marta Lupón Bas y Aurora Torrents Gómez
DEPARTAMENTO: Óptica y Optometría

Martes, 20 de junio de 2017

Facultad de Óptica y Optometría de Terrassa



GRADO EN ÓPTICA Y OPTOMETRÍA

Las señoras **Marta Lupón Bas** y **Aurora Torrents Gómez**, como
tutoras y directoras del trabajo,

CERTIFICAN

que la Sra. **Marina Iglesias Portabales** ha realizado bajo la
supervisión el Trabajo de Final de Grado titulado ***“Creación de un
servicio de apoyo y orientación para los pacientes de la Unidad de
Baja Visión del Centro Universitario de la Visión”*** que se recoge en
esta memoria para optar al título de grado en Óptica y Optometría.

Y para que conste signamos este certificado.

Sra

Sra

Directora del TFG

Directora del TFG

Terrassa, 20 de junio de 2017

Facultad de Óptica y Optometría de Terrassa



GRADO EN ÓPTICA Y OPTOMETRÍA

CREACIÓN DE UN SERVICIO DE APOYO Y ORIENTACIÓN PARA LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE BAJA VISIÓN DEL CENTRO UNIVERSITARIO DE LA VISIÓN

RESUMEN

En este trabajo se expone el marco contextual para la puesta en marcha de un servicio de apoyo y orientación dirigido a los pacientes la Unidad de Baja Visión del Centro Universitario de la Visión. Para ello es imprescindible definir el concepto de ajuste psicosocial a la discapacidad visual, es decir, la reacción adaptativa ante la pérdida y a su correlato discapacitante, y señalar las limitaciones y restricciones que afectan a la persona con deficiencia visual.

Las variables psicosociales que modulan este proceso son difíciles de concretar por la dificultad de englobar la individualidad de cada caso. Aun así, existe una conformidad generalizada en la relevancia de la significación de la enfermedad, la valoración de los recursos tanto personales como sociales, los sentimientos psicopatológicos, las repercusiones observables y la pérdida visual.

Debido a esta amplia heterogeneidad es necesario contar con una extensa gama de herramientas que nos permitan evaluar todas las variables para conocer cuáles son los puntos fuertes y débiles de la persona, permitiendo una ayuda psicosocial personalizada, en el caso necesario.

La pérdida de visión ya sea total o parcial, adquirida o congénita, no puede –y no debe- ser entendida solamente como una patología física ni tampoco ser tratada únicamente como tal. El déficit visual es, de hecho, una experiencia particularmente traumática por lo que el paciente a debe asumir una importante carga emocional. En este sentido será de vital importancia la relación entre profesional sanitario y el paciente. Facilitar información, tanto al sujeto como a los familiares, sobre los diferentes recursos, así como ayudas y prestaciones al alcance junto con los datos y condiciones relativas para solicitarlas puede ayudar a conseguir una participación activa del paciente.

El análisis efectuado nos permite concluir que es necesario enriquecer los servicios tradicionales con una unidad de soporte y orientación.



GRAU EN ÒPTICA I OPTOMETRIA

CREACIÓ D'UN SERVEI DE SUPORT Y ORIENTACIÓ PER ALS PACIENTS DE LA UNITAT DE BAIXA VISIÓ DEL CENTRE UNIVERSITARI DE LA VISIÓ

RESUM

En aquest treball s'exposa el marc contextual per a l'engegada d'un servei de suport i orientació dirigit als pacients de la Unitat de Baixa Visió del Centre Universitari de la Visió. Per això és imprescindible definir el concepte d'ajust psicosocial a la discapacitat visual, es a dir, la reacció adaptativa davant la pèrdua i el seu correlat discapacitant, i assenyalar las limitacions i restriccions que afecten a la persona amb deficiència visual.

Les variables psicosocials que modulen aquest procés són difícils de concretar per la dificultat d'englobar la individualitat de cada cas. Així i tot, existeix una conformitat generalitzada en la rellevància de la significació de la malaltia, la valoració dels recursos tant personal com socials, els sentiments psicopatològics, les repercussions observables i la pèrdua visual.

A causa d'aquesta àmplia heterogeneïtat és necessari comptar amb una extensa gamma d'eines que ens permetin avaluar totes les variables per conèixer quins són els punts forts y febles de la persona, permetent una ajuda psicosocial personalitzada, en el cas que fos necessària.

La pèrdua de visió ja sigui total o parcial, adquirida o congènita, no pot –i no ha de- ser entesa solament com una patologia física ni tampoc ser tractada únicament com a tal. El dèficit visual és, de fet, una experiència particularment traumàtica per la qual el pacient ha d'assumir una important càrrega emocional. En aquest sentit serà de vital importància la relació entre professional sanitari i el pacient. Facilitar informació, tant al subjecte com als familiars, sobre els diferents recursos, així com les ajudes i prestacions a l'abast, juntament amb les dades i condicions relatives per sol·licitar-les pot ajudar a aconseguir una participació activa del pacient.

L'anàlisi efectuat ens permet concloure que és necessari enriquir els serveis tradicionals amb una unitat de suport i orientació.



DEGREE IN OPTICS AND OPTOMETRY

CREATION OF A SUPPORT AND GUIDANCE SERVICE FOR THE PATIENTS OF LOW VISION OF THE VISION UNIVERSITY CENTER

ABSTRACT

This paper presents the contextual framework for the startup of a support and guidance service for patients of Low Vision of the "Vision University Center". For this, it is essential to define the concept of psychosocial adjustment to visual impairment, that is, the adaptive reaction to the loss and its disabling correlate, and to point out the limitations and restrictions that affect the visually impaired person.

The psychosocial variables that modulate this process are difficult to define because of the difficulty of including the individuality of each case. Even so, there is a widespread agreement about the relevance of disease significance, the valuation of both personal and social resources, psychopathological feelings, observable repercussions and visual loss.

Due to the wide heterogeneity it is necessary to have an extensive range of tools that allow to evaluate all the variables to know the strengths and weaknesses of the person. Allowing, in this way, a personalized psychosocial help in the necessary case.

Loss of vision, total or partial, acquired or not congenital, can not -and should not- be understood only as a physical pathology or treated as such. The visual deficit is, in fact, a particularly traumatic experience in which the patient must endure a significant emotional load. In this sense, the relationship between the health professional and the patient will be of vital importance. Providing information to both the individual and his family on the different resources, as well as available aids and services together with conditions for requesting them can help to get an active participation of the patient.

The analysis allows us to conclude that it is necessary to enrich traditional services with a support and guidance unit.



DEGREE IN OPTICS AND OPTOMETRY

CREATION OF A SUPPORT AND GUIDANCE SERVICE FOR THE PATIENTS OF LOW VISION OF THE VISION UNIVERSITY CENTER

EXTENDED SUMMARY

More than nine hundred thousand people present some kind of visual impairment, of which 6% are blind in Spain. The remaining 94% suffer from low vision problems, that is, they suffer some type of obstacle that compromises their acuity or visual field, therefore reducing their sense of sight.

When talking about blind people we make reference to the group of people which, when speaking of blind people, reference is made to the group of people who, despite the use of optical corrections, have visual remains of visual acuity equal to or less than 1/10 on the Wecker scale or that their visual field has been reduced to ten degrees (or less) in the eye that sees best. On the other hand, low vision refers to those individuals whose visual acuity is below the 3/10 value on the Wecker scale or has a visual field below 20 degrees.

The 80% of the information processed by our brain comes through the organ of sight. We learn and move through visual information. Therefore, a deficit in this sense will have repercussions in all the spheres of activity of the individual. Reading, driving and other everyday actions such as watching TV, using the telephone, cleaning, or cooking (with the added risk of suffering an accident), as well as going out into the street, socializing and having a conversation will be obstructed or unable to reach the point where the affected person loses autonomy and is in a situation of dependency.

Faced with this reality, the individual must learn to readjust his skills and strategies to carry out all this list of regular activities or even develop new ones in order to be able to adapt to the new situation in which he or she is. In this process it will be basic to learn to trust and sharpen the rest of the other senses as they will be the ones who will provide them with the necessary information to perform the daily tasks that the eyes can no longer do. This is called an adjustment.

Facultad de Óptica y Optometría de Terrassa

In other words, this adjustment is defined as the successful completion of the process of adaptation to the new situation that the patient lives which is the loss of vision. The descriptive model of Ellis (1962) and Lazarus (1993) explains how this phase occurs: the appearance of a visual deficit leads to a series of limitations and restrictions resulting in a situation of implicit stress. Whatever the person thinks about his situation will cause him or her to acquire negative feelings that can become pathological. This model proposes a continuous re-evaluation of emotions throughout the adjustment process, so that feelings (such as depression and anxiety) change, being in tune with the thoughts about the situation.

There are patients who, with the same disease, in the same state and with the same medication show different complaints and live the deficiency in completely different ways, since many factors intervene in the adjustment. Identifying the different psychosocial variables that modulate this process will explain the heterogeneity of the cases, creating tools to evaluate the adjustment and detecting attitudes that are negatively influencing and / or preventing the person from adjusting to his or her deficit. In this way, the psychotherapeutic approach will be clear, practical and specific for the user.

However, in spite of the importance of knowing these variables, experts of this subject do not show consensus in which they are, due to the difficulty of including the individuality and the particularities of each case of visual deficit. However, the variables of greatest consensus are the assessment of the disease, the assessment of personal and social resources, psychopathological feelings, observable repercussions (health, work, social relationships, autonomy ...) and loss of vision.

Decreased vision is a risk factor for fragility, with repercussions in the functional, psychic and social spheres and a catalyst for cognitive impairment. For this reason, it is necessary to have a wide range of tools that complement one another and that can be used to recognize whether an adaptive response is occurring or, if not, to offer an individualized and adequate psychosocial approach. The main techniques for evaluating the patient are interviews and questionnaires.

Interviews have a very important role since they create bonds and establish an empathic relationship between the patient and the psychologist. They are also useful to explain the reason for the consultation, to resolve any type of doubt and so that the patient is able to understand the way used to solve the problems caused by the visual deficit and achieve adjustment, among other objectives to which the subject wants to reach.

For the psychologist, the interview is an important source of information since it allows observing the behaviour of both the user and the family. Likewise, it is in the interview that it is verified if the person has prejudices, previous bad experiences, behaviours of rejection, overprotection by the family, etc. But it will also allow us to know what visual illness one may have, the visual remains, if one suffers from other pathologies or complications and what the prognosis is.

On the other hand, psychological tests are also very useful tools to evaluate the person's mental state. They are quick and they give an answer on how the adjustment process is developing. Having specific and reliable tests for people with visual impairment will allow

us to break down a complex theme into different variables to study. In this way, they will know the strengths and weaknesses of the person allowing personalized psychosocial help.

There are a great variety of questionnaires in this area. However, in this work, three of them will be treated for the functionality and efficiency they present. These tests are the "Nottingham Adjustment Scale" (Spanish adaptation), the "Adjustment Scale to Age-Related Visual Loss" (Spanish adaptation) and the "National Eye Institute Visual Functioning Questionnaire".

Currently, these tests are mainly used by psychologists and their use is not standardized in the field of optometry or ophthalmology. It is highly recommended that any health personnel, who are in contact with visually impaired patients, use these tests in order to detect early maladaptive attitudes.

Loss of vision, whether total or partial, acquired or congenital, cannot - and should not - be understood only as a physical pathology or treated solely as such. The visual deficit is, in fact, a particularly traumatic experience so it is important to assume the great psychological burden that it supposes for the patient. In this sense, the relationship between the medical professional and the patient will be of vital importance. Achieving active patient participation provides an opportunity for information on the situation and perception of control to work in a beneficial way in the process of accepting the visual deficit and emotional well-being. Most research in this field supports the fact that a good professional-patient relationship (what is called "rapport") results in positive effects on patient cooperation and motivation, and greatly influences the coping of their illness.

It is also important to emphasize the importance of providing information, both to the individual and to the family, about the different resources as well as the aids and benefits available to people with this type of disability, together with the relative data and conditions to request them. These grants are intended to strengthen social participation, avoid situations that prevent or hinder their full participation in economic and cultural life.

Some of them are provided by the State (such as scholarships for education, aid to facilitate labor insertion, or economic benefits to facilitate the purchase of housing). Others are provided by the *Generalitat de Catalunya* (such as a disability card or home care services). The ONCE (National Organization of the Blind), thanks to the benefits it obtains from the sale of the famous coupons, finances a wide range of specialized services. And municipalities also have the competence to provide support services for their citizens with disabilities.

In order to access any type of assistance, the DAC (Diminished Care Center) must be recognized for disability in Catalonia.

All the information provided in this work allows us to provide a contextual framework that justifies the importance of a psychological and specific care to each patient that goes

Facultad de Óptica y Optometría de Terrassa



beyond the optometric and ophthalmological scope. It is necessary to enrich the traditional services of visual disability with new perspectives and intervention resources that integrate the plurality of variables, the possible negative emotional repercussions and a rehabilitation to relearn how to carry out the different daily activities in a new way without compromise the autonomy and welfare of those affected.

For this reason, the best model of assistance would consist of a multidisciplinary program that offers both medical treatment, rehabilitation, psychological information and counseling that encourages the participation and social integration of these people. I also recommend to the Low Vision Unit of the University Vision Center, to incorporate a guidance and support service.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	3
1. IMPLICACIONES DEL DÉFICIT VISUAL EN LAS PERSONAS.....	5
1.1. Limitaciones en las actividades.....	6
1.2. Restricciones en la participación.....	8
2. AJUSTE AL DÉFICIT VISUAL Y A LAS VARIABLES PSICOSOCIALES QUE LO MODULAN.....	10
2.1. Proceso de ajuste.....	10
2.2. Modelo descriptivo del proceso de ajuste al déficit visual.....	11
2.2.1. Modelo de Ellis (1962) y Lazarus (1993).....	11
2.3. Variables psicosociales.....	13
2.3.1. Variables del modelo de Ellis y Lazarus.....	13
2.3.2. Esquemas y variables de otros autores.....	16
3. EVALUACIÓN DEL AJUSTE.....	19
3.1. Peculiaridades de la evaluación psicológica según la edad.....	19
3.1.1. Infancia.....	19
3.1.2. Adolescencia.....	21
3.1.3. Edad adulta.....	21
3.1.4. Vejez.....	22
3.2. Herramientas de evaluación al ajuste.....	23
3.2.1. Entrevistas.....	25
3.2.2. Tests psicológicos.....	25

4. AYUDAS QUE ESTÁN AL ALCANCE DE LOS USUARIOS.....	32
4.1. Conceptos previos.....	35
4.2. Ayudas para personas con discapacidad.....	35
4.2.1. Ayudas del Estado.....	35
4.2.2. Ayudas de la <i>Generalitat de Catalunya</i>	36
4.2.3. La ONCE.....	38
4.2.3.1. Servicios sociales de la ONCE.....	38
4.2.4. Ayudas municipales.....	43
5. PAUTAS PARA LA CREACIÓN DE UN SERVICIO DE ORIENTACIÓN Y APOYO	
5.1. Evaluación visual médica y prevención.....	45
5.2. Posibles intervenciones psicológicas.....	46
5.3. Apoyar, implicar e informar.....	47
6. CONCLUSIONES.....	48
REFERENCIAS.....	50
ANEXOS	

AGRADECIMIENTOS

No hay mejor manera de iniciar la exposición de este trabajo que mostrarme agradecida a todas las personas que, ya sea directa o indirectamente, han estado involucradas en su desarrollo a lo largo de estos últimos meses.

En primer lugar, deseo profesar mi entera gratitud a las dos directoras de este proyecto de final de grado. Sin sus pautas, sus consejos, sus recomendaciones y su ayuda constante estas páginas estarían en blanco y no tendrían ningún valor. Gracias por todas vuestras aportaciones y el seguimiento que me habéis brindado en cada tutoría así como toda la comprensión que me habéis demostrado cuando estaba perdida y no tenía muy claro como continuar ni conectar toda la información. Sois tan autoras como yo de este trabajo.

Tampoco puedo pasar por alto mi paso por el Centro Universitario de la Visión donde he realizado las prácticas y al que va dedicado este trabajo. Allí he aprendido tantas cosas, me he sentido una más y ha sido la guinda final de estos cuatro años de estudio. De entre todas las personas con las que he compartido esta etapa, quiero hacer una mención especial a las secretarías del centro por su amabilidad inestimable y simpatía.

También quiero agradecerle a mi madre todo su apoyo, tanto económico como emocional, a lo largo, no solo de la elaboración de este trabajo, sino de toda la carrera. A las puertas de terminarla, quiero reconocerte que, sin ti, nada de esto sería posible.

Mi hermana, que a pesar de vivir lejos y siempre ocupada, ha sabido sacar tiempo para mí y me ha acompañado en la recta final de este proyecto. Porque no me has escuchado ni me has hecho ningún caso y gracias a ello he logrado cumplir con todos los objetivos que tenía marcados, porque yo sí te escucho y tengo en cuenta tus consejos. Gracias por esas noches sin dormir que hemos pasado juntas.

No podría haberlo logrado tampoco sin mi sobrino, que aunque solo tiene dos años y apenas habla, me ha regalado incontables momentos de risas que me han salvado en los momentos de mayor estrés, me ha distraído con sus lloros y sus ganas de jugar todo el tiempo.

Gracias al resto de mi familia y amigos. En conjunto, habéis logrado que este trabajo, con incontables altibajos, haya sido una gran experiencia.

MUCHAS GRACIAS

INTRODUCCIÓN

La visión es el sentido que mayor información proporciona a una persona sana. De hecho, cerca de la mitad de nuestro cerebro se dedica al procesamiento visual. A través de nuestros ojos somos capaces de recrear el mundo que nos rodea e interactuar con él. Percibimos los colores, las formas, diferenciamos los tamaños y texturas y captamos el movimiento, por poner algunos ejemplos básicos entre una extensa lista. Y es que el sentido de la vista es, tanto para los seres humanos como para los animales, el principal órgano sensorial de respuesta ante estímulos externos. Un medio para la interacción.

En España más de novecientas mil personas presentan algún tipo de discapacidad visual de entre las cuales el 6% son ciegas. El 94% restante sufren problemas de baja visión, es decir, padecen algún tipo de contrariedad que compromete su agudeza o campo visual, reduciendo así el sentido de la vista [1].

Al hablar de personas ciegas, se hace referencia al grupo de personas que, a pesar del uso de correcciones ópticas, cuentan con unos restos visuales de agudeza visual iguales o inferiores a 1/10 en la escala de Wecker o que su campo visual se ha reducido a diez grados (o menos) en el ojo que mejor vista presenta. Mayoritariamente, se establece la ceguera legal cuando la visión se ha reducido en un 90%, por lo que la aplicación del término ceguera no implica que ésta deba ser total. Por otro lado, la baja visión alude a aquellos individuos cuya agudeza visual está por debajo del valor 3/10 en la escala de Wecker o posee un campo visual inferior a 20 grados.

Establecidos estos primeros conceptos se puede proceder a resaltar la fuerte presencia de la ceguera y la discapacidad visual en los países en vías de desarrollo debido, muy posiblemente, a la falta de medicamentos y de recursos que se necesitarían para trabajar en los ámbitos de prevención y tratamiento. En cuanto a los países desarrollados, el envejecimiento progresivo de la población ha supuesto un incremento exponencial respecto a los problemas de déficit visual. Una mayor esperanza de vida, así como los avances tecnológicos y médicos, conlleva unilateralmente el incremento en la prevalencia de enfermedades crónicas y otros procesos de deterioro de las facultades por lo que la tercera edad es el grupo social más afectado por problemas ópticos. Ejemplo de ello podrían ser las enfermedades metabólicas como la diabetes que, entre sus muchas complicaciones, a largo plazo puede llegar a cursar con patologías oculares.

Las principales patologías que producen discapacidad visual en España son el glaucoma (31%), la retinopatía diabética (25%), la degeneración macular asociada a la edad (23%), la retinosis pigmentaria (25%), la miopía magna (16%) y la retinosis pigmentaria (6%), según datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD) [1]. Dichas patologías, al cursar con algún tipo de déficit visual, también provocan un gran impacto emocional y una grave falta de confianza en la información

que se recibe a partir del sentido de la vista. Esto se debe a que un sujeto sano recibe las percepciones sobre las actividades rutinarias y diarias a través del órgano de la vista. Cuando éste sufre algún daño, las personas que padecen la alteración óptica notarán que su vida queda afectada en todos los aspectos. Leer, conducir y otras acciones cotidianas como ver la televisión, usar el teléfono, asearse, limpiar o cocinar (con el riesgo añadido de sufrir algún tipo de accidente), así como salir a la calle, relacionarse y mantener una conversación se verán entorpecidas o imposibilitadas llegando al punto en el que el afectado pierda un gran nivel de autonomía y se encuentre en una situación de dependencia.

Ante esta realidad, el individuo deberá aprender a reajustar sus habilidades y estrategias para llevar a cabo todo este gran listado de actividades habituales o, incluso, desarrollar nuevas para poder adaptarse a la nueva situación en la que se encuentra. En este proceso será básico aprender a confiar y agudizar el resto de los sentidos ya que serán estos los que les proporcionarán la información necesaria para realizar las tareas rutinarias que los ojos ya no pueden.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como *“un estado de completo bienestar físico, mental y también social, no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”* [2]. Es decir, cualquier abordaje en el ámbito de la sanidad no será completo si no tenemos en cuenta todas las partes. Y eso es lo que pretende hacer el *“Centre Universitari de la Visió”* (CUV) en la unidad externa de Baja Visión.

Por este motivo, el objetivo que persigue este trabajo es establecer un marco contextual para la puesta en marcha de un servicio de apoyo y orientación dirigido a los pacientes de dicha unidad del CUV.

Los objetivos específicos serán:

- a) Determinar a partir de la búsqueda bibliográfica en la literatura científica sobre cómo ocurre el proceso de ajuste al déficit visual y la influencia de las variables psicosociales que modulan este proceso.
- b) Proponer un protocolo de evaluación de la calidad de vida relacionada con el déficit visual.
- c) Elaborar un documento-guía para poder orientar a los pacientes sobre los recursos informativos, económicos y de apoyo profesional y social existentes.

1. IMPLICACIONES GENERALES DEL DÉFICIT VISUAL EN LAS PERSONAS

Parece necesario hacer un repaso a toda la extensión de actividades que se ven alteradas a causa de un déficit visual sobrevenido para entender la cantidad de cambios y replanteamientos que el individuo afectado deberá hacer para llevar una vida lo más parecida posible a cómo era antes de aparecer los problemas ópticos. Sin lugar a dudas, el grado de disminución visual juega un gran papel en este apartado ya que la afectación puede llegar a ser incapacitante en algunos aspectos e imposibilitar taxativamente otros.

No hay duda del gran número de repercusiones que surgen a raíz de la disminución de la visión y que éstas son, además, de calibre significativo debido a que afectan en un amplio espectro de planos, desde el funcional al psicológico y social, tal y como se muestra en la Figura 1.

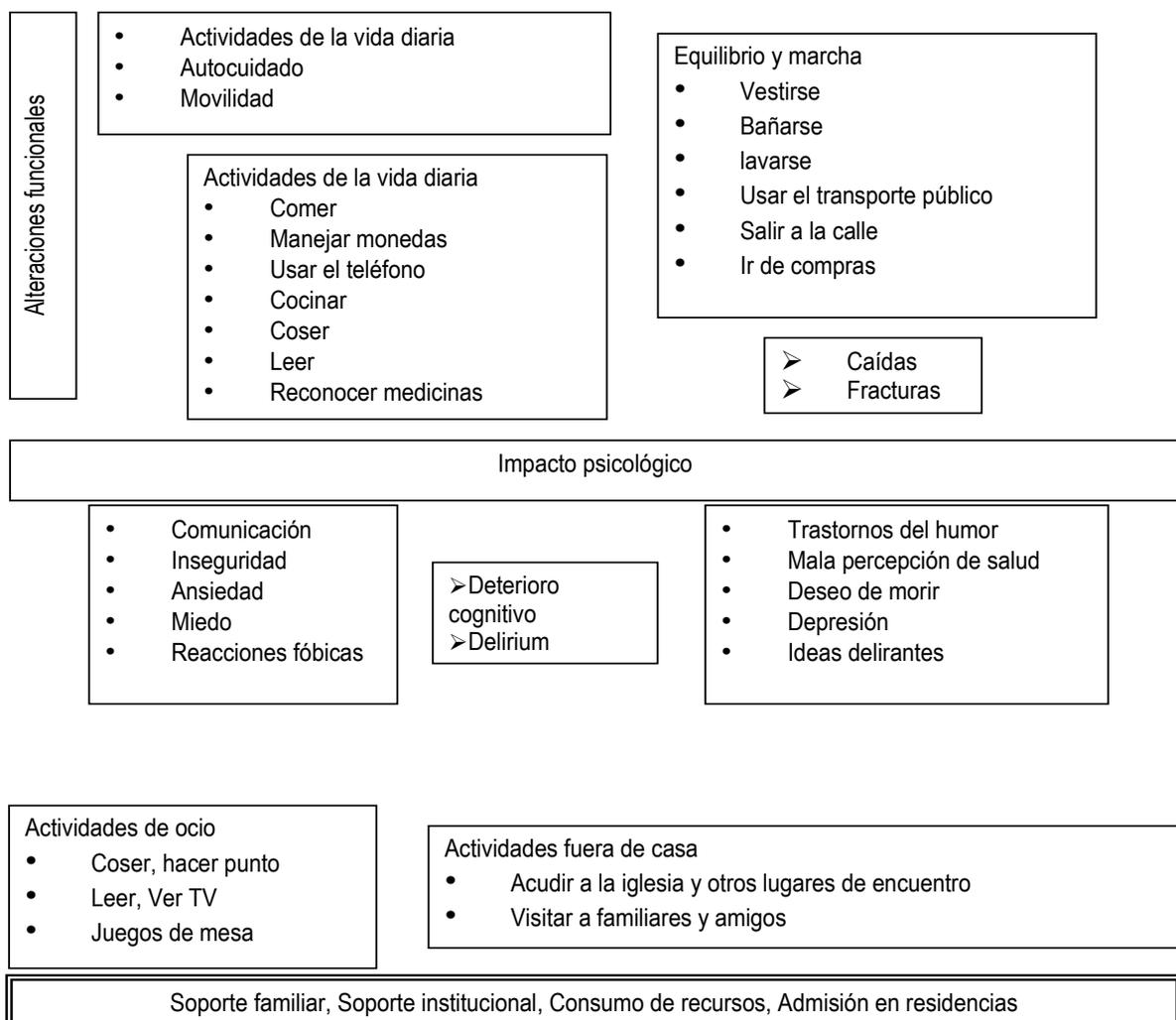


Figura 1:
Esquema representativo de las esferas afectadas por la pérdida de visión y del impacto emocional que desencadenan.

Todos estos cambios suponen una gran reacción de estrés y es que, en un plano eminentemente psicológico, la seguridad emocional se ve muy comprometida por el déficit visual. Los trastornos de humor son también típicos, con una marcada tendencia hacia el pesimismo. El efecto que se genera suele ser una mala percepción del estado de salud propio y que se ve potenciado en el caso de las personas mayores. Se agravan los sentimientos de incapacidad y/o pasividad y se puede terminar por desarrollar un cuadro realmente depresivo [4]. Además, está científicamente probado que, en circunstancias adversas, aumenta el riesgo de delirium en la tercera edad [5].

Para englobar todo este conjunto de actividades afectadas, la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), aprobada por la Organización Mundial de la Salud en 2001 y todavía hoy vigente al ser uno de los títulos de mayor referencia en este ámbito. Se vale de la terminología *limitaciones y restricciones* [6] para exponer todos estos cambios y establecer aquellas áreas en las que una discapacidad –en este caso, visual- requiere de una respuesta adaptativa y de aprendizaje (con o sin la ayuda de un profesional) de habilidades o técnicas compensatorias para poder seguir realizándolas.

1.1. LIMITACIONES EN ACTIVIDADES

Una limitación en la actividad significa no poder realizar de manera normal una acción o una tarea. Esto influye directamente en la calidad de vida de las personas y, en los casos de déficit visual, puede generar al sujeto que lo padece efectos emocionales negativos e incluso conducirlo a situaciones de dependencia al verse reducida su autonomía [6].

- *Actividades de aprendizaje.*

Tanto lo que se refiere al aprendizaje formal como el que se realiza a través de la experiencia. Si bien, según la OMS, las áreas que podrían quedar afectadas se refieren a aprendizajes más propios de la primera parte de la vida, cada vez es más frecuente que las personas mayores, habitualmente fuera ya de la etapa laboral, dediquen su tiempo a aprendizajes diversos. Se daría una restricción en el rango y la variedad de conceptos percibidos ya que la persona tendría exclusivamente percepciones auditivas y táctiles, experiencias cinestésicas o percepciones visuales restringidas en su calidad y precisión. Las percepciones táctiles que implican el contacto directo con el objeto no son siempre posibles como, por ejemplo, percibir el color o el brillo de éste y deberán basarse en asociaciones sensoriales, verbales o emocionales.

En conjunto, si el déficit visual no es congénito, el resultado más común es el desistimiento o una forzada pérdida de interés.

- *Actividades relacionadas con la comunicación.*

La comunicación es la base de las relaciones sociales y para las personas con déficit visual queda afectada debido a la carencia de comunicación no verbal. Esto 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, además de captar medidas y cantidades que suelen recrearse a partir de gestos y señas. Según los expertos en oftalmología geriátrica Pilar Serrano Garijo y José Manuel Ramírez Sebastián, la gesticulación, señas y expresiones faciales son una parte de gran importancia dentro de una conversación y, por ello, “*genera inseguridad, temor y cierto grado de ansiedad*” a las personas con déficit en el sentido de la vista y “*en no pocas ocasiones terminan ocasionando patología y verdaderas reacciones fóbicas*” [3].

También se experimenta una importante reducción en el acceso a la información escrita, a la producción audiovisual (televisión y cine) y a dibujos y fotografías. El uso de teléfonos, tanto fijos como móviles –pero sobre todo estos últimos, cuyo uso está cada vez más estandarizado en todos los rangos de edad- dificulta también el contacto a distancia con familiares y amigos.

A causa de todo este cúmulo de problemáticas comunicativas y la limitación en las habilidades sociales, una parte relevante del tiempo de ocio queda afectada por esta limitación, con la consecuente pérdida de gratificantes y la sensación de incomodidad en encuentros grupales.

- *Actividades relacionadas con el movimiento.*

El permanecer de pie sin perder el equilibrio puede verse afectado si no se ha producido un acomodamiento a la nueva situación. 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 y pago de billetes, la identificación del vehículo asignado, el acceso al mismo, la ubicación en el interior y la identificación de la parada de destino.

Tampoco resulta fácil la movilidad desde un sentido de la orientación. Si bien la pérdida de visión no debería afectar a la capacidad de moverse en un entorno seguro y conocido, como el propio domicilio, no es infrecuente que personas con pérdida total de la visión vean alterado su deambular incluso en este ámbito provocando desorientación general, temor o exceso de protección. Puede resultar más factible desplazarse en espacios o entornos reducidos, conocidos y en los que la distribución de objetos no varíe. También en recorridos sencillos y cortos.

No obstante, cabe a mencionar que es necesario un proceso de adaptación y que, salir a la calle, seguramente requiera de un acompañamiento por parte de terceros o de aprender a usar tiflotecnología y guiarse por otros sentidos (oído y tacto). En cualquier caso, la disminución de visión parece afectar sobre todo a las actividades que conllevan

salir a la calle o que simplemente requieren de un desplazamiento [3]. Visitar o quedar con amigos y familiares se vuelve un auténtico reto.

- *Actividades relacionadas con llevar, mover y manipular objetos.*

A causa del déficit visual, la coordinación óculo-manual resulta afectada de manera explícita. Si bien la capacidad de coger un objeto no se tendría que ver alterada en cuanto a la función del brazo y de la mano, su coordinación requiere de una función visual que, aunque puede ser sustituida por la auditiva, nunca lo hará con la misma precisión y rapidez, y requerirá de un sonido auxiliar del objeto.

- *Actividades domésticas y del cuidado personal.*

El cuidado de partes específicas del cuerpo (cortado de uñas, afeitado o maquillaje), las actividades relacionadas con el vestirse, así como las relacionadas con el comer o la toma de medicación recetada correcta, entre otras se ven afectadas. Algunas de ellas podrían ser perjudiciales para la propia integridad física como cocinar, a causa de la dificultad para reconocer los alimentos o padecer cortes o quemaduras. En general todas las actividades básicas pueden verse alteradas por el déficit visual, algunas de ellas en la velocidad de su ejecución, otras en su acabado o en la manera en que se realizan. Los propios recursos de la persona, simples dispositivos de ayuda o pequeñas adaptaciones, y el aprendizaje de técnicas y métodos pueden ayudar a paliarlos.

- *Ejecución de actividades y tareas principales o de importancia.*

La organización y la realización de las tareas en general, en especial su ritmo, su velocidad o la seguridad en su ejecución disminuye. Aquí se incluiría el correspondiente manejo del estrés y otras demandas psicológicas que estas actividades implican (normalmente responsabilidad).

- *Actividades relacionadas con la recreación y el tiempo libre.*

En el juego, el deporte, el arte, el turismo..., ven limitado su campo de acción a causa de la deficiencia visual sin importar la edad en la que se sobrevenga el déficit.

1.2. RESTRICCIONES EN LA PARTICIPACIÓN

La CIF define las restricciones en la participación como “*aquellas dificultades para implicarse en situaciones vitales en comparación con la participación esperable en una persona sin discapacidad en una cultura o sociedad determinada*” [6].

Como consecuencia de las limitaciones citadas, muchas áreas de la vida de las personas con déficit visual se ven modificadas. La consecuencia es que éstas dejen de participar en las actividades que requieran de un esfuerzo adaptativo, ya sea en áreas

relacionadas con la movilidad, el intercambio de información, las relaciones sociales, la vida en el hogar, o también la educación y la vida comunitaria.

Sobre el conjunto formado por el déficit y las limitaciones y restricciones que puede provocar, también es necesario definir un contexto circunstancial configurado de una forma que permita entender que no hay una concepción genérica de cómo las personas realizan su proceso adaptativo al déficit, un proceso por el que todos han de pasar, sino un marco comprensivo en el que incluir el carácter individual.

2. AJUSTE AL DÉFICIT VISUAL Y A LAS VARIABLES PSICOSOCIALES QUE LO MODULAN

La discapacidad visual afecta, en mayor o menor medida, al transcurrir habitual de la vida de las personas que lo sufren. 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, realizar un oficio o una profesión, conducir o manejar tecnología), queda dificultado o imposibilitado. Para poder seguir desarrollándolos, deben reaprenderse o modificarse sustancialmente las estrategias y la forma de hacer las cosas a la que estaba acostumbrado. Para ello, no solamente se tendrán que incorporar estrategias instrumentales, sino también aquellas que permitan el afrontamiento emocional y el reconocimiento de la nueva situación.

Como vemos, y tras la ejemplificación de las muchas actividades y acciones que se ven alteradas a causa de una pérdida de visión, puede comprenderse todos los cambios adaptativos por los que debe pasar el sujeto y las respectivas consecuencias emocionales. Sin embargo, casi nada de lo que se ha escrito sobre la ceguera y el déficit visual habla de cómo se sienten las personas que lo sufren o cómo se adaptan a su situación [7]. Algunos autores describen el proceso a partir de fases, de un modo similar al duelo por un ser querido [7-Tuttle, 1984], otros reivindican una aproximación científica para definir el resultado exitoso de acomodación [7- Ehmer y Needham, 1979].

Finalmente, y más novedosamente, hay especialistas que acuñan y usan el concepto de ajuste a la deficiencia visual y proponen modelos adaptativos y conductuales teniendo en cuenta y verificando las variables personales de cada individuo afectado para entender el proceso que sigue desde una vertiente eminentemente psicológica [7-Dodds, 1994; Checa, 2003; Palleró, 2008].

2.1. PROCESO DE AJUSTE

La pérdida de visión, ya sea total o parcial, adquirida o congénita, no puede –y no debe– ser entendida solamente como una patología física ni tampoco ser tratada únicamente como tal. El déficit visual es, de hecho, una experiencia particularmente traumática [3] por lo que es importante asumir la gran carga psicológica que supone para el paciente y todos los cambios que afectan de manera generalizada a todos los ámbitos de la cotidianidad. Este proceso es el de *ajuste*.

El psicólogo Checa Benito, especialista en la Delegación Territorial de la ONCE en Murcia, define el término *ajuste* como “*la finalización exitosa de dicho proceso de adaptación a la nueva situación que vive el paciente que es la pérdida de visión*” [8]. Sin embargo, el *proceso de ajuste* es un concepto difícil de delimitar ya que mayoritariamente hace referencia a la etapa inmediatamente posterior de la pérdida

visual, momento de máxima intensidad de cambios en todos los órdenes de la vida del afectado, y que va a forzarle a habituarse a ellos en orden de recuperar el equilibrio personal perdido. Pero también está el hecho de que el proceso puede llegar a ser continuo a lo largo de la vida del afectado si se toman en consideración los futuros retos que puedan ir surgiendo en el transcurso del día a día de la persona perjudicada. Desafíos a los que deberá enfrentarse de una forma distinta a si tuviera el sentido de la vista en las facultades óptimas y que, por lo tanto, van a poner en juego estrategias de adaptativas específicas si no se quiere ver la estabilidad emocional comprometida. Con todo, en este trabajo nos centraremos en considerar el *ajuste* en el sentido de la inmediatez.

Así pues, entendemos el fuerte componente psicológico que va asociado al proceso de ajuste, en el que también están implícitos la actitud de aceptación ante la nueva situación, el alcance de la autoestima, el reconocimiento de que la deficiencia visual tiene una permanencia futura, es decir, que no va a desaparecer, y el comportamiento adaptativo intrínseco tanto a nivel emocional (sentimientos, ideas y pensamientos), social (trabajo, relaciones interpersonales) y funcional (ocio y actividades de autonomía personal). Por ello, el resultado final del proceso coincide con la homeostasis y el equilibrio, volver al estado psicológico anterior al defecto visual [8- McColl y Skinner, 1992].

En este contexto, la intervención psicológica es fundamental para facilitar este proceso de ajuste. Su inicio se encuentra en la evaluación psicológica, cuyos resultados permitirán conocer el estado anímico del individuo en relación al proceso de ajuste y las diferentes variables personales, familiares y sociales que puedan afectarle. También será un punto de partida para poder orientar el tratamiento posterior así como constatar los cambios y mejoras que se vayan produciendo.

Pero, para poder evaluar el proceso de ajuste, primeramente debe entenderse por lo que pasa una persona que padece una deficiencia visual grave ya que la ceguera y enfermedades que provocan la pérdida aguda de visión (p. e. DMAE) son trastornos adaptativos así como estresores crónicos [8- Turner y McLean, 1989].

2.2. MODELO DESCRIPTIVO DEL PROCESO DE AJUSTE AL DÉFICIT VISUAL

Existen algunos modelos que sirven a los profesionales para entender el proceso de ajuste al déficit visual pero son pocos los expertos que lo han estudiado desde un punto de vista psicológico y experimental [7], siendo la aproximación teórica la más común. Aquellos de los que sí disponemos a día de hoy han sido elaborados a partir de la perspectiva propia de cada autor, según la consideración del mismo. Otros son la reformulación de modelos ya existentes.

Este es el caso del modelo Ellis (1962) y Lazarus (1993). Antes de proceder a explicarlo cabe hacer una distinción entre ambos autores puesto que el primero en ser mencionado

fue el pionero del modelo y Lazarus acabó de complementarlo. La versión definitiva resulta uno de los modelos más ilustrativos para hablar del proceso de ajuste y describir cómo lo vive una persona.

2.2.1. EL MODELO DE ELLIS (1962) Y LAZARUS (1993)

El modelo de Ellis (1962) y Lazarus (1993) pretende explicar de una manera descriptiva (Figura 2) cómo ocurre el proceso de ajuste. La persona se encuentra en una situación de ansiedad y angustia (A) muy intensa por las importantes repercusiones sobre la forma de vida de la persona. Ante esta fase de desajuste, la persona va a verse invadida por una sentimientos (C) caracterizados por la depresión o la ansiedad. Ahora bien, los sentimientos resultantes no son consecuencia directa de la situación (A), sino que fundamentalmente dependen de la interpretación que la persona hace de esa situación, es decir, de lo que piensa (B) acerca de ella.

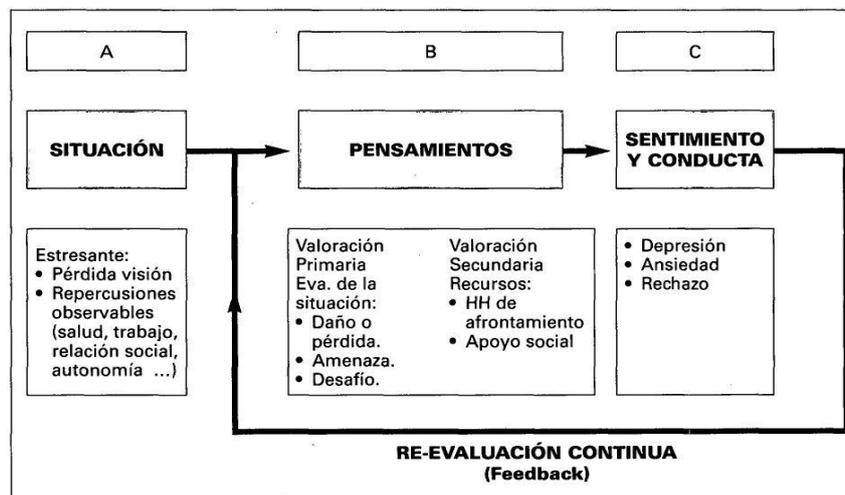


Figura 2:
Representación gráfica del modelo de Ellis (1962) y Lazarus (1993)
sobre la respuesta habitual a la situación de pérdida de visión.

Imagen extraída de Checa, 2003 [8]

Observamos que el proceso descrito no es unidireccional (A → B → C) sino que la persona hace una reevaluación continua (feedback) de todo el procedimiento, de manera que los sentimientos van cambiando, en sintonía con los pensamientos acerca de la situación [8]. La introducción de este feedback es bastante novedosa y, aunque correcta para explicar la constante evaluación subjetiva que hace el paciente de su situación durante el proceso de ajuste, no se evidencia en otros modelos.

A su vez, existen notables variables que deben ser mencionadas para que se entienda el complejo proceso que en realidad es la adaptación definitiva de una persona a su discapacidad visual y que deben ser tenidas en cuenta en la evaluación psicológica del paciente para ofrecerle una mejor asistencia.

2.3. VARIABLES PSICOSOCIALES

Lograr identificar la repercusión subjetiva que tienen las diferentes variables en cada caso individual aporta un conocimiento fundamental que, según Checa [8], permite:

- Explicar por qué una misma enfermedad, en el mismo estado y con pronósticos idénticos puede llevar a comportamientos totalmente opuestos.
- Conocer todas las variables permite examinar cuál de ellas está influyendo negativamente y/o impidiendo que la persona se ajuste a su déficit. De esta forma, el abordaje psicoterapéutico será claro, práctico y específico para el usuario.
- Crear herramientas útiles para evaluar el ajuste, como los test psicológicos.

Pero, a pesar de la importancia que tiene conocer las variables psicosociales, los expertos en esta materia no muestran consenso en cuáles son puesto que las variables psicosociales son, si cabe, más difíciles de concretar que el ajuste en sí. Son especificidades que dependen de las características propias de cada individuo y que influyen en su proceso de ajuste. A raíz de su naturaleza, las variables que intervienen en cada caso no tienen que darse de manera homogénea en todos, algo que compromete el estudio y la evaluación del proceso de ajuste por la dificultad implícita de determinarlas y enumerar todas las que puedan existir.

Respecto a este obstáculo añadido, Checa Benito confirma que *“no existe un total acuerdo sobre cuáles deben ser estas variables (...)”. El estado actual de las investigaciones no permite afirmar taxativamente qué es y qué no es, ni en qué medida [8]*. El mismo autor describe una conformidad generalizada en la relevancia de la autoestima, la autoeficiencia (afrentamiento activo), aceptación de la deficiencia visual y el llamado Locus de control [8- Needham y Ehmer, 1980; Tuttle, 1984; Dodds, 1993; Keff, 1999; Pallero, 2007]. Sin embargo hay más y pueden revelarse en su mayoría partiendo del modelo de Ellis (1962) y Lazarus (1993).

Por ello, en el siguiente apartado se hará hincapié en este modelo y en otras variables descritas por autores españoles con la finalidad de profundizar más en este tema.

2.3.1. VARIABLES DEL MODELO ELLIS Y LAZARUS

Las variables que sopesan los autores de este modelo de estudio del proceso de ajuste al déficit visual se corresponden con las siguientes:

a. PÉRDIDA DE VISIÓN

No tiene el mismo impacto nacer ciego que quedarse ciego, ni quedarse sin visión de un día para otro que progresivamente, ni tener restos visuales a no tenerlos. Para los

casos de ceguera de nacimiento, el proceso de ajuste vendrá referido fundamentalmente a los padres y familiares, y serán quienes realmente pasarán por el proceso de ajuste. En cuanto a la ceguera adquirida, la persona sí tendrá que pasar por todo el proceso adaptativo.

En este punto es oportuno saber la respuesta a estas preguntas:

- ¿Cuál fue la causa de la pérdida de visión y cuándo se produjo?
- ¿Cuáles son sus restos visuales?
- ¿Cuál es su evolución y pronóstico?

Conocer estos factores permite tener un esquema general sobre la situación de la persona. Además gracias a esta información se logra intuir si las limitaciones que el paciente refiere son reales o se les está dando una dimensión mayor de la que tienen.

b. REPERCUSIONES OBSERVABLES

Las repercusiones que conlleva tener un déficit visual agravarán la situación de estrés y ansiedad. Por ese motivo debemos de saber cómo ha afectado la disminución del sentido de la vista en la autonomía e independencia personal, el trabajo, los estudios, su estabilidad económica, el tiempo de ocio y, también, en las relaciones sociales y familiares.

Expertos en el estudio del déficit visual ligado a personas de edad avanzada han demostrado que la lectura y el ejercicio de las actividades sociales son importantes para mantener el funcionamiento cognitivo [5].

c. VALORACIÓN PRIMARIA DE LA SITUACIÓN O SIGNIFICADO DE LA ENFERMEDAD

La valoración primaria podría definirse como los sentimientos que surgen de la evaluación del afectado ante la pérdida de visión y los restos que conlleva. Es decir, qué significa la enfermedad para el paciente.

Esta significación subjetiva influye de manera considerable en las estrategias de afrontamiento que el afectado adopta, ya que provocará unas determinadas actitudes de actuación o de pasividad. Dicho significado está modulado por su propia experiencia física y/o emocional, además de factores sociales y ambientales como la cultura, la accesibilidad a la información a través de amigos, familia, medios de comunicación la organización del sistema sanitario, etc.

La enfermedad se puede entender como reto [9], como una circunstancia más en la vida que implica una serie de deberes como pueda ser un cambio de hábitos, una psicoterapia o aprender a usar diferentes herramientas de ayuda como un telescopio o una lupa de aumento. Quien afronta la enfermedad de este modo suele adoptar

estrategias de afrontamiento activas, busca ayuda profesional, tiene actitud cooperativa con el profesional, busca alternativas de recompensa que complementen la pérdida que significa la enfermedad, etc.

La deficiencia visual también puede ser interpretada como una amenaza [9] para la integridad personal o como un enemigo. En este caso, es frecuente la respuesta emocional de rabia, ansiedad, miedo o mal humor, y el enfermo adopta actitudes de fuga, negación o de pasividad tirando la toalla por indefensión.

La discapacidad visual se puede entender también como un refugio o como una ganancia secundaria [9]: puede ocurrir que el paciente deje de lado los problemas de su entorno laboral o personal para dedicarse completamente a él mismo, o puede utilizar su situación de enfermedad para disfrutar de una baja laboral, para conseguir una mayor atención por parte de terceras personas, para obtener algunos privilegios, etc.

d. VALORACIÓN SECUNDARIA O VALORACIÓN DE LOS RECURSOS RESPECTO AL DÉFICIT

En un primer momento, la persona valora las consecuencias personales de la pérdida de visión («valoración primaria»). En ese proceso, sin una línea divisoria que lo delimite, se produce también una valoración de la situación considerando ahora los recursos con los que la persona cree que cuenta para afrontar esa situación («valoración secundaria») [8]. Pueden establecerse dos tipos de recursos: los personales y los sociales.

- Recursos personales

Los individuos contamos con una “caja de herramientas” [5] con un gran abanico de estrategias útiles (tanto cognitivas como conductuales) que permite a las personas sacar el mejor partido a las situaciones desfavorables en relación a la autonomía y el bienestar. Sin embargo, los eventos patológicos particularmente traumáticos desafían estas estrategias y es necesario darles todo el provecho posible para eliminar o minimizar las consecuencias negativas. Es en este punto donde las cualidades propias de la personalidad de cada individuo, como el optimismo y tener la motivación suficiente para superarse día tras día, serán necesarias para lograr el ajuste.

-Recursos sociales

El afecto, la seguridad o la aprobación que nos proporcionan otras personas, influyen en nuestros patrones de conducta. El impacto del estrés cuando hay apoyo social parece ser menor que si éste no existe.

El apoyo social se puede proporcionar a nivel emocional (respeto, estimación, seguridad), informativo (información sobre el proceso esperado, consejos), o material (subsidiarios para hacer frente a una incapacidad laboral, a tratamientos muy costosos...).

No obstante, la sobreprotección de la familia y amigos puede ser contraproducente. Por eso se ha de proporcionar información y recursos a los cuidadores con el fin de que sepan afrontar estas situaciones y que sepan mantener el equilibrio entre independencia y seguridad. Una disminución del apoyo social en una deficiencia visual va muy ligada con la depresión.

En este sentido, también es importante la relación entre profesional médico y el paciente. Conseguir una participación activa del paciente brinda la oportunidad de que la información sobre la situación y la percepción de control actúen de manera beneficiosa en el proceso de aceptación al déficit visual y de bienestar emocional. La mayoría de la investigación en este campo avala el hecho que una buena relación profesional-paciente (lo que se denomina "rapport") deriva en efectos positivos en la cooperación del paciente y en su motivación, e influye mucho en el afrontamiento de su enfermedad [9].

e. SENTIMIENTOS PSICOPATOLÓGICOS

La presencia de sintomatología psicopatológica (como el estrés, la ansiedad y la depresión) es indicativo de que la persona no se ha ajustado correctamente a su deficiencia visual. Además los períodos de crisis o depresión en personas mayores aumentan las posibilidades de que la capacidad cognitiva reduzca.

La evaluación dichos sentimientos nos podrá proporcionar información acerca del ajuste y la eficacia de la terapia psicossocial, ya que cuanto mayor es el ajuste la carga de los sentimientos psicopatológicos es menor [10].

2.3.2. ESQUEMAS Y VARIABLES DE OTROS AUTORES

Además de la aportación de Checa con su evaluación del modelo de Ellis (1962) y Lazarus (1993), el Doctor Rafael Pallero es otro psicólogo español que, dentro de este ámbito, ha escrito un gran volumen de artículos sobre la adaptación al déficit visual.

En su estudio "Ajuste psicossocial a la discapacidad en personas mayores" [7] hace una distinción entre dos tipos de variables propias del proceso de ajuste (Figura 2). Primeramente, identifica las antecedentes. Éstas no están vinculadas al estado anterior a la llegada de la discapacidad visual sino que son actitudes racionales que emanan del suceso con efecto inmediato. Una vez ha sobrevenido el deterioro visual, las dificultades a las que tendrá que hacer frente el paciente son los problemas relativos a la movilidad independiente y la orientación, seguido del cambio en la interacción social y, finalmente, el impacto emocional entendido como una actitud propia del sujeto.

Esta última variable que propone Pallero dentro del segmento de "variables antecedentes" tiene que ver con la aceptación de la enfermedad y el reconocimiento de su perdurabilidad así como la actitud adaptativa que tome, del cual emanan las

“variables consecuentes” propias del estado emocional subjetivo que desarrolle el paciente ante su nueva situación y el proceso de ajuste.

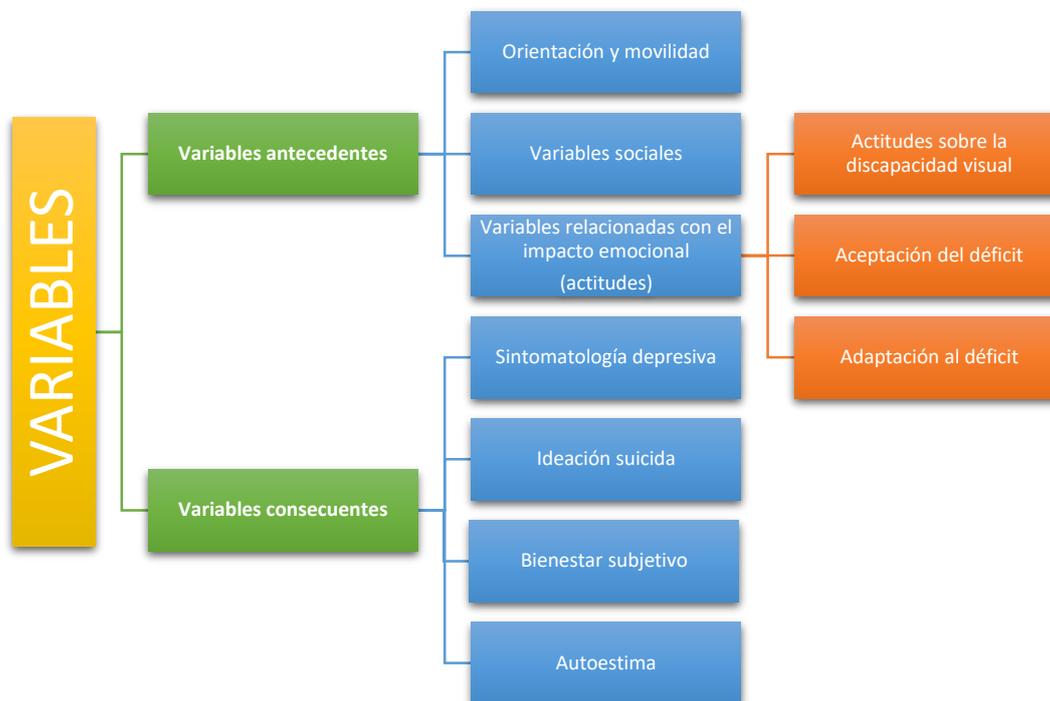


Figura 3:
Esquema de las variables que modulan el proceso de ajuste según el Doctor Rafael Pallero.

Imagen creada por Marina Iglesias a partir de la información expuesta en Pallero, 2008 [7]

A diferencia del modelo de Ellis y Lazarus (Figura 1), este autor hace especial hincapié en la presencia de sentimientos psicopatológicos (especificando la presencia o ausencia de sintomatología depresiva, ideación suicida, el grado de bienestar subjetivo y la valoración de la autoestima). También están presentes las variables “pérdida de visión” y “repercusiones observables” ya que Pallero considera que valorando únicamente la orientación y movilidad nos podemos hacer una idea del grado de visión y del nivel de afectación.

Por otra parte, la psicóloga Pura Díaz Veiga realizó un estudio en el año 2008 [4] en el cuál describió las variables que pueden afectar a las personas mayores y cómo conseguir un envejecimiento activo. El esquema que formuló para dicho trabajo se puede ver en la Figura 4.

Para la autora de “*Discapacidad y autonomía*”, la consecuencia directa del déficit visual es la limitación funcional. Ésta supondrá la puesta en práctica de distintas estrategias de enfrentamiento por parte del sujeto. También interferirá en la percepción de control de la situación que tenga el afectado, además de la influencia del apoyo social que éste

reciba, el cual se valorará muy positivamente. Junto con una rehabilitación, la experta asume que se puede lograr el bienestar emocional y la independencia, dando lugar a un envejecimiento activo, teniendo en cuenta que las patologías de gravedad ponen en riesgo, no solo la estabilidad emocional del paciente, sino también el deterioro cognitivo en el caso de las personas de la tercera edad [4].

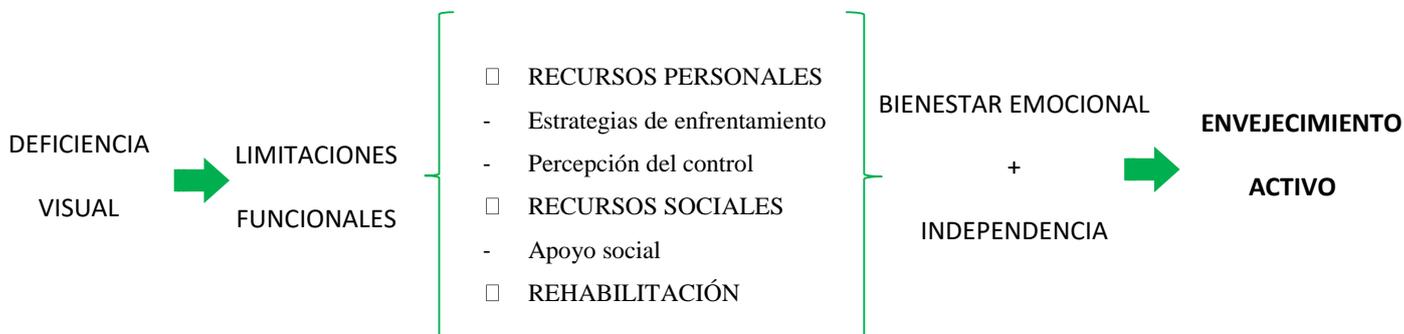


Figura 4:
Esquema que sigue la psicóloga Díaz Veiga para explicar el envejecimiento activo en la tercera edad ante una situación de ajuste al déficit visual.

Imagen extraída de Díaz Veiga, 2008 [4]

En cualquier caso, y a pesar de que la Dr. Díaz Veiga haga referencia a la vejez en su estudio, las variables que ella percibe que afectan al proceso de adaptación son aplicables a otras franjas de edad a nivel general tales como los recursos sociales, la percepción de control y las estrategias de afrontamiento ante una situación de estrés.

De esta manera la propuesta diferencia entre dos tipos de sujetos: las personas que creen que pueden controlar la enfermedad siguiendo hábitos saludables o siguiendo las prescripciones de los profesionales sanitarios y que, según la psicóloga, presentarán un mejor ajuste a la enfermedad y adherencia al tratamiento.

En contrapunto están las personas que creen que no pueden controlar el progreso. Este tipo de sujetos tenderán a adoptar un papel pasivo en comparación a aquellos con un afrontamiento activo que intentan pedir ayuda, informarse y buscan disminuir la respuesta emocional negativa adquiriendo técnicas de relajación.

La autora también menciona la rehabilitación llevada a cabo por un grupo de asistencia, destinada a potenciar los recursos personales y recuperar la autonomía personal. Aunque no es una variable en sí, está demostrado que contribuye a una mejora de cara a conseguir el ajuste.

3. EVALUACIÓN DEL AJUSTE

3.1. PECULIARIDADES DE LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA SEGÚN LA EDAD

Si bien la relación entre oftalmólogo y optometrista debe establecerse en un sentido de sinergia y reciprocidad en el traspaso de información para ofrecer la mejor asistencia médica e instrumental al paciente con el déficit. Esta cercanía multiprofesional también debe trasladarse hacia la vertiente psicológica necesaria para mejorar el proceso de ajuste y paliar cualquiera de las consecuencias negativas que se puedan producir a un nivel emocional como ya se ha ido referenciando a lo largo de estas páginas. Los pequeños detalles y un trato cercano, que no condescendiente, serán el preámbulo a poder ofrecer una terapia psicológica adecuada.

Sin embargo, aún no se ha procedido a una concreción de las afectaciones emocionales según las diferentes etapas de la vida en las que se encuentra la persona afectada. Más bien se ha procedido de un modo estandarizado sin concretar en este aspecto. Por ello, a continuación se comentarán algunas características propias de la evaluación psicológica distintivas según la edad.

3.1.1. INFANCIA

Cuando la deficiencia visual es congénita o adquirida en la infancia, la repercusión emocional más traumática la sufren los padres [8]. Ante esta realidad, la evaluación psicológica, debe contemplarles particularmente a ellos, más que al menor.

Evaluar las respuestas emocionales de los padres ante la deficiencia visual sobrevenida forma parte de este procedimiento para entender el conjunto y las repercusiones familiares ya que cada situación es diferente (por la heterogeneidad en la deficiencia visual y particularmente cuando hay otras deficiencias motoras, auditivas o psíquicas concurrentes, de repercusiones más complejas y limitantes) y cada padre tendrá una forma propia de sentirla [8]. También este seguimiento orientado hacia los padres permite valorar la conducta y actuación que estén desarrollando y las estrategias de afrontamiento que están utilizando. Con esta información puede ofrecerse una mejor ayuda e intervención psicológica adecuada a cada momento y a los diferentes problemas que puedan ir apareciendo con el desarrollo del menor.

Cabe destacar que los padres no siempre sienten una predisposición a la atención psicológica de su hijo. Asimismo, es más plausible que acepten una entrevista, pero no tanto el empleo de test o cuestionarios, por la concepción psicoanalítica que le achacan. Por otra parte, la evaluación de la respuesta emocional en los padres y su propio proceso de ajuste no siempre sigue una evolución positiva. De hecho, es frecuente la persistencia de sentimientos de culpa o negación. Estos sentimientos justificarán comportamientos inadecuados (p. e. desinformación, medicalización, sobreprotección o resentimiento) con consecuencias perjudiciales no sólo para ellos mismos sino también

para el menor y que pueden dar lugar a una formación inadecuada, ocultación de la deficiencia, problemas en las relaciones sociales, inadecuación, falsas expectativas, baja autoestima, frustración y ansiedad. Una detección y atención precoz será la mejor prevención de los mismos.

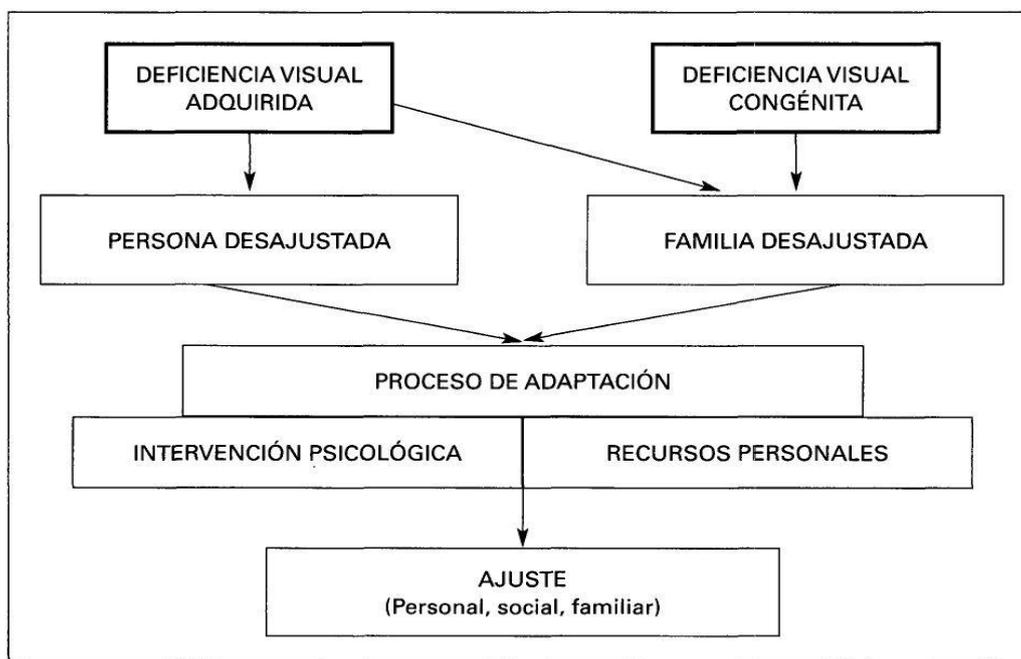


Figura 5:
Diferencias en el sujeto de ajuste según la deficiencia visual sea congénita o adquirida.

Imagen extraída de Checa, 2003 [8]

Al margen de otras consideraciones psicopedagógicas, desde este punto de vista emocional, las repercusiones en la primera infancia pueden afectar al desarrollo evolutivo del niño, particularmente a la comprensión que tenga de sí mismo, su entorno y la relación entre ambos [8]. Estos aspectos deberán evaluarse detenidamente prestando especial atención a las posibles señales de alarma que pueden presentarse, como la falta de realidad exterior.

Alrededor de los cuatro años de edad, un menor empieza a identificarse con su propia individualidad. En este caso, empezará a ser consciente de su diferencia respecto a otros niños. También acabará por reparar en el esfuerzo adicional en sus quehaceres cotidianos debido a su deficiencia visual.

La conducta social empieza a cobrar especial significado con la llegada de la primera escolarización. Esta incorporación a la escuela debe venir precedida de una evaluación del contexto escolar en la cual deben tenerse en cuenta las actitudes del profesorado, figuras que influirán al niño –y a sus compañeros– en el ámbito educativo con influencias, también, en el social y afectivo.

3.1.2. ADOLESCENCIA

La etapa de la adolescencia es en la que más se ve comprometido el equilibrio emocional de un sujeto que padece disminución del sentido de la vista. También es en el momento de la vida en el que más se marca el comportamiento interpersonal que se tendrá como persona adulta, por lo que el déficit visual tiene un impacto muy marcado.

Una de los tópicos que más desea evitar cualquier adolescente es sentirse diferente al resto. Con la aparición de una limitación visual ésta se le impone inequívocamente.

Las restricciones en las distintas actividades de sus iguales son situaciones que con frecuencia intenta esquivar. Las relaciones sociales de estos jóvenes se ven claramente dificultadas. También puede mostrar una conducta de rechazo a las ayudas ópticas, a las adaptaciones que deba realizar o incluso al reconocimiento de sus dificultades. Todo ello comporta un importante desajuste emocional.

La dificultad implícita en términos de aceptación enturbia el proceso de ajuste a la deficiencia debido a que el propio afectado no es capaz de determinarse a sí mismo o, incluso, no desea reconocerlo. Manifestará su impotencia ante una situación impuesta y que no puede cambiar, la rechazará y la negará pudiendo presentar comportamientos autodestructivos o encerrarse en sí mismo (síndrome de desconexión) sin llegar a exhibir sus sentimientos ni poder hablar de ellos. Por lo tanto, es plausible que el adolescente también se niegue a aceptar cualquier tipo de ayuda y, mucho menos, psicológica.

En este supuesto, y para romper este círculo vicioso, será fundamental utilizar estrategias de acercamiento. Los padres y el centro educativo, van a ser una fuente de información imprescindible. Éstos deben propiciar –obligar sería contraproducente en estos casos de negación rotunda– la evaluación dirigida a la orientación educativa y profesional, que resulta más aceptada a estas edades, además de la asistencia a terapias o actividades grupales con personas en su misma situación, un entorno donde podrá sentirse identificado sin el importante peso de la presión social que sienten los adolescentes.

3.1.3. EDAD ADULTA

La discapacidad visual afecta a un 15% de los adultos entre 45 y 64 años [11]. En este rango de edad, las personas tienen múltiples responsabilidades. Las metas principales a menudo incluyen mantener o progresar en su carrera mientras que también deben dedicarse a la familia y a la pareja. La disminución de la visión entorpecerá el cumplimiento de estos objetivos creando una situación de frustración y estrés.

Por tanto, es importante fomentar la integración laboral del individuo. Esta integración será real cuando el individuo recupere sus capacidades generales habituales, posiblemente se hará a partir de instrumentos ópticos y/o no ópticos [12].

3.1.4. VEJEZ

Si en la adolescencia se observan especiales dificultades en la adaptación social, en la vejez el énfasis parece estar en las dificultades de adaptación *funcional*, con el reconocimiento de unas limitaciones que van más allá de las visuales, ya que con frecuencia se suman otros problemas de salud y de soledad asociados a la edad que puede provocar la dependencia de terceras personas con otras ocupaciones, no siempre disponibles para acompañarlo [8].

Para los familiares, la falta de autonomía y los sentimientos depresivos del anciano, también suponen una situación de estrés que sumar a la que lleven en su propio sistema familiar. Las conductas de sobreprotección conviven con la irritabilidad por una situación no prevista que viene a complicar sus vidas y la incapacidad de poder otorgar, al ser querido afectado por el déficit, una ayuda que genere un equilibrio entre independencia y seguridad.

En este punto será clave fomentar la autonomía y contribuir en la mejora del estado de ánimo del anciano, algo de vital importancia ya que, ante circunstancias adversas, el rápido deterioro cognitivo o el riesgo de *delirium* en personas mayores es algo más que una posibilidad [3, 5].

En cuanto al uso de instrumentos, las nuevas tendencias en cuestionarios específicos para estas edades destinadas a este grupo de edad y este déficit están ofreciendo cuestionarios de muy fácil administración por su brevedad y por su facilidad de respuesta. Esto se ha visto propiciado ya que, la tercera edad es el segmento poblacional más achacado por los problemas de visión y también es, en consecuencia, el grupo social más estudiado por los expertos [3, 4, 7, 8].

No obstante, la vejez no sólo significa acumulación de deterioros y déficit. Envejecer constituye un complejo proceso en el que se van engarzando pérdidas y ganancias, también de recursos y nuevas posibilidades de aprendizaje con lo cual las personas mayores también pueden adaptarse perfectamente a cambios, déficit y sucesos negativos.

	Aspectos particulares a considerar	Dificultades características en la evaluación
Padres (Infancia)	<ul style="list-style-type: none"> – Repercusión en la familia. – Repercusión en situaciones y en relaciones sociales. – Aptitudes educativas. 	<ul style="list-style-type: none"> – Consentimiento atención psicológica a ellos (no aceptación d. v.; aplicación de test o cuestionarios se percibe como impropio por ser el afectado el niño; disponibilidad por horarios de trabajo).
Adolescencia	<ul style="list-style-type: none"> – Autoconcepto. – Aceptación (grado de información y de uso de ayudas ópticas). – Relación social (participación y competencia social). 	<ul style="list-style-type: none"> – Frecuente rechazo de la atención (según grado de aceptación). – Dificultades colaboración familiar (según grado de aceptación).
Adulta	<ul style="list-style-type: none"> – Integración laboral. – Integración social. 	
Vejez	<ul style="list-style-type: none"> – Relaciones familiares. – Salud. – Capacidades cognitivas. 	<ul style="list-style-type: none"> – Merma de capacidades. – Expectativas bajas. – Participación familiar.

Figura 6:
Evaluación del ajuste psicológico y aspectos diferenciales en distintas etapas de la vida.

Imagen extraída de Checa, 2003 [8]

3.2. HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN AL AJUSTE

Ha quedado ya evidenciado que cada caso de deficiencia visual es diferente. Existen pacientes que, con la misma enfermedad, en el mismo estado y con la misma medicación manifiestan quejas diferentes y viven la deficiencia de modos completamente distintos, ya que, como se ha visto, intervienen muchos factores en el ajuste. Por este motivo, es necesario contar con una amplia gama de herramientas, que se complementen unas a otras y que sirvan para reconocer si se está produciendo una respuesta adaptativa o, si no es el caso, ofrecer un abordaje psicosocial individualizado y adecuado.

Ante todas estas premisas, la evaluación debe realizarse en las mejores condiciones para el sujeto. Esto quiere decir que, a las condiciones habituales de tranquilidad, silencio, calidez, entre todos, debe añadirse las de iluminación, ayudas ópticas, materiales de lectura y escritura, etc., que el interesado utilice habitualmente o resulten acordes a las necesidades visuales que presente [8].

La presentación de cualquier material debe ser descrita de forma que sea comprensible para la persona, permitiendo la manipulación táctil, si no hay inconveniente para ello, previamente a la realización de la prueba.

Respecto a todos estos factores, el psicólogo Javier Checa Benito ofrece una tabla informativa (Figura 7) para facilitar estos encuentros entre paciente con déficit visual y profesional, propiciar la obtención de pruebas, la aplicación de cuestionarios y los exámenes psicológicos, así como la emisión de respuestas, todo de la forma que sea más cómoda para el afectado.

Presentación	<ul style="list-style-type: none"> - - Conocer con antelación sus características visuales. - - Advertir nuestra presencia - - Describir el escenario. - - Escuchar empáticamente las vicisitudes del proceso de la pérdida visual. - - Describir lo que hacemos en cada momento. - - Informar sobre el proceso de atención psicológica: Qué y cuándo. - - Evitar esperas prolongadas.
Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> - - Naturalidad en el trato. - - Describir lo necesario, sin agobiar. - - Evitar palabras sin sentido referencial. - - Usar las palabras sin tabúes (p. e. ciego, mira...) - - Evitar silencios prolongados. - - Ser realista; evitar expectativas infundadas.
Aplicación de pruebas	<ul style="list-style-type: none"> - - En las mejores condiciones para el sujeto - - Describir el entorno inmediato y los materiales a usar. - - Adecuar la forma de presentar los ítems: <ul style="list-style-type: none"> • Macrotipos en tinta. • Verbal (leída por el psicólogo, o escuchada de una grabación). • En escritura braille. - Adecuar la forma de dar las respuestas: <ul style="list-style-type: none"> • Escribiendo con rotulador (si el resto visual lo permite). • Oralmente. • En escritura braille. • Marcando con lápiz en una hoja de respuestas en braille. • Con un gesto.
Relación con familiares	<ul style="list-style-type: none"> - - Evitar que el familiar hable en nombre del usuario. - - Evitar gestos a espaldas de la persona ciega. - - Informar de la importancia de su apoyo y reforzar su colaboración. - - Dar prioridad a los aspectos emocionales frente a la recogida de datos.

Figura 7:
Peculiaridades y recomendaciones sobre la evaluación psicológica en personas con deficiencias visuales.

Imagen extraída de Checa, 2003 [8]

En este aspecto las principales técnicas para evaluar al paciente y especificar las acciones que necesita son:

- Las entrevistas
- Los *test* y cuestionarios

Este apartado va a estar dedicado a estos cuestionarios psicológicos específicos para la deficiencia visual, así como a una breve explicación sobre en qué consisten las entrevistas y las observaciones que pueden extraerse de ellas.

3.2.1. ENTREVISTAS

Las entrevistas tienen un papel muy importante ya que permiten crear lazos y establecer una relación empática entre el paciente y el psicólogo. También sirven para explicar el motivo de la consulta, resolver cualquier tipo de duda y que el paciente comprenda cuál es el camino a seguir para resolver los problemas derivados del déficit visual y lograr el ajuste, entre otros objetivos a los que el sujeto quiera llegar.

Para el psicólogo, la entrevista supone una fuente importante de información ya que permite observar la conducta tanto del usuario como de la familia. Asimismo, es en la entrevista donde se constata si la persona tiene prejuicios, malas experiencias previas, comportamientos de rechazo, sobreprotección por parte de la familia, etc. Pero también permitirá saber qué enfermedad visual padece, los restos visuales que posee, si sufre otras patologías o complicaciones y cuál es su pronóstico. Además, a través de la conversación y la observación del paciente pueden obtenerse muchas respuestas que, de otro modo más impersonal, serían más difíciles de conseguir.

En las entrevistas dentro del ámbito psicológico que estén motivadas por una deficiencia visual adquirida recientemente, el componente afectivo invade por completo la situación, por lo que la aplicación de pruebas o recogida de datos generales va a ser complicada en una primera sesión, salvo que puedan utilizarse como factor normalizador y “desdramatizador”.

3.2.2. TEST PSICOLÓGICOS

Los *test* psicológicos son una herramienta muy útil para evaluar el estado anímico de la persona con un déficit de visión sobrevenido. Son rápidos y dan una respuesta sobre cómo se está desarrollando el proceso de ajuste. Asimismo, el contar con *tests* específicos y fiables para personas con deficiencia visual nos permitirá desglosar un tema complejo en diferentes variables a estudiar. De esta forma, se conocerán cuáles son los puntos fuertes y débiles de la persona permitiendo una ayuda psicosocial personalizada.

Existen una gran variedad de cuestionarios en este ámbito, sin embargo, en la presente se van a tratar tres de ellos por la funcionalidad, especificidad y eficacia que, como se verá seguidamente, presentan. Estos *tests* son la “Escala de ajuste de Nottingham” (adaptación española), la “Escala de ajuste a la pérdida visual relacionada con la edad” (adaptación española) y la “National Eye Institute Visual Functioning Questionnaire” (Anexos 1, 2 y 3).

- ESCALA DE AJUSTE DE NOTTINGHAM (NAS)

Allan Dodds (1984), el autor original, creó esta escala (Tabla 1) con el objetivo de evaluar y realizar un seguimiento del proceso de ajuste a la deficiencia visual y sus consecuencias limitadoras de una manera sencilla y eficaz. La escala está concebida para ser leída por el psicólogo administrador. Sin embargo, no se excluye la posibilidad de ser autoadministrada ya que está disponible en formato adaptado y en braille.

La adaptación española [13] consta de 51 ítems (4 menos que en la escala original) y éstos se presentan separados en siete subescalas, las cuales coinciden con la versión fuente. La subescala A original presenta 12 ítems en una única escala, mientras que en la adaptada los presenta en dos. Por otra parte, la subescala D desaparece en la versión española.

Subescala	Variable a evaluar	Nº de ítems
A1	Indicadores de ansiedad/depresión	7
A2	Ideación suicida	5
B	Autoestima	9
C	Actitudes	7
D	<i>Locus control</i> (eliminada en la versión española)	4
E	Aceptación	9
F	Autoeficacia	8
G	Estilo atributivo	6

Tabla 1:
Características de la escala de ajuste de Nottingham (NAS).

Tabla creada por Marina Iglesias a partir de la información extraída de Pallero, Díaz, Ferrando (2006) [13]

Al comienzo de la prueba se incluye una breve ficha destinada a recoger los datos personales y las características del déficit y, al final de la misma, un recuadro para anotar las puntuaciones. En la escala están anotadas todas las consignas necesarias para poder contestar correctamente el test. Cada ítem consta de 4 o 5 respuestas posibles, puntuadas del 1 al 5 o del 1 al 4. La puntuación más alta está asociada a la respuesta más positiva (la puntuación está indicada en el casillero de cada ítem). Cuando se ha finalizado el test se suman las puntuaciones de cada escala y con la ayuda de las tablas

de conversión (que incorpora el test) obtendremos los percentiles directos¹ y puntuaciones en la escala T².

Para poder interpretar este cuestionario según sus baremos hay que saber que, si el conjunto de las puntuaciones de las subescalas A1, A2, B, C y E muestran una tendencia normal positiva, puede hablarse de la existencia de un adecuado proceso de ajuste, aunque no se descarte la conveniencia de llevar a cabo una intervención psicológica. El análisis detallado de las subescalas permitirá conocer si es necesaria una intervención, aunque sea de carácter preventivo.

Si, por el contrario, la tendencia global es negativa, será significativo de que el proceso de ajuste no está siguiendo el curso deseable y, por tanto, los datos obtenidos podrían usarse como línea base para establecer un plan de ayuda.

Si finalmente el comportamiento no fuera armónico, es decir, si se dieran importantes diferencias entre las subescalas, habría que profundizar la evaluación clínica.

- ESCALA DE AJUSTE A LA PÉRDIDA VISUAL RELACIONADA CON LA EDAD (AVL).

Cuando una persona llega a la etapa de la vejez, sus capacidades físicas y cognitivas se ven reducidas. Si a este factor le sumamos una discapacidad visual, las limitaciones a las que habrá de hacer frente tendrán mayor impacto. Por este motivo, además teniendo en cuenta que las personas de la tercera edad engloban el mayor grosor poblacional de personas con déficit visual, es esencial contar con un instrumento específico para esta etapa y que, además, sea fiable, útil, fácil de administrar, de sencilla comprensión y breve. La escala de ajuste a la pérdida visual relacionada con la edad cumple todas estas características.

El AVL está diseñado para la población mayor de 60 años con deficiencia visual. Sus autores son Horowitz y Reinhardt y el idioma original es el inglés, pero se ha adaptado al español [14]. Los objetivos del test son:

- La investigación del proceso de ajuste por el que pasan las personas mayores que pierden visión.
- La evaluación clínica de la situación psicosocial de las personas mayores con deficiencia visual.
- La valoración de las intervenciones realizadas en rehabilitación visual, al suponer que los procesos eficaces de aprendizaje de habilidades adaptativas tendrían una incidencia directa en la mejora del ajuste y la calidad de vida.

¹ Desviación típica de 50+10.

² Porcentaje de personas que tienen puntuaciones por debajo a las de ese individuo.

La escala consta de 24 afirmaciones (en una única escala) y el paciente ha de responder si está de acuerdo o en desacuerdo. Las puntuaciones de cada respuesta están indicadas en los casilleros de cada ítem. Las variables que evalúa el AVL son:

- Aceptación a la pérdida de visión. Cómo se aceptan las limitaciones reales que genera el déficit, sin darles una dimensión mayor de la que tienen ni reducirlas en su magnitud.
- Actitud hacia los aprendizajes. La actitud que mostraría la persona mayor hacia el aprendizaje de aquellas habilidades que permiten una compensación de la pérdida de eficacia de las estrategias habituales ante las demandas de la vida.
- Actitud hacia la interrelación con los miembros de la familia y los amigos. La manera en la que se sigue manteniendo una relación similar a la que se tenía antes de la pérdida y el modo en el que se acepta la dependencia que se establece a raíz de la disminución de los recursos.

- VISUAL FUNCTIONING QUESTIONNAIRE-25

The National Eye Institute (NEI) patrocinó el desarrollo de la VFQ-25 con el objetivo de crear una encuesta que evalúe la influencia de la discapacidad visual y los síntomas visuales en los dominios genéricos de la salud, como el bienestar emocional y el funcionamiento social, además de las limitaciones en las tareas relacionadas con el funcionamiento visual diario [15]. El idioma original es el inglés y actualmente no existe ninguna adaptación en español.

Dividido en 4 partes	SUBESCALA	Nº DE ÍTEMS	ÍTEM
PART 1: Salud general y visión	Salud general	2	1, A1
	Visión general	2	2, A2
	Dolor ocular	2	4,19
PART 2: Dificultad con las actividades	Actividades en V_p	6	5, 6, 7, A3, A4, A5
	Actividades en V_L	6	8, 9, 14, A6, A7, A8
PART 3: Respuestas a los problemas de visión.	Visión específica:		
	Función social	3	11, 13, A9
	Salud mental	5	3, 21, 22, 25, A12
	Dificultades en el papel	4	17, 18, A11a, A11b
PART 4: apéndice con preguntas opcionales	Dependencia	4	20, 23, 24, A13
	Conducción	3	15c, 16, 16a
	Visión en color	1	12
	Visión periférica	1	10

Tabla 2: Estructura del VFQ-25 / VFQ-39.

Este test está dividido en 4 partes diferentes (que pertenecen a 12 subescalas) y, en conjunto, constituyen 25 ítems (Tabla 2) entre los cuales el encuestado puede escoger entre 5 o 6 respuestas dependiendo del ítem. El VFQ-25 también incluye un apéndice de elementos adicionales que los investigadores pueden usar para expandir las subescalas hasta un total de 39 ítems.

Cada test evalúa el ajuste al déficit desde una perspectiva distinta. Ninguno es mejor que el anterior. Al igual que cada persona y situación son diferentes, también la aplicación de estos *tests* será la más adecuada o no dependiendo del momento o del individuo al que se apliquen. Así pues, habrá contextos donde el AVL será la mejor herramienta y otros en los que el NAS será la más apropiada y, por ende, las tres modalidades de cuestionarios se complementan entre ellas.

Más exhaustivamente, podemos concluir de los diferentes *tests* propuestos en este trabajo que:

- Para personas mayores con dificultades cognitivas, el AVL será el *test* más adecuado por su corta administración y porque solamente ofrece dos posibles respuestas por cada ítem (acuerdo/desacuerdo). Al ser tan breve, el AVL funciona como descarte, es decir, si saliera alterado el test sería necesario hacer una explotación más exhaustiva.
- Para individuos jóvenes, adultos y personas mayores sin deficiencias cognitivas pero con deficiencia visual severa, el NAS será la opción más acertada.
- El VFQ-25 es más útil con aquellas personas que padecen una enfermedad visual en progreso. Es un *test* que se debería administrar periódicamente. De esta forma se puede observar cómo va avanzando la enfermedad y cuáles son las repercusiones en el día a día de la persona que la sufre. Siempre se debería comprobar el resultado del test con los valores obtenidos anteriormente y, en el momento que haya una diferencia significativa, valorarse el inicio de una terapia psicológica. Antes de administrar por primera vez VFQ-25 deberíamos asegurarnos que la persona no tiene sintomatología depresiva o ansiosa, por lo que este test se complementaría al AVL o al NAS.

Finalmente, cabe expresar la importancia de una mayor presencia de estos cuestionarios en las consultas de los profesionales de la salud, en particular a aquellos que pueden verse involucrados en el terreno del déficit visual (médicos generales, oftalmólogos, optometristas y psicólogos) o que estén en contacto con pacientes que padecen de este problema.

Tabla 3:
Tabla comparativa de los tests de evaluación del proceso de ajuste.

	NAS	AVL	NEI VFQ-25/39
Nombre	Escala de ajuste de Nottingham	Escala de Ajuste a la pérdida Visual relacionada con la edad	Visual functioning questionnaire
Autor	Allan G. Dodds	A. Horowitz, DSW, J.P. Reinhardt, Ph. D.	National Eye Institute
Adaptación española	ONCE y URV	ONCE y URV	No existe una versión adaptada
Administración	1. Leída al usuario por el psicólogo. 2. Braille 3. Versión informatizada	1. Leída al usuario por el psicólogo. 2. Braille 3. Versión informatizada	Leída y contestada por el mismo usuario
Tiempo estimado	30 minutos	10 minutos	30 minutos
Nº de ítems	51	24	25 o 39
Nº de subescalas	7	0	9 subescalas (4 partes)
Respuestas	4 o 5 respuestas posibles	2 respuestas (acuerdo o desacuerdo)	5 o 6 respuestas posibles
Variables evaluadas	Indicadores de ansiedad/depresión, ideación suicida, autoestima, actitudes, aceptación, autoeficacia y estilo atributivo	Aceptación a la pérdida de visión, actitud hacia los aprendizajes, actitud hacia la interrelación con los miembros de la familia y los amigos	Salud general, visión general, dolor ocular, actividades en VP, actividades en VL, función social, salud mental, dificultades en el papel, dependencia, conducción, visión del color, visión periférica.
Población de destino	Personas mayores de 16 años con ceguera legal.	Personas mayores de 65 años con ceguera legal.	Cualquier persona con deficiencia visual
Tipificación	Baremos en centiles y en escala T referidos a la población con discapacidad visual en la situación descrita.	Baremos en centiles y en escala T referidos a la población con discapacidad visual en la situación descrita.	-

Actualmente estos *tests* son una herramienta de uso específico en psicología. Incluir a optometristas en esta fase para que también realicen ellos mismos los cuestionarios a sus pacientes facilitaría su implicación en la terapia psicosocial de los mismos.

Esto aumentaría la sinergia entre diversos ámbitos profesionales y permitiría percibir un mayor número de casos en los que el proceso de ajuste se esté llevando de un modo irregular. También debe tenerse en cuenta el hecho de que, en muchas ocasiones, personas con grandes problemas de autoestima o incluso cuadros depresivos desencadenados por la pérdida de visión aparentar estar conformes con su situación y haberla aceptado por completo. Así pues, si se administraran este tipo de *tests* de forma más rutinaria podríamos detectar precozmente actitudes desadaptativas.

No obstante, y aunque la fiabilidad de estos cuestionarios está ampliamente demostrada [7], difícilmente pueden abarcar todas las variables que intervienen en el proceso de ajuste ni las diferentes problemáticas y singularidades de cada individuo afectado por el déficit visual. Se convierten en un arquetipo que les estandariza.

Para enfatizar este hecho, en la siguiente tabla se muestran todas las variables que contempla el modelo de Ellis y Lazarus (indicadas en el apartado 2.2.1) junto con el instrumento que se usa para evaluar dichas especificidades a partir del cual se ha creado para este trabajo en concreto un nuevo *test* (Anexo 6) que, a su vez, se basa en los tres cuestionarios anteriormente explicados (NAS, AVL y VFQ-25) y al que le acompaña una hoja para recoger datos complementarios.

VARIABLES A OBSERVAR		INSTRUMENTO UTILIZADO
PÉRDIDA DE VISIÓN	Causa de la pérdida	Hoja de recogida de datos personales
	Cuando se produjo la pérdida	
	Restos visuales	
	Evolución	
	Pronóstico	
REPERCUSIONES OBSERVABLES	Autonomía e independencia	VFQ-25 Parte 2: dificultad en las actividades
	Ocio	
	Relaciones sociales	Hoja de recogida de datos
	Trabajo o estudios	Hoja de recogida de datos
	Economía	Hoja de recogida de datos
SIGNIFICADO DE LA ENFERMEDAD		NAS subescala C (actitudes)
VALORACIÓN DE LOS RECURSOS	Recursos personales	NAS subescala F (autoeficacia)
	Recursos sociales	AVL (ítems 5,9,16, 17,18, 20, 23, 24)
SENTIMIENTOS		NAS subescala E (aceptación)

Tabla 4:
Variables propias del modelo Ellis y Lazarus con sus respectivas herramientas de evaluación

Tabla creada por Marina Iglesias para este trabajo

4. AYUDAS QUE ESTÁN AL ALCANCE DE LOS USUARIOS

4.1 CONCEPTOS PREVIOS

Existen multitud de ayudas para las personas discapacitadas que tienen como objetivo fortalecer su participación social, evitar situaciones que impidan o dificulten su plena participación en la vida económica y cultural. Es esencial conocer el grado de pérdida de visión para determinar si las personas con esta afectación pueden recibir ayudas económicas, asistenciales o rehabilitación prestadas por organismos oficiales, semioficiales o privados. También la Organización Nacional de Ciegos Españoles especifica la acreditación de la ceguera legal dentro de sus términos de afiliación.

A todas estas especificaciones también deben añadirse otros conceptos que pueden barajarse a la hora de contemplar si la persona con déficit visual puede optar –o no– a las diferentes prestaciones existentes. Por lo que, antes de comentar las ayudas, se expondrá un listado explicativo en el que también se discurrirá su contexto de uso.

Deficiencia: la Organización Mundial de la Salud [16] define deficiencia como cualquier pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Las deficiencias representan trastornos de carácter orgánico. Es decir, deficiencia se relaciona con déficit o “falta de algo”, por ejemplo una persona sin piernas (por un problema al nacer) tendrá una deficiencia motora.

Discapacidad: toda restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano (definición de la OMS [16]). Siguiendo con el ejemplo anterior, una persona sin piernas tendrá problemas a la hora de andar, y por tanto, tendrá una discapacidad motora.

La *Generalitat de Catalunya* clasifica la discapacidad en cinco tipos [17] según el origen de las restricciones:

1. *Discapacidad física*

Motora: derivada de la pérdida de capacidad de movimientos por diversas causas (malformaciones, accidentes, lesiones cerebrales...).

No motora: derivada de enfermedades orgánicas de aparatos o sistemas (casamiento, enfermedades coronarias, renales, pulmonares...).

2. *Discapacidad sensorial*

Visual: derivada de una pérdida total o parcial de la visión, como consecuencia de alteraciones o enfermedades oculares y/o neuro-oftalmológicas.

Auditiva: derivada una pérdida total o parcial de audición; puede ir acompañada de discapacidad de comunicación y el habla.

3. *Discapacidad de la comunicación y el habla.*

Derivada de limitaciones en la comprensión y/o expresión.

4. *Discapacidad intelectual*

Derivada de limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual, en la conducta adaptativa y en las habilidades prácticas.

5. *Discapacidad derivada de un trastorno mental*

Se basa en la afectación, derivada de los síntomas o signos que constituyen el diagnóstico: alteraciones emocionales, cognitivas y/o del comportamiento y que afectan los procesos psicológicos básicos, que dificultan la adaptación de la persona al entorno cultural y social y crea alguna forma de malestar subjetivo.

Minusvalía: La OMS [16] la define como una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal (en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales).

El significado de minusvalía y discapacidad ha ido evolucionando con el paso de los años y, anteriormente, había una pequeña diferencia entre estos dos conceptos: una discapacidad está estrechamente ligada a la deficiencia, a la enfermedad. Por otra parte, en una minusvalía se tienen en cuenta las circunstancias que rodean a la persona, el contexto. Dicho de otra manera, puede ocurrir que dos personas con similares características y pertenecientes al mismo contexto social puedan dar lugar o no a minusvalías en función de las estrategias que desplieguen para procurar su autonomía e insertarse en la sociedad, dependiendo de las actitudes y aptitudes con las que hagan frente a su situación.

Actualmente, estos dos conceptos son considerados sinónimos, aunque discapacidad ha desbancado a la palabra minusvalía por sus connotaciones peyorativas (menos-válido). Pese a que minusvalía ya no se use, hay muchos documentos que no han sido actualizados y siguen usando las dos palabras con significados diferentes (como es el caso del Real Decreto 1971/1999 y otras leyes publicadas en el BOE).

Incapacidad laboral: persona que tras haber estado sometida al tratamiento prescrito y haber sido dada de alta médicamente, presenta dificultades que disminuyen o anulan su capacidad laboral [16].

Invalidez: incapacidad permanente o temporal relativa a elementos tanto físicos como mentales y, también estrechamente ligada a la incapacidad laboral y la definición que se da de ésta por las limitaciones en la actividad que se dan [18].

Dependencia: es el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, les hace falta la atención de otras personas [19].

Incapacidad legal: situación en la que una persona por diferentes causas, no puede gobernarse por sí misma. Son causa de incapacitación las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico. Es un juez el que debe declarar esta condición [20].

Condición legal de discapacidad: En Catalunya el órgano técnico encargado de evaluar el grado de discapacidad es el CAD (*Centre d'Atenció al Disminuït*) y se puede pedir una solicitud de reconocimiento a través de la página web de la *Generalitat de Catalunya* [21]. El objetivo del certificado de discapacidad es compensar las desventajas sociales que la discapacidad implica, proporcionando acceso a derechos y prestaciones de distintos tipos.

La valoración de la discapacidad se regula por el “Real decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y modificación del grado de minusvalía [22]”. Este decreto uniformiza en el Estado Español el procedimiento y los baremos que se deben usar para evaluar una discapacidad. El personal encargado de la evaluación (médicos, psicólogos, trabajadores sociales...) han de valorar los siguientes puntos:

- El grado de discapacidad que comporta la enfermedad³.
- Los factores sociales (situación familiar, recursos económicos, edad, situación laboral y profesional, nivel cultural y situaciones sociales del entorno habitual).

GRADO	% MINUSVALÍA ³	SÍNTOMAS, SIGNOS Y SECUELAS
1	0	Son mínimos y no justifican disminución de la capacidad de la persona para realizar las actividades de la vida diaria
2	1 al 24	Justifican algunas dificultades para realizar las actividades de la vida diaria pero son compatibles prácticamente en la totalidad de las mismas
3	25 al 49	Causan una disminución importante o imposibilidad de la capacidad de la persona para realizar las actividades de la vida diaria, siendo independiente en las actividades de autocuidado
4	50 al 74	Causan una disminución importante o imposibilidad de la capacidad de la persona para realizar la mayoría de las actividades de la vida diaria y puede estar afectada algunas de las actividades de autocuidado
5	Superior a 75	Imposibilitan la realización de las actividades de la vida diaria

Tabla 5:

Clasificación del grado de minusvalía³

Tabla creada por Marina Iglesias a partir de la información expuesta en la página web de la “Generalitat de Catalunya” [23]

³ El Real Decreto 1971/1999 usa la terminología antigua de minusvalía/discapacidad, donde la minusvalía depende de los recursos personales, del ambiente o de los factores sociales y la discapacidad no.

- La necesidad de una tercera persona para realizar los actos más esenciales de la vida.
- La necesidad de un subsidio de movilidad y compensación por gastos de transporte.

Una vez este procedimiento finalice, se emite el dictamen con el diagnóstico, tipo y grado de minusvalía³ (en %). Según el porcentaje, la minusvalía³ se clasifica en cinco grados distintos [6], tal como muestra la Tabla 6.

Se considera una persona legalmente discapacitada, y por tanto tiene derecho a obtener ayudas, cuando el porcentaje es igual o superior al 33%.

4.2 AYUDAS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Las ayudas para discapacitados dependen de diferentes instituciones: algunas son propias del Estado, otras son competencia de las Comunidades Autónomas y otras de los Ayuntamientos. Para poder disfrutar de ellas es necesario haber obtenido previamente el Certificado de Discapacidad. La pérdida severa de la visión y la ceguera es un tema que va más allá de la disminución funcional y el tratamiento médico respectivo, por lo que, es de suma importancia que los profesionales de la salud los conozcan con el fin de ofrecer apoyo y orientación.

4.2.1. AYUDAS DEL ESTADO

- SANIDAD PÚBLICA

La Organización Mundial de Salud (OMS) define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y también social, no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia [2]. Por este motivo, la sanidad pública española no abarca únicamente el ámbito puramente oftalmológico y optométrico sino que también tiene una vertiente psicológica y de fomentación de la prevención.

Para muchos expertos en el campo del déficit visual, como Díaz, Checa, Pallero, Serrano y Ramírez [3, 4, 7, 8], la prevención es una de las principales vías para reducir el auge de las discapacidades visuales. Actualmente existen en nuestro país diversas campañas que persiguen esta finalidad preventiva pero aún queda un largo camino por recorrer para que éstas sean efectivas y la población conozca todos los factores de riesgo y asuma la importancia de revisiones optométricas y oftalmológicas periódicas [1].

Los Centros de Atención Primaria (CAP) tienen la competencia de derivar a quien lo necesite al Centro de Salud Mental donde un psiquiatra valorará la presencia de sentimientos psicopatológicos y la necesidad de una intervención psicológica.

- AYUDAS TRIBUTARIAS

El Impuesto sobre la Renta de Personas Físicas (IRPF) es diferente para los discapacitados o sus ascendientes o descendientes. Se reduce la base imponible de 2000 euros a 5000 euros anuales según el grado de discapacidad. También tienen importantes reducciones en el impuesto sobre el Patrimonio y en el impuesto de sucesiones y donaciones.

- COMPRA DE VIVIENDA

A la hora de comprar una vivienda de protección oficial, una persona con discapacidad tiene una ayuda de 900 euros para la entrada y ayudas para pagar la hipoteca.

- AYUDAS DE INSERCIÓN LABORAL

Existen incentivos para las empresas si contratan a un discapacitado.

- BECAS DE EDUCACIÓN

Existen varios tipos de ayudas que cubren desde los gastos de material didáctico, libros o transporte hasta matrículas y tasas de comedor, y desde la guardería hasta la universidad. Así mismo, los estudiantes con discapacidad tienen derecho a habitaciones especialmente adaptadas en colegios mayores y residencias universitarias.

4.2.2. AYUDAS DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA

Una vez los miembros del CAD hayan dado un diagnóstico igual o superior al 33% de discapacidad, la persona recibirá una ayuda económica personalizada según el caso a tratar. Además, el CAD también se encarga de orientar a las personas con discapacidad. Por lo tanto, ellos serán los encargados de aconsejar qué otras ayudas puede solicitar y cómo hacerlo. En el anexo 4 se encuentran los números de teléfonos y las direcciones de los diferentes centros que existen en Catalunya por si es preciso pedir más información.

- TARJETA ACREDITATIVA DE LA DISCAPACIDAD

En Catalunya las personas con una minusvalía superior al 33% tienen una tarjeta que los acredita como individuos discapacitados. Esta tarjeta permite acreditar de forma ágil y práctica, delante de terceras personas, el grado de discapacidad a fin de facilitar los accesos y recursos y servicios vinculantes. Es un documento público, personal e intransferible y debe ir acompañado del DNI o NIE válido en todo el territorio de Catalunya.

A demás, esta tarjeta proporciona a los usuarios una serie de ventajas en diferentes ámbitos:

- *Movilidad*: descuentos en transporte público.
- *Cultura*: descuentos en teatros.
- *Deporte*: precios reducidos en centros deportivos.
- *Ocio*: tarifas especiales en Port Aventura, Tibidabo, Aquarium, etc.
- *Salud*: servicios especiales en algunas compañías médicas.

Todas estas ayudas y ventajas pueden ser consultadas en la *web* de la Generalitat de Catalunya [24].

- PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA POR INVALIDEZ

Prestación económica individualizada, de carácter periódico, para personas de entre 18 y 65 años que tengan una discapacidad física, psíquica o sensorial permanente, igual o superior al 65%, que no tengan recursos económicos suficientes y no puedan acogerse al sistema contributivo de pensiones. Para el 2017, es de un mínimo de 92,23 euros y un máximo de 368,90 euros por 14 mensualidades al año. Cuando se trata de personas con discapacidad con un grado igual o superior al 75%, que necesitan la ayuda de otra persona para realizar los actos más elementales de la vida cotidiana, tales como vestirse, comer, etc., se incrementa la pensión en un 50% sobre la cuantía máxima.

- SERVICIOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

Estos servicios están destinados a personas que tienen limitada la autonomía y, por tanto, la realización de las tareas básicas de la vida diaria le suponen un impedimento. Existen dos servicios distintos de este tipo a los cuales se puede acceder.

· *Servicios de ayuda a domicilio:*

Acude una tercera persona a la casa del discapacitado para ofrecerle ayuda en las tareas del hogar y la cura personal. Este tipo de tareas incluyen la limpieza del hogar (excepto las limpiezas del hogar a fondo), hacer la cama, hacer la comida (según dietas establecidas), lavar la ropa, ayuda con la higiene, vestirse y desvestirse, coser la ropa de uso personal, entre otros.

· *Servicio de apoyo y cuidado*

Este servicio está basado en la instalación de un aparato de uso y características simples en el hogar de la persona discapacitada y un colgante o brazalete que puede llevar puesto. Todos estos aparatos van conectados 24 horas al día a una central receptora mediante una línea telefónica. En caso de urgencia, el usuario se puede comunicar simplemente presionando un botón. Como es un sistema de manos libres se puede establecer contacto verbal de forma muy sencilla y sin tener que descolgar el teléfono. Desde la central receptora, unos profesionales atienden la consulta y activan el recurso más apropiado (llamar a una ambulancia, bomberos, un familiar, etc.).

Este servicio, a su vez, tiene dos modalidades: en la primera, la persona usuaria avisa cuando no está bien y, en la segunda, ésta debe avisar cada mañana y cada noche de su estado. Si no lo hace, la alarma saltará.

- PERROS GUÍA

Los perros guía son perros que han estado adiestrados en un centro especializado y sirven para dar soporte y asistencia a personas con determinadas discapacidades visuales. Estos perros pueden acceder a centros docentes, a museos, restaurantes, espectáculos...

Se puede pedir el soporte de un perro guía a través de la *Generalitat de Catalunya* [25] o de la ONCE [26].

- AYUDAS PUA

Las ayudas PUA (*“programa d’Atenció Social a les Persones amb Discapacitat”*) tienen como finalidad ayudar económicamente a las personas con discapacidad a comprar material especializado para incentivar la autonomía y participación social a este grupo de personas. Este proyecto tiene un catálogo con más de 200 productos destinados a individuos con cualquier tipo de discapacidad, pero primeramente el usuario debe comprarlos y luego es reembolsado el dinero presentado la factura.

El catálogo se puede ver en el anexo 5 (el listado de ayudas visuales va de la 301 a la 331).

4.2.3 LA ONCE

La Organización Nacional de Ciegos Españoles es una institución sin ánimo de lucro que tiene como propósito fundamental mejorar la calidad de vida de los ciegos y actualmente cuenta con más de setenta y dos mil afiliados. Las recaudaciones que se obtienen con la venta de los famosos cupones de la ONCE son utilizados para financiar una amplia gama de servicios especializados.

No todas las personas pueden pertenecer a la ONCE. Para acceder a la condición de afiliado, es preciso cumplir unas condiciones que están basadas fundamentalmente en dos aspectos del funcionamiento visual:

- Campo visual reducido a 10º o menos.
- Agudeza visual igual o inferior a 0,1 con la mejor corrección óptica posible.

Las personas afiliadas a la ONCE pueden acceder a todos los servicios sociales que la organización dispone.

4.2.3.1 SERVICIOS SOCIALES DE LA ONCE

Sin lugar a dudas, la ONCE es la organización que más avances ha aportado para facilitar a las personas con déficit visual, tanto por su especialización en este segmento

poblacional como por la conciencia que tienen sobre sus necesidades especiales. Según datos oficiales de la entidad, ésta cerró el año con un total de 72.256 afiliados, una cantidad considerable y que refiere el peso y la relevancia que tiene dentro de este ámbito.

Los servicios que ofrece son multidisciplinarios, intentando abarcar todas las áreas de la vida para promover una igualdad de oportunidades. A continuación se explican los ocho servicios más importantes que brinda la ONCE. Para más información podéis consultar su página web [26].

- REHABILITACIÓN

El 80% de la información necesaria para realizar las tareas cotidianas implica el órgano de la visión. Es decir, la mayoría de las habilidades que poseemos, de los conocimientos que adquirimos y de las actividades que desarrollamos, las aprendemos o ejecutamos basándonos en la información visual. Entonces, ¿cómo realizan sus dichos quehaceres o aprenden las personas con discapacidad visual? La respuesta radica en sacar todo el rendimiento posible a sus restos visuales y el máximo provecho a los otros sentidos que poseen. Gracias a los programas de rehabilitación estas personas recibirán toda la ayuda posible para que sean capaces de ser independientes.

Estas ayudas van desde lo más básico a acciones de gran complejidad: lupas para ayudar a ampliar letras, balones con sonido para poder jugar, aparatos para ayudar a hacer la comida, aprender a reconocer monedas por el tacto, aprender usar un bastón para guiarse por la calle, audiolibros, etc. Así pues, estos programas son integrales y hoy en día, gracias a la tecnología, se han podido elaborar muchos utensilios que son de gran utilidad para personas ciegas o con visibilidad reducida, pero que para su correcto uso se necesita de un aprendizaje previo.

En la página web de la ONCE se puede encontrar un listado, en formato Excel, con todos los recursos instrumentales que se ofrecen actualmente para ayudar en las tareas más simples de la vida. Accediendo al siguiente enlace y entrando en: "*listado de productos comercializados por el servicio de televenta*" se puede acceder a él.

<http://cidat.once.es/home.cfm?id=1089&nivel=2&orden=7>

Una buena rehabilitación hará que la persona gane autonomía y confianza en sí mismo y, a la vez, se dé cuenta de que, en muchos casos, los muros los pone uno mismo, que muchas creencias o estereotipos son falsos, y que un avance significativo empieza desde la predisposición. Este cambio hará que la revalorización (feedback) de los recursos sea positiva y se disminuirá el estrés y la ansiedad que provoca la deficiencia visual.

- PERRO GUÍA

El perro guía supone, por la seguridad y autonomía que proporciona, una ayuda inestimable en el desplazamiento de las personas con ceguera que optan por él como auxiliar de movilidad. La Fundación ONCE del PerroGuía es el centro responsable de la

selección, cuidado, atención y entrenamiento de estos perros, así como del adiestramiento posterior necesario para la adaptación entre el usuario y el perro guía asignado.

No solo los afiliados a la ONCE pueden requerir las ayudas de un perro guía, como ya se ha dicho antes, desde la *Generalitat de Catalunya* [22] también se puede solicitar.

- APOYO PSICOSOCIAL

El proceso de ajuste suele requerir de un abordaje psicoterapéutico y de un seguimiento profesional de dicho ámbito. En este aspecto, el objetivo de este servicio es proporcionar una oportunidad para que el afiliado, y su familia si es necesario, analice las implicaciones emocionales de vivir con la ceguera o la deficiencia visual, ayudándole a buscar soluciones y estrategias para afrontar de manera adaptativa tales situaciones y cambios.

Para conseguir estos fines psicólogos, la ONCE proporciona asesoramiento y entrenamiento en habilidades de afrontamiento del estrés, manejo de la ansiedad, control de pensamientos negativos, técnicas de relajación, entrenamiento en habilidades y competencia social, refuerzo de la autoestima, reestructuración cognitiva, etc.

El servicio de apoyo es individual y si es preciso intervendrá la familia o se harán sesiones de apoyo grupal.

Esta forma de acceso a la atención psicológica supone un logro social incuestionable. Empero, tiene unas implicaciones que deben ser tenidas en cuenta para mejorar su implantación:

- El usuario no siempre es consciente de la necesidad de la atención ni sabe, en consecuencia, qué puede esperar de la misma.
- El familiar suele ser más partidario de la atención, ya que le resulta más fácil ver la situación por la que atraviesa el afectado, y la necesidad de ayuda y, por otra parte, necesita sentir que está haciendo todo lo posible por ayudarlo. Este segundo aspecto obedecerá a una respuesta coherente con la situación o podrá responder a la necesidad de contrarrestar un sentimiento de culpa [8].

Cabe decir, llegados a este punto, que en España, la atención psicológica a personas con déficit visual se lleva a cabo mayoritariamente desde esta organización. Ésta puede simultanearse perfectamente con otras (como pueden ser la rehabilitación o la participación en actividades culturales y deportivas) con el fin de lograr un ajuste exitoso y es, además, recomendable.

- EDUCACIÓN

El objetivo fundamental de los Servicios Educativos de la ONCE es favorecer la plena inclusión escolar y social del alumnado con ceguera o deficiencia visual grave. Es decir, es la escuela la que debe adaptarse al alumno con discapacidad y no al contrario.

Actualmente, más del 98% del alumnado con discapacidad visual se escolariza en colegios de su pueblo o ciudad de residencia. De esta forma el alumno cuenta con todos los recursos del sistema ordinario y, además puede acceder a los servicios complementarios de los centros específicos de la ONCE ubicados en Alicante, Barcelona, Madrid, Pontevedra y Sevilla.

Para alumnos con una discapacidad como la visual, es imprescindible contar con material especializado para adaptar sus necesidades a su percepción táctil, auditiva o incluso visual (en el caso de que tuviera restos visuales). Estas ayudas las proporciona gratuitamente la ONCE y destacan:

- Adaptaciones de los libros de texto y de material didáctico: transcripciones al sistema braille, audiolibros, materiales en relieve, etc.
- Adaptaciones en braille y sonido para pantallas y teclados de ordenadores.
- Calculadoras en braille y parlantes.
- Programas adaptados para la navegación.
- Telelupas.
- Ayudas ópticas y electrónicas para baja visión.

Además los afiliados a la ONCE que quieran cursar alguna carrera cuentan con la Escuela Universitaria de Fisioterapia (especializada para ciegos), adscrita a la Universidad Autónoma de Madrid.

- EMPLEO

Para las personas con cualquier tipo de discapacidad es vital poder encontrar un puesto de trabajo para poder ser económicamente independiente y también porque es una vía de integración social.

La ONCE intenta fomentar el acceso a los puestos de trabajo de dos formas:

- Intentado dar la mejor formación posible (a través de los colegios ordinarios, los centros especializados, la universidad de fisioterapia...)
- Dando puestos de trabajo dentro de la organización (vendiendo cupones u otros empleos).

La ONCE y su Fundación como agente social generador de empleo, se ha comprometido a crear en el periodo de 2012/2021 15.000 nuevos puestos de trabajo y a realizar 30.000 acciones formativas para personas con discapacidad.

- CULTURA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN

La cultura nos llega a través de muchas vías, pero quizá sea la escritura el sistema más utilizado para su transmisión. La información escrita no es ya únicamente la que recibimos en un formato impreso, es también, y cada vez más, información electrónica (internet, libros digitales...). Conseguir que las personas con discapacidad visual puedan acceder, de manera autónoma, a toda la información impresa y electrónica es una de las metas en la que participan los servicios culturales de la ONCE.

Para conseguir un fácil acceso para todas las personas ciegas la ONCE ha diseñado diferentes programas:

• ADAPTACIÓN DE TEXTOS

La ONCE cuenta con un servicio especializado que se encarga de adaptar en braille, en relieve y en audio digital, obras literarias, textos educativos y para el empleo, material gráfico, etc., priorizando siempre la adaptación con finalidad educativa y laboral, el interés de la obra y la demanda de sus afiliados. El centro responsable de su coordinación es el *Servicio Bibliográfico de la ONCE (SBO)*, que cuenta con dos sedes, una en Madrid y otra en Barcelona.

• BIBLIOTECAS

La ONCE ha creado una red de bibliotecas donde el afiliado puede acceder a la información bibliográfica adaptada. Además se ha creado una biblioteca digital para que la persona ciega no tenga que desplazarse ni esperar a que el libro le llegue a casa. Con este nuevo servicio puede disponer en cualquier momento, en braille informatizado y/o en audiolibro, de la obra que le interese de los catálogos de la ONCE.

• TIFLOTECNOLOGÍA

La Tiflotecnología es el conjunto de técnicas, conocimientos y recursos encaminados a procurar a las personas con ceguera o con deficiencia visual los medios oportunos para la correcta utilización de la tecnología. De esta forma se han diseñado una amplia gama de instrumentos que van desde termómetros parlantes hasta impresoras de braille, un teclado compatible con cualquier móvil para poder escribir en braille, una lupa electrónica para poder ampliar la pantalla del ordenador...

Usando estos instrumentos cualquier persona con deficiencia visual puede usar la gran parte de las nuevas tecnologías del mercado, favoreciendo a la inclusión en la sociedad.

Cabe decir que, para poder utilizar correctamente esta tecnología, es necesario un aprendizaje previo y se enseña en la rehabilitación.

- DEPORTES

La ONCE intenta estimular y ayudar a cualquier persona a hacer deporte. Para todas las edades, en distintos niveles, hay un deporte adecuado para cada uno, sin exclusión. Las personas ciegas y deficientes visuales practican muchos de ellos en un plano de igualdad con el resto de deportistas. Otras disciplinas deportivas requieren adaptaciones más o menos sencillas.

- ACCESIBILIDAD

La ONCE ha realizado varias campañas para la concienciación de una buena accesibilidad. Los espacios naturales, urbanísticos, como los edificios públicos, culturales, deportivos y de ocio, así como las viviendas, instalaciones hoteleras, oficinas,

etc., deben contemplar en su diseño medidas que garanticen la localización de los accesos desde el exterior, la identificación de puntos de información y registro, el funcionamiento seguro y la detección de escaleras, ascensores, puertas y ventanas.

Tan importante como el diseño es la eliminación de riesgos, que debe tener en cuenta la señalización de elementos estructurales (columnas, esquinas), el diseño y la ubicación del mobiliario, etc.

4.2.4. AYUDAS MUNICIPALES

Como se ha dicho al principio de este apartado, hay ayudas que dependen del Estado, otras de la Comunidad Autónoma y otras de los ayuntamientos. Como es imposible citarlos todos entrando en el siguiente link e introduciendo el municipio y el grado de discapacidad se obtienen todas las prestaciones que se pueden solicitar en ese caso y a ese individuo en concreto.

<http://quiadis.discapnet.es/>

5. PAUTAS PARA LA CREACIÓN DE UN SERVICIO DE ORIENTACIÓN Y APOYO

Ante la detección de un caso de déficit visual –tras un examen médico u oftalmológico– deben concretarse las actuaciones a seguir en consonancia a cada caso (variables) y logrando una sinergia entre el personal de la salud implicado y el paciente, así como a la familia o círculos cercanos, para sacar el máximo partido a los recursos y evitar, dentro de lo posible, consecuencias negativas en el espectro emocional, que se den dentro del proceso de ajuste.

Esta atención personalizada resulta de una importancia clave para facilitar la adaptación a todos los cambios implícitos en la aparición de un déficit visual y que, en gran medida, se ofrece en los servicios del Centro Universitario de la Visión (CUV) de Terrassa.

El CUV es la clínica de la Facultad de Óptica y Optometría de la Universidad Politécnica de Cataluña (UPC), donde los alumnos hacen las prácticas clínicas y se les ofrece la oportunidad de poner a prueba todos los conocimientos adquiridos a lo largo de sus estudios y ganar experiencia profesional. Además de un centro de investigación y docencia, también cuenta con servicios especiales optométricos, entre los cuales se encuentra la prestación de terapias visuales, adaptación de lentes de contacto y la Unidad de Baja Visión.

El objetivo de este servicio destinado a pacientes con visión severamente alterada, dirigido por la óptica y optometrista Eulalia Sánchez, es la rehabilitación y/o la prescripción de ayudas especiales. Para solicitar dicho servicio es imprescindible que el paciente aporte un informe detallado donde se refleje el diagnóstico y el pronóstico de la enfermedad relativa al déficit visual. De este modo se logra concretar de manera individualizada la mejor asistencia en función del déficit, la patología y las necesidades particulares que presenta cada caso.

En este sentido, destaca la selección de las herramientas útiles para una actividad concreta que se ve truncada por esta deficiencia y el cómputo del valor de graduación necesario para hacerla posible. Así pues, si una persona con baja visión tiene problemas, por ejemplo, para acicalarse y maquillarse, se optará por ofrecer una lupa y calcular los aumentos que ese caso particular requerirá para desarrollar dicha tarea y se le enseña a usar la herramienta.

A lo largo de un curso anual, el CUV atiende a más de 5.000 personas con diferentes problemas de vista por lo que resulta importante contar con un plan integral de detección y ayuda a los de pérdida grave de visión. Por ello, a continuación se sugieren una serie de claves en relación a la creación de intervenciones y otros planes de apoyo que pueden ser aplicados en los servicios que se ofrecen en este centro y así mejorar la atención y orientación particular de los casos de déficit visual.

5.1. EVALUACIÓN VISUAL MÉDICA Y PREVENCIÓN

Es importante la detección precoz o incluso la prevención para evitar, en la medida que se pueda, la aparición de una enfermedad con repercusiones ópticas o controlar el pronóstico de la misma. Así pues, en el conjunto de datos que se recogen en la historia clínica del paciente (anamnesis) debe contemplarse la presencia de enfermedades con componente hereditario e incluir también aquellas patologías sistémicas, sobre todo las vasculares puesto que tienen una conocida repercusión ocular.

Siguiendo el esquema que se propone en la Figura 8, el personal encargado de la evaluación deberá tener en cuenta los factores mencionados para un diagnóstico correcto respecto a la evaluación visual del paciente y usar dicha información como estrategia para detectar una enfermedad en individuos que no presenten sintomatología evidente (*screening*) [3], más allá de la graduación de la vista y revisión optométrica básica y, así, tener en cuenta una posible evolución futura de pérdida visual.

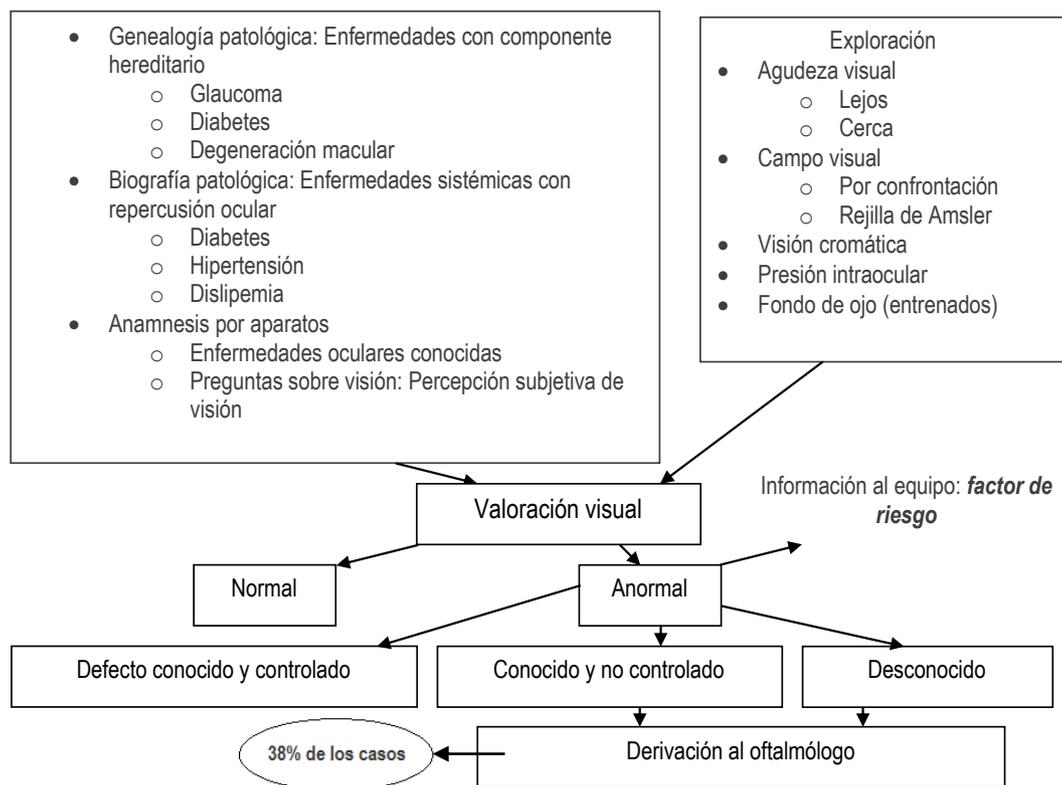


Figura 8:
Valoración de la visión y protocolo de derivación

Imagen extraída de Serrano, 2008 [3]

En conjunto, una buena anamnesis y una exhaustiva exploración darán todos los datos para detectar el estado de enfermedad, salud y posibles factores de riesgo. También sería pertinente que los profesionales alertaran de las repercusiones que las alteraciones sensoriales comportan en la vida personal y, seguidamente, de los posibles

cuadros depresivos asociados. Asimismo, también debe informarse de todas las posibles ayudas que están al alcance, desde tiflotecnología a prestaciones sociales. Además, deben aconsejarse visitas anuales al oftalmólogo (sobre todo en personas con factores de riesgo), hábitos saludables y dieta equilibrada.

5.2. POSIBLES INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS

La relación entre médico y optometrista debe establecerse en un sentido de unión y reciprocidad en el traspaso de información para ofrecer la mejor asistencia médica e instrumental al paciente. Esta cercanía multiprofesional también debe trasladarse hacia la vertiente psicológica necesaria para mejorar el proceso de ajuste y paliar cualquiera de las consecuencias negativas que se puedan producir a un nivel emocional.

Como se ha ido determinando a lo largo de este documento, la deficiencia visual supone un gran impacto emocional. Por ello, sería ideal contar la incorporación de unidad de apoyo psicológico en el CUV de la cual carece actualmente. Asimismo, el personal de la salud también debería tener en cuenta ciertas actitudes o señales cuando se trata con el paciente o sus familiares y que pueden ser una advertencia de cara a la necesidad de una intervención psicológica.

- Actitudes de sobreprotección hacia el individuo afectado por parte de la familia.
- Notar una gran dependencia del afectado a terceras personas o poca autonomía.
- Deterioro cognitivo, el cual cobra especial relevancia en la tercera edad ya que periodos traumáticos o de prolongado estrés pueden producir una disminución de las capacidades cognitivas. En estos casos debería recomendarse el fomentar las relaciones sociales y las actividades de ocio (como coser o leer a través de herramientas adaptadas).
- Falta de participación social.
- Negación de la enfermedad o no-aceptación de la discapacidad.
- Actitudes de rechazo respecto a las ayudas o encerrarse en uno mismo.
- Sintomatología depresiva o ideación suicida.
- Comportamientos autodestructivos.
- Falsas expectativas, existencia de prejuicios, frustración y ansiedad.
- En el caso de los más pequeños, observar si los padres no aceptan la singularidad de su hijo, tienen sentimientos como la culpa, se refugian en el trabajo, están desinformados o medican al menor sin necesidad.

En todos estos casos sería conveniente que el personal que observe dichos factores aconseje una visita psicológica para que el ajuste se dé correctamente. Además, contar con la recomendación objetiva de un profesional puede facilitar aceptar apoyo de este tipo, que suele ir asociado a connotaciones negativas (enfermedades mentales graves, locura y psiquiatría). Asimismo, reconocer que se necesita ayuda no siempre es fácil, así como abrirse y explicar los problemas a otra persona, y menos en los casos de déficit visual ya que el afectado puede normalizar los sentimientos de desánimo o inutilidad.

El uso más amplio de los *tests*, como los expuestos en este trabajo, también facilitarían la detección de estos posibles problemas emocionales y situaciones de mal ajuste. En este sentido, sería pertinente administrarlos de manera regular a los pacientes con deficiencia visual para llevar un control del proceso.

Las cualidades empáticas del personal también serán de ayuda para el paciente. Favorecerá el sentimiento de comodidad durante las visitas y será más propenso a hablar de su situación y sus emociones. Los pequeños detalles y un trato cercano, que no condescendiente, serán el preámbulo a poder ofrecer una terapia psicológica adecuada.

5.3. APOYAR, IMPLICAR E INFORMAR

El apoyo social ya ha sido referido como una parte significativa de cara a lograr la finalización adecuada y exitosa del proceso de ajuste. Este peso recae sobre padres, pareja, familiares en general, amigos o cuidadores del sujeto (sobre todo en la caso de personas mayores). A pesar del importante papel que desempeñan en relación con el ajuste, las personas que forman parte de estos círculos cercanos al sujeto no responden de manera totalmente eficaz. El caso más normalizado es tomar una actitud de sobreprotección y otras semejantes que impiden el desarrollo de la autonomía de la persona afectada por el déficit y sobrecargan de responsabilidad a quien ofrece la ayuda.

Por ello, los cuidadores y familiares deben entender la relevancia de sus actitudes, emociones y reacciones. Además, en los casos en que se resulte necesario, se deben ofrecer orientaciones para generar pautas de cuidado que proporcionen oportunidades para su independencia y autonomía.

También cabe destacar la relevancia de facilitar recursos (p. e. información, estrategias de asertividad y regulación emocional) y asesorarles desde un nivel psicológico. En consecuencia, que el personal que trata al paciente proporcione toda la información necesaria, tanto al sujeto como a los familiares, sobre los diferentes recursos así como ayudas y prestaciones al alcance de las personas con este tipo de discapacidad –junto con los datos y condiciones relativos para solicitarlas– serán de gran ayuda y aportarán una gran tranquilidad a los afectados.

Por este motivo se ha creado un tríptico (ver anexo 7) con el objetivo de informar a los pacientes la Unidad de Baja Visión del CUV y a sus familiares de las ayudas y recursos existentes. Allí, además, se exponen algunos consejos.

6. CONCLUSIONES

Como conclusiones de todo el marco contextual que nos ha servido para marcar unas nuevas pautas de aplicación en los planes de ayuda que se ofrecen a las personas con deficiencia visual podemos señalar los siguientes puntos de interés especial:

- El 80% de la información que procesa nuestro cerebro nos llega a través del órgano de la vista. Aprendemos y nos movemos por la información visual. Por tanto, un déficit en este sentido comportará repercusiones en todas las esferas de actividad del individuo.

- Los problemas de visión son relevantes, tanto por su frecuencia como por sus causas y consecuencias, que pueden llegar a tener repercusiones emocionales.

- La prevención y las revisiones regulares pueden evitar la aparición de un déficit visual grave o el avance de enfermedades que pueden llegar a provocarlo.

- Las patologías oculares tienen una clara relación con la edad y, con un sustrato común en el envejecimiento, el riesgo vascular. Por tanto, es imprescindible que la valoración sensorial forme parte de la valoración geriátrica, con dos objetivos básicos: detección de los problemas de visión y prevención de la fragilidad.

- El ajuste es la finalización exitosa del proceso de adaptación al déficit visual. Para que este ocurra exitosamente debe aceptarse la discapacidad y debe haber ausencia de sintomatología depresiva.

- El modelo de Ellis (1962) y Lazarus (1993) explica cómo ocurre este proceso: la aparición de un déficit visual conlleva una serie de limitaciones y restricciones por lo que se da una situación de estrés implícita. Aquello que la persona piense acerca de su situación hará que le sobrevengan unos sentimientos negativos que pueden llegar a ser patológicos. Este modelo propone una revisión constante (*feedback*) de las emociones a lo largo del proceso de ajuste que marca su evolución y progreso por lo que se especifica que los sentimientos psicopatológicos (tales como la depresión y la ansiedad) irán cambiando, ya sea a mejor o a peor.

- No hay consenso científico en las variables que intervienen en el proceso de ajuste por la dificultad de englobar la individualidad y particularidades de cada caso de déficit visual sobrevenido. Con todo, las variables de mayor consenso son la significación de la enfermedad, la valoración de los recursos tanto personales como sociales y los sentimientos psicopatológicos.

- A partir de las variables se podrá valorar el ajuste y ofrecer una terapia individualizada, de ser necesaria.

- Los *tests* psicológicos son de fácil administración y útiles para valorar el ajuste ya que permiten desglosar un tema complejo en diferentes variables a estudiar.

- Es altamente recomendable hacer un buen uso de los *tests* (conociendo y comparando los baremos) a cualquier personal del ámbito de la salud que esté en contacto con este tipo de pacientes. El objetivo será detectar cuáles son los puntos fuertes y débiles de la persona permitiendo una ayuda psicosocial personalizada en el caso necesario.

- La discapacidad es toda restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humana (según la definición de la OMS). En este sentido, todas las problemáticas motoras, psicológicas y sociales que se dan en los casos de déficit visual grave lo convierten en una patología discapacitante.

- Para acceder a cualquier ayuda (tanto del Estado como de la Generalitat o municipal) se debe tener el reconocimiento de discapacidad que en Cataluña lo proporciona el CAD.

- Es necesario sensibilizar a los profesionales sanitarios sobre estas cuestiones, tanto si desarrollan su labor en el ámbito sanitario como social, a fin de optimizar los esfuerzos preventivos.

- La sinergia entre los diferentes profesionales en contacto con el paciente con la deficiencia visual sobrevenida puede ser fundamental para favorecer el proceso de ajuste correcto y estimar las mejores ayudas.

- La heterogeneidad de los casos de déficit visual supone una dificultad añadida a la hora de estipular una intervención y un plan de ayuda generalizado.

- Una buena orientación y rehabilitación servirá para acomodar a las personas con déficit de visión a su situación, lograr su autonomía y su bienestar.

- El marco contextual aportado justifica la importancia de una atención psicológica y específica a cada paciente que va más allá del ámbito optométrico.

El análisis efectuado permite concluir con la necesidad de enriquecer los servicios tradicionales de discapacidad visual con nuevas perspectivas. Por ello, el mejor modelo de ayuda consistiría en un programa multidisciplinario que ofrezca tanto un tratamiento médico, rehabilitación, como orientación y apoyo psicológico que fomente la participación y la integración social de estas personas.

REFERENCIAS

- [1] F. Gómez-Ulla y S. Ondategui-Parra (2012). Informe sobre la ceguera en España: El estado de la ceguera en España. Fundación retinaplus, 26-40.
- [2] Organización Mundial de la Salud. Preguntas más frecuentes: ¿cómo define la OMS la salud? Recuperado del enlace: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/es/>
- [3] P. Serrano Garijo y J.M. Ramírez Sebastián (2008). Edad, salud y deterioro de la visión: la disminución visual como síndrome geriátrico. Integración. 55,9-19.
- [4] P. Díaz Veiga (2008). Discapacidad visual y autonomía: las posibilidades de las personas mayores. Integración. 55, 26-33.
- [5] Hans-Werner Wahl (2013) The Psychological challenge of Late-Life Vision Impairment: Concepts, Findings, and Practical Implications. Hindawi (volume 2013), pag 11.
- [6] Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), Organización Mundial de la Salud. Actividades y participación, 133-185.
- [7] R. Pallero González (2008). Ajuste psicosocial a la discapacidad visual en personas mayores. Integración. 55, 34-42.
- [8] Javier Checa Benito (2003). Evaluación psicológica en el proceso de ajuste a la discapacidad visual. ONCE. Capítulo 3, 100-162.
- [9] M. Lupón, L. Quevedo, A. Torrents (2012). Psicología en atención visual. Tema 2: psicología y salud.
- [10] Claire L. Nollett, Nathan Bray, Catey Bunce, Robin J. Casten, Rhiannon T. Edwards, Mark T. Hegel, Sarah Janikoun, Sandra E. Jumbe, Barbara Ryan, Julia Shearn, Daniel J. Smith, Miles Stanford, Wen Xing, Tom H. Margrain (2015). High Prevalence of Untreated Depression in Patients Accessing Low-Vision Services. ResearchGate.
- [11] K. Boerner y S. Wang (2012). Goals with limited vision: A qualitative study of coping with vision-related goal interference in midlife. Clinica Rehabil. 26 (1), 81-93.
- [12] Salut Albà Arbalat, Valle Flores Lucas (2015). Aspectos psicológicos y su relación con la calidad de vida en pacientes con baja visión. Gaceta, artículo científico. 499.
- [13] R. Pallero, M. Díaz, P. Joan Ferrando, U. Lorenzo (2006). Adaptación española de la escala de ajuste de Nottingham.
- [14] Rafael Pallero. Tesis doctoral: Ajuste a la pérdida visual sobrevenida en la vejez: un estudio psicométrico. Universidad Rovira y Virgili.

[15] National Eye Institute (1996). Visual Functioning Questionnaire-25, self administered format.

[16] Jaime Minguijón Pablo, Ana M^a Pacheco Gómez, David Pac Salas (2005). Discapacidad y empleo. Instituto Aragonés de Empleo, Departamento de Economía, Hacienda y Empleo. Capítulo 4: Aproximación al concepto de discapacidad, 33-39.

[17] Generalitat de Catalunya (2017). Tipus de discapacitat. Generalitat de Catalunya: Departament de Treball, Afers Socials i Familiars. Recuperado de: http://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/persones_amb_discapacitat/que_es_i_com_es_reconeix_la_situacio_de_discapacitat/tipus_discapacitat/

[18] Oxford Living Dictionaries. Definición de invalidez en español. Recuperado de:

<https://es.oxforddictionaries.com/definicion/invalidez>

[19] Generalitat de Catalunya (2017). Què és i com es reconeix la situació de dependència. Generalitat de Catalunya: Departament de Treball, Afers Socials i Familiars. Recuperado de:

http://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/persones_amb_dependencia/que_es_i_com_es_reconeix_la_situacio_de_dependencia/

[20] Ricardo Egea. Incapacidad natural e incapacidad legal, 117-130.

[21] Generalitat de Catalunya (2017). Reconeixement del grau de discapacitat. Generalitat de Catalunya: Departament de Treball, Afers Socials i Familiars. Recuperado de: <http://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/tramits/tramits-temes/Reconeixement-del-grau-de-discapacitat>.

[22] Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Núm. 22, de 26 de enero de 2000, páginas 3317 a 3410 (94 págs.) Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2000-1546>

[23] Generalitat de Catalunya (2017). Grau de discapacitat. Generalitat de Catalunya: Departament de Treball, Afers Socials i Familiars. Recuperado de: http://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/persones_amb_discapacitat/que_es_i_com_es_reconeix_la_situacio_de_discapacitat/graus_discapacitat/

[24] Generalitat de Catalunya (2017). Avantatges de la tarjeta acreditativa de discapacitat. Generalitat de Catalunya: Departament de Treball, Afers Socials i Familiars. Recuperado de:

http://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/persones_amb_discapacitat/que_es_i_com_es_reconeix_la_situacio_de_discapacitat/targeta_acreditativa_discapacitat/avantatges_carpeta/index.html

[25] Generalitat de Catalunya (2017). Gossos d'assistència. Departament de Treball, Afers Socials I Familiars. Recuperado de:

http://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/persones_amb_discapacitat/accessibilitat_intern/accessibilitat_i_autonomia/gossos_assistencia/

[26] ONCE (2017). Servicios sociales. Recuperado de:
<http://www.once.es/new/servicios-especializados-en-discapacidad-visual>



GRADO EN ÓPTICA Y OPTOMETRÍA

ANEXOS

Índice del anexo

1. Escala de ajuste de Nottingham.....	1
2. Escala de ajuste a la pérdida visual relacionada con la edad.....	7
3. Visual Functioning Questionnaire.....	11
4. Centros de atención a la discapacidad (CAD) en Cataluña.....	15
5. Ayudas PUA (catálogo).....	18
6. Hoja de recogida de datos personales y propuesta de test.....	37
7. Tríptico informativo.....	43

ANEXO 1

Escala de Ajuste de Nottingham (NAS)

Nombre y apellidos:.....

Edad: **Sexo:** **Estado civil:**.....

Fecha de administración:

Consigna:

Le voy a hacer una serie de preguntas sobre su estado en las últimas semanas. Siempre hablaremos de lo que ha ocurrido recientemente, en las últimas semanas. Para contestar dígame si lo que le pregunto le ha ocurrido:

En absoluto o nada: N.

Algo o de vez en cuando: n.

Bastante o con mucha frecuencia: m.

Casi siempre: M.

Deben leerse los ítems de A1 y A2 en orden numérico correlativo del 1 a 12. (El sumatorio se realizará separando los ítems en las dos subescalas).

Subescala A1. Indicadores de ansiedad-depresión

	N	n	m	M
A1. ¿Recientemente se ha sentido sin fuerzas y como si no fuera Vd. el mismo de siempre?	4	3	2	1
A2. ¿Recientemente ha tenido la sensación de estar enfermo? (No si ha estado enfermo, si no si ha tenido la sensación de sentirse enfermo).	4	3	2	1
A3. ¿Recientemente se ha sentido todo el tiempo en tensión?	4	3	2	1
A4. ¿Recientemente ha notado que todo se vuelve una carga?	4	3	2	1
A5. ¿Recientemente se ha sentido nervioso y tenso la mayor parte del tiempo?	4	3	2	1
A6. ¿Recientemente ha pensado que es una persona que no vale nada?	4	3	2	1
A10 ¿Recientemente se ha encontrado que, a veces, no podía hacer nada porque sus nervios estaban muy mal?	4	3	2	1

Subescala A2. Ideación suicida

	N	n	m	M
A7. ¿Recientemente ha sentido que en la vida no hay esperanza?	4	3	2	1
A8. ¿Recientemente ha sentido que la vida no vale la pena vivirla?	4	3	2	1
A9. ¿Recientemente ha pensado en la posibilidad de acabar consigo mismo?	4	3	2	1
A11 ¿Recientemente ha deseado estar muerto y lejos de todo?	4	3	2	1
A12 ¿Recientemente se le ha pasado mucho por la cabeza la idea de quitarse la vida?	4	3	2	1

Le voy a leer una serie de frases como si las leyera Vd. Aunque estén escritas como afirmaciones, no son ni ciertas, ni falsas. Se las leo para que, simplemente, me dé su opinión sobre ellas. Para contestar dígame si está:

Totalmente de acuerdo: A.

De acuerdo, simplemente: a.

En desacuerdo, simplemente: d.

Totalmente en desacuerdo: D.

*No sabe: *.*

Subescala B. Autoestima

	A	a	*	d	D
B1. En general estoy satisfecho/a conmigo mismo/a.	5	4	3	2	1
B2. A veces pienso que no sirvo para nada.	1	2	3	4	5
B3. Soy capaz de hacer las cosas igual de bien que la mayoría de la gente.	5	4	3	2	1
B4. Desde luego, me siento inútil a veces.	1	2	3	4	5
B5. Siento que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso/a.	1	2	3	4	5
B6. Siento que soy una persona válida, al menos tanto como las demás.	5	4	3	2	1
B7. Ojalá tuviera más respeto por mí mismo/a.	1	2	3	4	5
B8. En general, tiendo a sentir que soy un fracaso.	1	2	3	4	5
B9. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.	5	4	3	2	1

Subescala C. Actitudes

	A	a	*	d	D
C1. Las personas con deficiencia visual suelen fracasar en la mayoría de las cosas que hacen.	1	2	3	4	5
C2. La mayoría de las personas deficientes visuales están constantemente preocupadas por lo que les pueda pasar.	1	2	3	4	5
C3. La mayoría de las personas deficientes visuales son reservadas en sus cosas.	1	2	3	4	5
C4. La mayoría de deficientes visuales sienten que son personas que no valen para nada.	1	2	3	4	5
C5. Las personas deficientes visuales, generalmente, se alteran más fácilmente que la gente que ve bien.	1	2	3	4	5
C6. La mayoría de las personas deficientes visuales no están satisfechas consigo mismas.	1	2	3	4	5
C7. La mayoría de las personas deficientes visuales creen que la pérdida visual es lo peor que les podía haber pasado.	1	2	3	4	5

Subescala E. Aceptación

	A	a	*	d	D
E1. A causa de mi problema visual, me siento triste casi todo el tiempo.	1	2	3	4	5
E2. Me hace sentir muy mal darme cuenta de todo lo que las personas que ven bien pueden hacer y yo no.	1	2	3	4	5
E3. A causa de mi problema visual, tengo poco que ofrecer a los demás.	1	2	3	4	5
E4. A causa de mi problema visual, la vida de los demás tiene más sentido que la mía.	1	2	3	4	5
E5. Me siento satisfecho/a con mis habilidades, y por ello mi problema visual no me preocupa demasiado.	5	4	3	2	1
E6. A causa de mi problema visual, casi todas las áreas de la vida están cerradas para mí.	1	2	3	4	5
E7. Mi problema visual me impide hacer casi todo lo que quiero hacer y ser el tipo de persona que realmente quiero ser.	1	2	3	4	5
E8. En casi todo, mi problema visual me resulta tan molesto que no puedo disfrutar de nada.	1	2	3	4	5
E9. Con frecuencia pienso en mi problema visual y me altera tanto que soy incapaz de pensar o hacer nada.	1	2	3	4	5

	A	a	*	d	D
F1. Abandono las cosas antes de acabarlas.	1	2	3	4	5
F2. Si algo me parece demasiado complicado, ni me molesto en intentarlo.	1	2	3	4	5
F3. Cuando decido hacer algo, me pongo enseguida a hacerlo.	5	4	3	2	1
F4. Cuando intento aprender algo nuevo, si de entrada no me sale bien, lo dejo.	1	2	3	4	5
F5. Evito intentar aprender cosas nuevas si estas me parecen demasiado difíciles.	1	2	3	4	5
F6. Si fracaso haciendo alguna cosa, lo vuelvo a intentar con más ganas.	5	4	3	2	1
F7. Abandono fácilmente.	1	2	3	4	5
F8. No me encuentro capaz de enfrentarme a los problemas de la vida.	1	2	3	4	5

Subescala F. Autoeficacia

Le voy a continuar leyendo una serie de frases. Dígame con qué frecuencia estas afirmaciones le ocurren o le han ocurrido a Ud. Para contestar, dígame si le ocurre o le ha ocurrido:

Siempre. A.

A menudo. B.

Algunas veces. C.

Raras veces. D.

Nunca. E.

Subescala G. Estilo atributivo

	A	B	C	D	E
G1. Todos los éxitos que he tenido han sido debidos a la suerte.	1	2	3	4	5
G2. Si las cosas van mal, se debe a causas que no puedo controlar.	1	2	3	4	5
G3. Cualquier éxito que yo haya tenido, ha sido debido a causas externas a mí.	1	2	3	4	5
G4. Cualquier éxito que haya tenido ha sido porque las circunstancias han sido adecuadas.	1	2	3	4	5
G5. Si las cosas salen bien es por buena suerte.	1	2	3	4	5
G6. Si las cosas van bien es porque la sociedad me ayuda.	1	2	3	4	5

RESULTADOS

	PUNTUACIONES DIRECTAS	CENTILES	PUNTUACIONES T
A1. Indicadores de ansiedad- depresión			
A2. Ideación suicida			
B. Autoestima			
C. actitudes			
E. Aceptación			
F. Autosuficiencia			
G. Estilo atributivo			

ANEXO 2

Escala de ajuste a la pérdida visual relacionada con la edad (AVL)

Nombre y apellidos:.....

Edad: Sexo: Estado civil:

Fecha de administración:

Consigna: A continuación, le leeré algunas frases relacionadas con la discapacidad visual. No son ni ciertas ni falsas, algunas personas pueden estar de acuerdo con ellas y otras no, le pido que me diga si Vd. lo está o no.

1. A causa de mi pérdida visual, siento que no puedo hacer nada por mí mismo/a.			
<i>Acuerdo</i>	0	<i>Desacuerdo</i>	1
2. La mayoría de los servicios sociales para personas con deficiencia visual no son útiles para ayudarles eficazmente con sus problemas.			
<i>Acuerdo</i>	0	<i>Desacuerdo</i>	1
3. La deficiencia visual es la causa de todos mis problemas.			
<i>Acuerdo</i>	0	<i>Desacuerdo</i>	1
4. Puedo seguir haciendo muchas de las tareas que me gustan, lo único que pasa es que tardo más a causa de mi deficiencia visual.			
<i>Acuerdo</i>	1	<i>Desacuerdo</i>	0
5. Algunos miembros de mi familia actúan como si las personas con deficiencia visual fuesen una carga para ellos.			
<i>Acuerdo</i>	0	<i>Desacuerdo</i>	1

6. Una persona con deficiencia visual nunca puede ser realmente feliz.			
<i>Acuerdo</i>	0	<i>Desacuerdo</i>	1
7. Las personas con deficiencia visual tienen que depender de los que ven bien para hacer la mayoría de las cosas que antes hacían por sí mismas.			

<i>Acuerdo</i>	0	<i>Desacuerdo</i>	1
8. Aprendiendo nuevas maneras de hacer las cosas, para compensar la pérdida de visión, una persona con deficiencia visual tiene la oportunidad de ser más independiente.			
<i>Acuerdo</i>	1	<i>Desacuerdo</i>	0
9. Las personas con deficiencia visual no pueden permitirse replicar o discutir con la familia o los amigos, ya que dependen de ella (la familia) o de ellos (los amigos).			
<i>Acuerdo</i>	0	<i>Desacuerdo</i>	1
10. La gente no debería esperar demasiado de las personas con deficiencia visual.			
<i>Acuerdo</i>	0	<i>Desacuerdo</i>	1
11. Es humillante para las personas con deficiencia visual depender tanto de la familia y amigos.			
<i>Acuerdo</i>	0	<i>Desacuerdo</i>	1
12. Aunque las circunstancias de mi vida han cambiado, sigo siendo la misma persona de antes de la pérdida visual.			
<i>Acuerdo</i>	1	<i>Desacuerdo</i>	0
13. Es demasiado difícil, para las personas mayores que han perdido visión, aprender nuevas maneras de hacer las cosas para compensar la deficiencia visual.			
<i>Acuerdo</i>	0	<i>Desacuerdo</i>	1
14. A las personas deficientes visuales les convendría aceptar que el déficit visual las vuelve bastante indefensas.			
<i>Acuerdo</i>	0	<i>Desacuerdo</i>	1
15. Las personas que experimentan la pérdida visual de mayores nunca serán capaces de aprender a moverse sin tropezar con las cosas.			
<i>Acuerdo</i>	0	<i>Desacuerdo</i>	1
16. Me siento cómodo/a pidiendo a mi familia o a mis amigos ayuda en cosas que ya no puedo hacer a causa de mi pérdida visual.			
<i>Acuerdo</i>	1	<i>Desacuerdo</i>	0

17. Generalmente a la gente que ve bien no le gusta estar con personas que tienen problemas visuales graves.			
<i>Acuerdo</i>	0	<i>Desacuerdo</i>	1
18. Cuando una persona pierde visión, sus amigos que ven bien no la entienden como antes.			
<i>Acuerdo</i>	0	<i>Desacuerdo</i>	1
19. Perder la visión significa perder la identidad.			
<i>Acuerdo</i>	0	<i>Desacuerdo</i>	1
20. Las personas con problemas de visión están incómodas haciendo nuevas amistades porque suelen tener problemas para ver las caras de la gente claramente.			
<i>Acuerdo</i>	0	<i>Desacuerdo</i>	1
21. Existen cosas peores, que pueden ocurrirle a una persona, que perder la vista			
<i>Acuerdo</i>	1	<i>Desacuerdo</i>	0
22. Las personas sin problemas de visión esperan que las personas con deficiencia visual hagan cosas que son imposibles.			
<i>Acuerdo</i>	0	<i>Desacuerdo</i>	1
23. A causa de mi problema visual, tengo miedo de que la gente se aproveche de mí.			
<i>Acuerdo</i>	0	<i>Desacuerdo</i>	1
24. Es mejor para las personas con problemas de visión dejar que los demás hagan las cosas por ellas.			
<i>Acuerdo</i>	0	<i>Desacuerdo</i>	1

ANEXO 3

Visual Functioning Questionnaire (VFQ-25)

Visual Functioning Questionnaire - 25

PART 1 - GENERAL HEALTH AND VISION

1. **In general**, would you say your overall **health** is:

(Circle One)

- Excellent..... 1
- Very Good..... 2
- Good 3
- Fair 4
- Poor..... 5

2. At the present time, would you say your eyesight using both eyes (with glasses or contact lenses, if you wear them) is **excellent**, **good**, **fair**, **poor**, or **very poor** or are you **completely blind**?

(Circle One)

- Excellent..... 1
- Good 2
- Fair 3
- Poor..... 4
- Very Poor 5
- Completely Blind..... 6

3. How much of the time do you worry about your eyesight?

(Circle One)

- None of the time1
- A little of the time2
- Some of the time.....3
- Most of the time4
- All of the time?.....5

4. How much pain or discomfort have you had in and around your eyes (for example, burning, itching, or aching)? Would you say it is:

(Circle One)

- None.....1
- Mild.....2
- Moderate.....3
- Severe, or.....4
- Very severe?.....5

PART 2 - DIFFICULTY WITH ACTIVITIES

The next questions are about how much difficulty, if any, you have doing certain activities wearing your glasses or contact lenses if you use them for that activity.

5. How much difficulty do you have reading ordinary print in newspapers? Would you say you have:

(Circle One)

- No difficulty at all 1
- A little difficulty..... 2
- Moderate difficulty..... 3
- Extreme difficulty 4
- Stopped doing this because of your eyesight 5
- Stopped doing this for other reasons or not interested in doing this 6

6. How much difficulty do you have doing work or hobbies that require you to see well up close, such as cooking, sewing, fixing things around the house, or using hand tools? Would you say:

(Circle One)

- No difficulty at all 1
- A little difficulty..... 2
- Moderate difficulty..... 3
- Extreme difficulty 4
- Stopped doing this because of your eyesight 5
- Stopped doing this for other reasons or not interested in doing this 6

7. Because of your eyesight, how much difficulty do you have finding something on a crowded shelf?

(Circle One)

- No difficulty at all 1
- A little difficulty..... 2
- Moderate difficulty..... 3
- Extreme difficulty 4
- Stopped doing this because of your eyesight 5
- Stopped doing this for other reasons or not interested in doing this 6

8. How much difficulty do you have reading street signs or the names of stores?

(Circle One)

- No difficulty at all 1
- A little difficulty..... 2
- Moderate difficulty..... 3
- Extreme difficulty 4
- Stopped doing this because of your eyesight 5
- Stopped doing this for other reasons or not interested in doing this 6

9. Because of your eyesight, how much difficulty do you have **going down steps, stairs, or curbs in dim light or at night?**

(Circle One)

- No difficulty at all 1
- A little difficulty..... 2
- Moderate difficulty..... 3
- Extreme difficulty 4
- Stopped doing this because of your eyesight 5
- Stopped doing this for other reasons or not interested in doing this 6

10. Because of your eyesight, how much difficulty do you have **noticing objects off to the side while you are walking along?**

(Circle One)

- No difficulty at all 1
- A little difficulty..... 2
- Moderate difficulty..... 3
- Extreme difficulty 4
- Stopped doing this because of your eyesight 5
- Stopped doing this for other reasons or not interested in doing this 6

11. Because of your eyesight, how much difficulty do you have **seeing how people react to things you say?**

(Circle One)

- No difficulty at all 1
- A little difficulty..... 2
- Moderate difficulty..... 3
- Extreme difficulty 4
- Stopped doing this because of your eyesight 5
- Stopped doing this for other reasons or not interested in doing this 6

12. Because of your eyesight, how much difficulty do you have picking out and matching your own clothes?

(Circle One)

- No difficulty at all 1
- A little difficulty..... 2
- Moderate difficulty..... 3
- Extreme difficulty 4
- Stopped doing this because of your eyesight 5
- Stopped doing this for other reasons or not interested in doing this 6

13. Because of your eyesight, how much difficulty do you have visiting with people in their homes, at parties, or in restaurants?

(Circle One)

- No difficulty at all 1
- A little difficulty..... 2
- Moderate difficulty..... 3
- Extreme difficulty 4
- Stopped doing this because of your eyesight 5
- Stopped doing this for other reasons or not interested in doing this 6

14. Because of your eyesight, how much difficulty do you have going out to see movies, plays, or sports events?

(Circle One)

- No difficulty at all 1
- A little difficulty..... 2
- Moderate difficulty..... 3
- Extreme difficulty 4
- Stopped doing this because of your eyesight 5
- Stopped doing this for other reasons or not interested in doing this 6

15. Are you currently driving, at least once in a while?

(Circle One)

Yes 1 Skip To Q 15c

No.....2

15a. IF NO: Have you never driven a car or have you given up driving?

(Circle One)

Never drove 1 Skip To Part 3, Q 17

Gave up2

15b. IF YOU GAVE UP DRIVING: Was that mainly because of your eyesight, mainly for some other reason, or because of both your eyesight and other reasons?

(Circle One)

Mainly eyesight 1 Skip To Part 3, Q 17

Mainly other reasons 2 Skip To Part 3, Q 17

Both eyesight and other reasons ... 3 Skip To Part 3, Q 17

15c. IF CURRENTLY DRIVING: How much difficulty do you have driving during the daytime in familiar places? Would you say you have:

(Circle One)

No difficulty at all.....1

A little difficulty.....2

Moderate difficulty.....3

Extreme difficulty.....4

16. How much difficulty do you have driving at night? Would you say you have:

(Circle One)

- No difficulty at all1
- A little difficulty2
- Moderate difficulty3
- Extreme difficulty4
- Have you stopped doing this because
of your eyesight.....5
- Have you stopped doing this for other
reasons or are you not interested in
doing this6

16A. How much difficulty do you have driving in difficult conditions, such as in bad weather, during rush hour, on the freeway, or in city traffic?
Would you say you have:

(Circle One)

- No difficulty at all1
- A little difficulty2
- Moderate difficulty3
- Extreme difficulty4
- Have you stopped doing this because
of your eyesight.....5
- Have you stopped doing this for other
reasons or are you not interested in
doing this6

PART 3: RESPONSES TO VISION PROBLEMS

The next questions are about how things you do may be affected by your vision. For each one, please circle the number to indicate whether for you the statement is true for you all, most, some, a little, or none of the time.

(Circle One On Each Line)

READ CATEGORIES:

All of the time	Most of the time	Some of the time	A little of the time	None of the time
--------------------	---------------------	------------------------	----------------------------	---------------------

17. <u>Do you accomplish less than you would like because of your vision?</u>	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

18. <u>Are you limited in how long you can work or do other activities because of your vision?</u>	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

19. How much does pain or discomfort <u>in or around your eyes</u> , for example, burning, itching, or aching, keep you from doing what you'd like to be doing? Would you say:	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

For each of the following statements, please circle the number to indicate whether for you the statement is definitely true, mostly true, mostly false, or definitely false for you or you are not sure.

(Circle One On Each Line)

	Definitely True	Mostly True	Not Sure	Mostly False	Definitely False
20. I <u>stay home most of the time</u> because of my eyesight.....	1	2	3	4	5
21. I feel <u>frustrated</u> a lot of the time because of my eyesight.....	1	2	3	4	5
22. I have <u>much less control</u> over what I do, because of my eyesight.	1	2	3	4	5
23. Because of my eyesight, I have to <u>rely too much on what other people tell me</u> ..	1	2	3	4	5
24. I <u>need a lot of help</u> from others because of my eyesight.....	1	2	3	4	5
25. I worry about <u>doing things that will embarrass myself or others</u> , because of my eyesight.....	1	2	3	4	5

A4. Because of your eyesight, how much difficulty do you have figuring out whether bills you receive are accurate?

(Circle One)

- No difficulty at all 1
- A little difficulty..... 2
- Moderate difficulty..... 3
- Extreme difficulty 4
- Stopped doing this because of your eyesight 5
- Stopped doing this for other reasons or not interested in doing this 6

A5. Because of your eyesight, how much difficulty do you have doing things like shaving, styling your hair, or putting on makeup?

(Circle One)

- No difficulty at all 1
- A little difficulty..... 2
- Moderate difficulty..... 3
- Extreme difficulty 4
- Stopped doing this because of your eyesight 5
- Stopped doing this for other reasons or not interested in doing this 6

SUBSCALE: DISTANCE VISION

A6. Because of your eyesight, how much difficulty do you have recognizing people you know from across a room?

(Circle One)

- No difficulty at all 1
- A little difficulty..... 2
- Moderate difficulty..... 3
- Extreme difficulty 4
- Stopped doing this because of your eyesight 5
- Stopped doing this for other reasons or not interested in doing this 6

A7. Because of your eyesight, how much difficulty do you have taking part in active sports or other outdoor activities that you enjoy (like golf, bowling, jogging, or walking)?

(Circle One)

- No difficulty at all 1
- A little difficulty..... 2
- Moderate difficulty..... 3
- Extreme difficulty 4
- Stopped doing this because of your eyesight 5
- Stopped doing this for other reasons or not interested in doing this 6

A8. Because of your eyesight, how much difficulty do you have seeing and enjoying programs on TV?

(Circle One)

- No difficulty at all 1
- A little difficulty..... 2
- Moderate difficulty..... 3
- Extreme difficulty 4
- Stopped doing this because of your eyesight 5
- Stopped doing this for other reasons or not interested in doing this 6

SUBSCALE: SOCIAL FUNCTION

A9. Because of your eyesight, how much difficulty do you have entertaining friends and family in your home?

(Circle One)

- No difficulty at all 1
- A little difficulty..... 2
- Moderate difficulty..... 3
- Extreme difficulty 4
- Stopped doing this because of your eyesight 5
- Stopped doing this for other reasons or not interested

SUBSCALE: DRIVING

A10. [This item, “driving in difficult conditions”, has been included as part of the base set of 25 items as item 16a.]

SUBSCALE: ROLE LIMITATIONS

A11. The next questions are about things you may do because of your vision. For each item, please circle the number to indicate whether for you this is true for you all, most, some, a little, or none of the time.

(Circle One On Each Line)

	All of the time	Most of the time	Some of the time	A little of the time	None of the time
a. <u>Do you have more help</u> from others because of your vision?	1	2	3	4	5
b. <u>Are you limited</u> in the kinds of things you can do because of your vision?	1	2	3	4	5

SUBSCALES: WELL-BEING/DISTRESS (#A12) and DEPENDENCY (#A13)

The next questions are about how you deal with your vision. For each statement, please circle the number to indicate whether for you it is definitely true, mostly true, mostly false, or definitely false for you or you don't know.

(Circle One On Each Line)

	Definitely True	Mostly True	Not Sure	Mostly False	Definitely False
A12. I am often <u>irritable</u> because of my eyesight.	1	2	3	4	5
A13. I <u>don't go out of my home alone</u> , because of my eyesight.....	1	2	3	4	5

ANEXO 4

Centros de Atención a la Discapacidad (CAD) en Catalunya

- PROVINCIA DE BARCELONA

1. CAD Infantil de Grassot

C/ Grassot, 3, 4t (08025 Barcelona)

Tel. 93.458.99.88

Valoración y orientación de niños con disminución física, psíquica, sensorial y enfermos mentales de 0 a 16 años.

Zona de influencia: todas las comarcas de Barcelona, a excepción del Vallès Occidental, el Bages y el Berguedà

2. CAD d'Adults de Badal

C/ Badal, 102. Entrada per Bonaventura Pollés (08014 Barcelona)

Tel. 93.331.21.62

Orientación de adultos con disminución física, psíquica, sensorial y enfermedades mentales a partir de 16 años.

Zona de influencia: municipios de Barcelona, el Hospitalet de Llobregat, Sant Just Desvern, Esplugues de Llobregat y las comarcas del Alt Penedès, l'Anoia, el Garraf, Osona, el Vallès Oriental y el Baix Llobregat

3. CAD d'Adults de Badalona

Av. Marquès de Mont-Roig, 64 (08912 Badalona)

Tel. 93.387.41.08

Orientación de adultos con disminución física, psíquica, sensorial y enfermedades mentales a partir de 16 años.

Zona de influencia: municipios de Badalona, Santa Coloma de Gramenet, Sant Adrià de Besòs y la comarca del Maresme.

4. CAD de Terrassa

C/ Prat de la Riba, 30-32 (08222 Terrassa)

Tel. 93.785.83.00

Valoración y orientación de niños y adultos con disminución física, psíquica, sensorial y enfermedades mentales.

Zona de influencia: comarcas del Vallès Occidental, el Bages i el Berguedà.

5. Equip de Valoracions d'Adults i EVO Laboral de Barcelona

Av. Paral·lel, 145 (08004 Barcelona)

Tel. 93.425.22.44

Valoración de adultos con disminución física, psíquica, sensorial y enfermedades mentales a partir de 16 años

Se valoran solicitudes que han llegado a los CAD de Badal y Badalona.

Valoración y orientación laboral de personas con disminución física, psíquica, sensorial y enfermedades mentales en edad laboral.

- EL RESTO DE CATALUÑA

1. CAD de Girona

C/ Emili Grahit, 2 (17001 Girona)

Tel. 972.21.70.12

Valoración y orientación de niños y adultos con disminución física, psíquica, sensorial y enfermedades mentales.

Zona de influencia: provincia de Girona.

2. CAD de Lleida

Av. del Segre, 5 (25007 Lleida)

973.24.41.00

Valoración y orientación de niños y adultos con disminución física, psíquica, sensorial y enfermedades mentales.

Zona de influencia: provincia de Lleida.

3. CAD de Tarragona

Av. d'Andorra, 9, bajos (43002 Tarragona)

Tel. 977.21.34.71

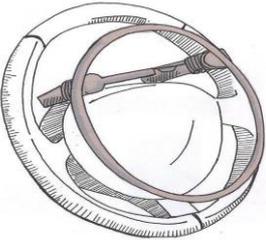
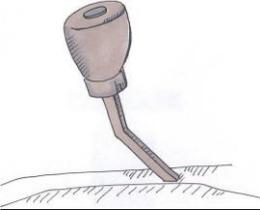
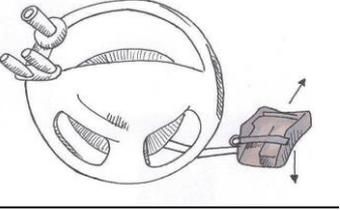
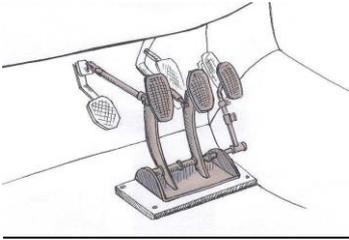
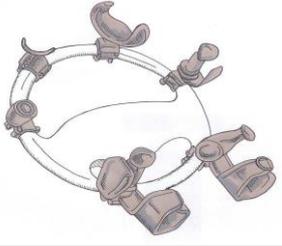
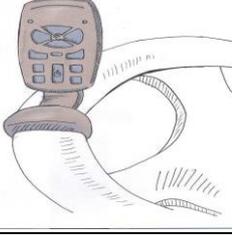
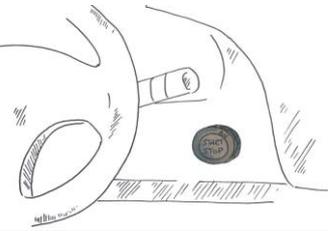
Valoración y orientación de niños y adultos con disminución física, psíquica, sensorial y enfermedades mentales.

Zona de influencia: provincia de Tarragona.

ANEXO 5

Ayudas PUA (catálogo)

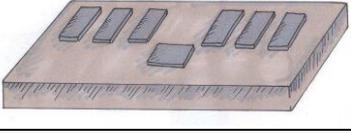
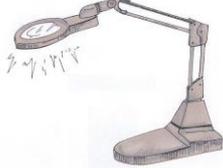
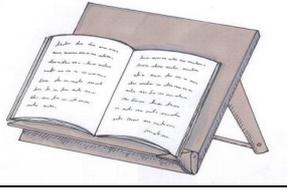
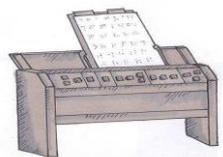
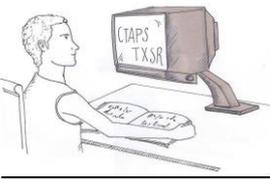
CATÀLEG DEL PROGRAMA D'AJUDES D'ATENCIÓ SOCIAL PER A PERSONES AMB DISCAPACITAT 2016

CODI	NOM PRODUCTE	FUNCIÓ I DESTINATARIS	IMATGES	IMPORT	PERÍODE	OBSERVACIONS
109	Accelerador electrònic (1) <u>ISO 12 12 04</u>	F: Permet fer l'acció d'accelerar amb la mà substituint haver de prémer el pedal amb el peu. D: Persones amb barem de mobilitat o que no superin el barem de mobilitat però que requereixin adaptacions al vehicle d'acord amb les condicions restrictives del permís de conduir.		1.600,00 €	5 anys	Cal presentar la fitxa tècnica on consti la modificació tècnica del vehicle.
112	Fre d'estacionament elèctric (1) <u>ISO 12 12 05</u>	F: Permet accionar el fre d'estacionament prement un botó D: Persones amb barem de mobilitat o que no superin el barem de mobilitat però que requereixin adaptacions al vehicle d'acord amb les condicions restrictives del permís de conduir.		1.000,00 €	5 anys	Cal presentar la fitxa tècnica on consti la modificació tècnica del vehicle.
114	Accelerador i fre per a tetraplègics (1) <u>ISO 12 12 04/05</u>	F: Permet fer les dues funcions principals, accelerar i frenar amb un sol dispositiu accionat per un braç que té una empunyadura especial D: Persones amb barem de mobilitat o que no superin el barem de mobilitat però que requereixin adaptacions al vehicle d'acord amb les condicions restrictives del permís de conduir.		2.500,00 €	5 anys	Cal presentar la fitxa tècnica on consti la modificació tècnica del vehicle.
115	Suplement de pedals (1) <u>ISO 12 12 04</u>	F: Base amb prolongadors de pedals per usuaris que no arriben als pedals D: Persones amb barem de mobilitat o que no superin el barem de mobilitat però que requereixin adaptacions al vehicle d'acord amb les condicions restrictives del permís de conduir.		300,00 €	5 anys	Cal presentar la fitxa tècnica on consti la modificació tècnica del vehicle.
116	Adaptació de volant (1) <u>ISO 12 12 07</u>	F: Empunyadures i poms que permeten moure el volant quan hi ha afectació en una o les dues mans D: Persones amb barem de mobilitat o que no superin el barem de mobilitat però que requereixin adaptacions al vehicle d'acord amb les condicions restrictives del permís de conduir.		150,00 €	5 anys	
118	Telecomandament de funcions de conducció (1) <u>ISO 12 12 08</u>	F: Permet maniobrar amb el volant i al mateix temps fer totes les funcions secundàries: llums, llums intermitents, eixugaparabrises, clàxon, etc. D: Persones amb barem de mobilitat o que no superin el barem de mobilitat però que requereixin adaptacions al vehicle d'acord amb les condicions restrictives del permís de conduir.		1.100,00 €	5 anys	
119	Altres adaptacions de les accions per a la conducció (1) <u>ISO 12 12 08</u>	F: Adaptacions individualitzades que facilitin o permetin realitzar algunes accions necessàries per a la conducció. D: Persones amb barem de mobilitat o que no superin el barem de mobilitat però que requereixin adaptacions al vehicle d'acord amb les condicions restrictives del permís de conduir.		150,00 €	5 anys	

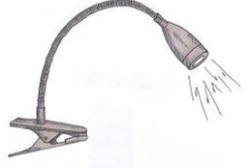
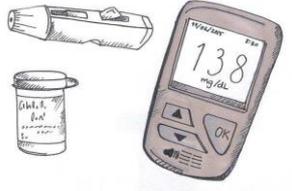
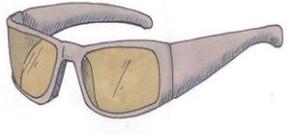
CATÀLEG DEL PROGRAMA D'AJUDES D'ATENCIÓ SOCIAL PER A PERSONES AMB DISCAPACITAT 2016

CODI	NOM PRODUCTE	FUNCIÓ I DESTINATARIS	IMATGES	IMPORT	PERÍODE	OBSERVACIONS
TRANSPORT PER ASSISTIR A DETERMINATS SERVEIS						
<u>200</u>	<u>Atenció precoç</u> (2)	D: Famílies que hagin de desplaçar el nen o la nena per rebre un servei d'atenció precoç a un altre municipi i tinguin greus dificultats per utilitzar els mitjans de transport ordinaris, o dins el mateix municipi que es tracti d'infants que depenen de forma continuada d'aparells tècnics imprescindibles per a les seves funcions vitals.	En cas de transport privat: 0,18€/Km. En cas de taxi: 3,00€/viatge. En cas de transport públic col·lectiu: 0,85€/viatge	1116,00€ (Màxim mensual 93,00€)	Prorroqable	<u>Per nens de 0 a 6 anys.</u> <u>El tractament d'atenció precoç haurà de tenir l'informe favorable del Servei de Valoració i Orientació i dur-se a terme en centres de la xarxa pública propis o concertats</u>
<u>202</u>	<u>Ensenyament reglat post obligatori i formació ocupacional en centres autoritzats per a l'alumnat major de 16 anys.</u> (2)	D: Alumnat més gran de 16 anys que cursen ensenyament reglat post obligatori i formació ocupacional en centres autoritzats que acreditin l'assistència al centre.	En cas de transport privat: 0,18€/Km. En cas de taxi: 3,00€/viatge. En cas de transport públic col·lectiu: 0,85€/viatge	1116,00€ (Màxim mensual 93,00€)	Prorroqable	<u>Incompatibilitats: el transport escolar de nivell preescolar i ensenyament obligatori es continuarà regint pel seu règim específic.</u>

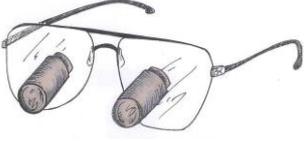
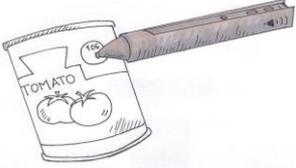
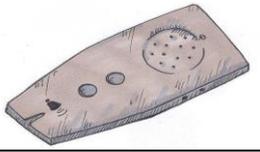
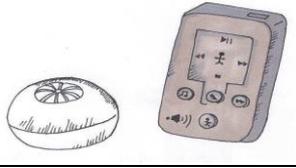
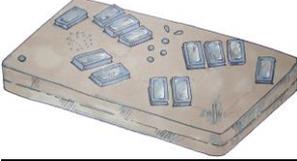
CATÀLEG DEL PROGRAMA D'AJUDES D'ATENCIÓ SOCIAL PER A PERSONES AMB DISCAPACITAT 2016

CODI	NOM PRODUCTE	FUNCIÓ I DESTINATARIS	IMATGES	IMPORT	PERÍODE	OBSERVACIONS
PRODUCTES DE SUPORT PER A PERSONES AMB DISCAPACITAT VISUAL						
301	Anotador Parlat i accessoris (1) <u>ISO 22 12 21</u>	F: Entrada de dades en sistema Braille o teclat QWERTY i sortida amb veu. Els accessoris serveixen per introduir la informació a l'ordinador. D: Persones amb ceguesa o discapacitat visual greu		1.500,00 €	4 anys	
303	Lupa TV (1) <u>ISO 22 03 18</u>	F: Permet ampliar, il·luminar i contrastar el text o les imatges de llibres, documents o escrits D: Persones amb discapacitat visual igual o superior al 33%		1.000,00 €	4 anys	
304	Lupa amb llum (1) <u>ISO 22 03 09</u>	F: Permet veure imatges ampliades i il·luminades D: Persones amb discapacitat visual igual o superior al 33%		120,00 €	4 anys	
305	Lupa (1) <u>ISO 22 03 09</u>	F: Permet veure imatges ampliades D: Persones amb discapacitat visual igual o superior al 33%		55,00 €	4 anys	
306	Faristol (1) <u>ISO 22 30 15</u>	F: Permet subjectar el paper o els llibres de manera que faciliti la visió al millorar la posició de la persona per llegir o escriure. D: Persones amb discapacitat visual igual o superior al 33%		100,00 €	4 anys	
308	Impressora Braille (1) <u>ISO 22 39 06</u>	F: Permet imprimir en Braille D: Persones cegues		600,00 €	4 anys	
310	Programa de magnificació de caràcters (1) <u>ISO 22 39 12</u>	F: Permet ampliar, il·luminar i contrastar les imatges o escrits que surten per la pantalla. D: Persones amb discapacitat visual igual o superior al 33%		600,00 €	4 anys	
311	Reproductor DAISY (1) <u>ISO 22 18 03</u>	F: Permet reproduir i gravar la veu D: Persones amb ceguesa o discapacitat visual greu		240,00 €	4 anys	

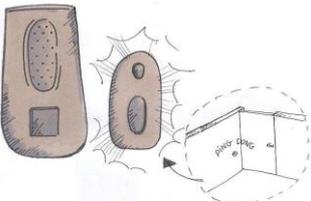
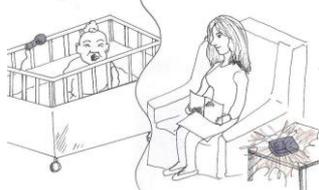
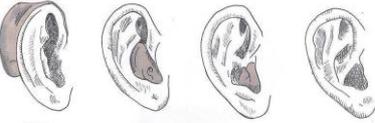
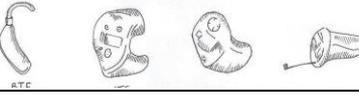
CATÀLEG DEL PROGRAMA D'AJUDES D'ATENCIÓ SOCIAL PER A PERSONES AMB DISCAPACITAT 2016

CODI	NOM PRODUCTE	FUNCIÓ I DESTINATARIS	IMATGES	IMPORT	PERÍODE	OBSERVACIONS
312	Ulleres o lents de contacte per corregir el discapacitat de refracció (1) <u>ISO 22 03 06</u>	F: Permet millorar el discapacitat visual D: Persones amb discapacitat visual igual o superior al 33%		420,00 €	4 anys. Els menors de 18 anys ho poden demanar cada 2 anys	
314	Llum flexo (1) <u>ISO 18 06 06</u>	F: El flexo permet ajustar la direcció i la distància de la llum. La bombeta ha de ser de llum controlada. D: Persones amb discapacitat visual igual o superior al 33%		150,00 €	4 anys	
315	Mesurador de glucèmia amb veu (1) <u>ISO 04 24 12</u>	F: Eina per el control de la glucèmia. El resultat és emès en veu. D: Persones amb ceguesa o discapacitat visual greu		50,00 €	4 anys	
316	Filtres (1) <u>ISO 22 03 03</u>	F: Permet controlar l'espectre lumínic per millorar la visió D: Persones amb discapacitat visual igual o superior al 33%		150,00 €	4 anys	
317	Programa per a utilitzar l'escàner-OCR (1) <u>ISO 22 36 18</u>	F: Permet guardar i controlar el text escanejat, per tal de ser llegit amb revisor de pantalla D: Persones amb ceguesa o discapacitat visual greu		200,00 €	4 anys	
318	Programa per utilitzar Windows amb síntesi de veu o revisor de pantalla per a PC (1) <u>ISO 22 36 18</u>	F: Descríu el contingut de la pantalla mitjançant síntesi de veu D: Persones amb ceguesa o discapacitat visual greu		400,00 €	4 anys	
320	Línia Braille (1) <u>ISO 22 39 05</u>	F: Permet reconèixer per sistema Braille els textos que estan a la pantalla de l'ordinador D: Persones sordcegues		1.900,00 €	4 anys	
322	Telèfon mòbil amb veu (1) <u>ISO 22 24 03</u>	F: Transforma en veu sintètica la informació necessària per utilitzar el telèfon mòbil. D: Persones amb ceguesa o discapacitat visual greu		350,00 €	4 anys	
323	Lupa electrònica portàtil (1) <u>ISO 22 03 18</u>	F: Permet amplificar, il·luminar i contrastar objectes, escrits o imatges al carrer o en llocs que no ens podem acostar a ells. D: Persones amb discapacitat visual igual o superior al 33%		435,00 €	4 anys	

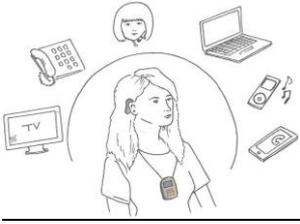
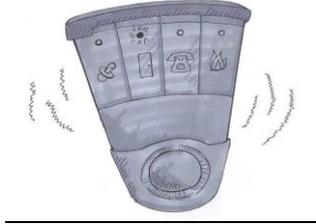
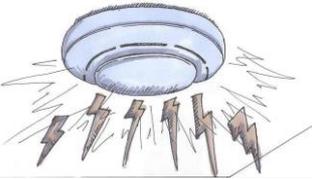
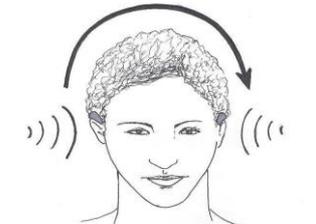
CATÀLEG DEL PROGRAMA D'AJUDES D'ATENCIÓ SOCIAL PER A PERSONES AMB DISCAPACITAT 2016

CODI	NOM PRODUCTE	FUNCIÓ I DESTINATARIS	IMATGES	IMPORT	PERÍODE	OBSERVACIONS
324	Telemicroscopi o telescopi (1) <u>ISO 22 03 12</u>	F: Permet veure a mitja o llarga distància al augmentar la imatge i apropar-la a la vista. S'utilitza per veure TV, cinema, teatre... Poden ser monoculars o binoculars, manuals o muntades en ulleres. No corregeixen el discapacitat de refracció. D: Persones amb discapacitat visual igual o superior al 33%		440,00 €	4 anys	
325	Lector d'etiquetes parlant (1) <u>ISO 22 27 27</u>	F: Permet gravar etiquetes i reproduir-les amb veu per poder reconèixer els objectes. D: Persones amb ceguesa o discapacitat visual greu		200,00 €	4 anys	
326	Detector de colors (1) <u>ISO 27 06 24</u>	F: Informa amb veu dels color dels objectes. D: Persones amb ceguesa o discapacitat visual greu		125,00 €	4 anys	
327	GPS amb veu (1) <u>ISO 12 39 06</u>	F: Informa amb veu de la localització de la persona. D: Persones amb ceguesa o discapacitat visual greu		275,00 €	4 anys	
328	Comunicador per a persones sordcegues (1) <u>ISO 22 21 09</u>	F: Permet la comunicació presencial amb les persones sordcegues a través de l'intercanvi d'informació textual entre sistema Braille i el llençatge alfabètic escrit. D: Persones sordcegues		2.195,00 €	4 anys	
330	Ulleres prismàtiques o microscòpiques (1) <u>ISO 22 03 15</u>	F: Ullera amb prisma o microscopi adaptat a la muntura per llegir o escriure. No corregeixen el discapacitat de refracció. D: Persones amb discapacitat visual igual o superior al 33%		200,00 €	4 anys.	
331	Teclat Braille (1) <u>ISO 22 36 03</u>	F: Permet accedir i utilitzar dispositius electrònics que tenen l'accés per pantalla digital. D: Persones cegues o amb discapacitat visual greu.		100,00 €	4 anys	

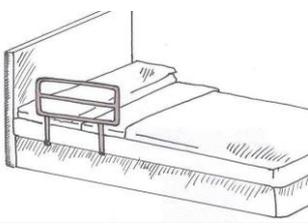
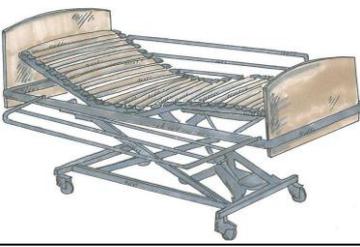
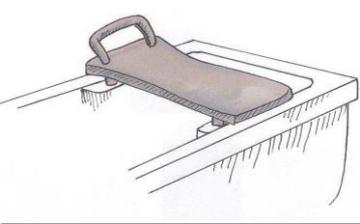
CATÀLEG DEL PROGRAMA D'AJUDES D'ATENCIÓ SOCIAL PER A PERSONES AMB DISCAPACITAT 2016

CODI	NOM PRODUCTE	FUNCIÓ I DESTINATARIS	IMATGES	IMPORT	PERÍODE	OBSERVACIONS
PRODUCTES DE SUPORT PER A PERSONES AMB DISCAPACITAT AUDITIVA						
403	Telèfon fix adaptat amb amplificador i/o bobina (sense fils o de taula) (2) <u>ISO 22 24 03</u>	F: La bobina incorporada al telèfon, amplifica el volum del so que arriba a l'auricular. Compatible amb audiòfons amb posició T. D: Persones amb discapacitat auditiva amb un grau de discapacitat igual o superior al 33%		120,00 €	4 anys	
404	Despertador (2) <u>ISO 22 27 12</u>	F: Despertador que avisa amb senyals lluminoses o vibratòries D: Persones amb discapacitat auditiva amb un grau de discapacitat igual o superior al 33%		100,00 €	4 anys	
405	Transmissor del so del timbre del telèfon (2) <u>ISO 22 27 03</u>	F: Avisa a l'usuari del timbre del telèfon, mitjançant un transmissor que envia el so a un receptor de senyals lluminosos o vibratòris D: Persones amb discapacitat auditiva amb un grau de discapacitat igual o superior al 33%		70,00 €	4 anys	
406	Transmissor del so del timbre de la porta (2) <u>ISO 22 27 03</u>	F: Avisa a l'usuari del timbre de la porta, mitjançant un transmissor que envia el so a un receptor de senyals lluminosos o vibratòris D: Persones amb discapacitat auditiva amb un grau de discapacitat igual o superior al 33%		85,00 €	4 anys	
407	Transmissor vigila bebès (2) <u>ISO 22 27 03</u>	F: Avisa a la família del plor o crits del bebè, mitjançant un transmissor que envia el so a un receptor de senyals lluminosos o vibratòris D: Persones amb discapacitat auditiva amb un grau de discapacitat igual o superior al 33%		140,00 €	4 anys	
408	1 Audiòfon (1) <u>ISO 22 06 12/15</u>	F: Millorar o corregir el discapacitat auditiva D: Persones majors de 16 anys amb un grau de discapacitat auditiva igual o superior al 33%.		1.000,00 €	4 anys	De 0 a 16 anys generalment els paga el CATSALUT
409	2 Audiòfons (1) <u>ISO 22 06 12/15</u>	Persones de totes les edats amb discapacitat auditiva i que a més presentin trastorn del llenguatge i/o discapacitat visual i/o discapacitat psíquic, que conjuntament arribin a un grau de discapacitat igual o superior al 33%		2.000,00 €	4 anys	Consultar els detalls dels destinataris a l'ordre de convocatòria
410	Equip de comunicació FM (1) <u>ISO 22 18 24</u>	F: Permet una comunicació vocal millorada i sense interferències, mitjançant un transmissor (micròfon) utilitzat per la persona que parla, i un receptor utilitzat per l'oient amb discapacitat auditiva. El so es transmet per freqüència modulada (FM) D: Persones amb discapacitat auditiva amb un grau de discapacitat igual o superior al 33%		800,00 €	4 anys	

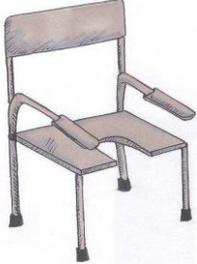
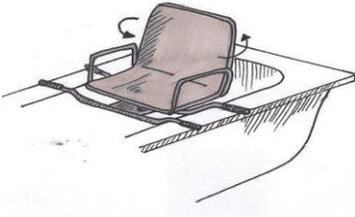
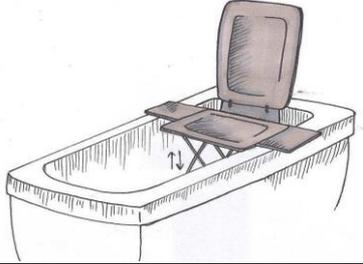
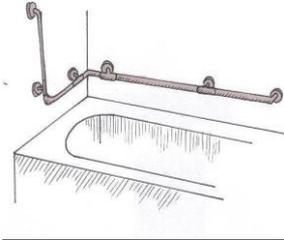
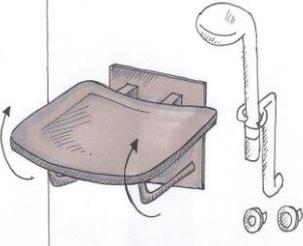
CATÀLEG DEL PROGRAMA D'AJUDES D'ATENCIÓ SOCIAL PER A PERSONES AMB DISCAPACITAT 2016

CODI	NOM PRODUCTE	FUNCIÓ I DESTINATARIS	IMATGES	IMPORT	PERÍODE	OBSERVACIONS
413	Amplificador magnètic de transmissió del so (1) <u>ISO 22 18 30</u>	F: Millora la comunicació personal, converses telefòniques i aplicacions multimèdia, transmetent el so de manera nítida, directament als audíofons o als auriculars. D: Persones amb discapacitat auditiva amb un grau de discapacitat igual o superior al 33%		200,00 €	4 anys	
415	Receptor de senyals acústiques (1) <u>ISO 22 27 03</u>	F: Permet assabentar-se de diferents sons (telèfon, porta, plor del bebè o alarmes). És un aparell portàtil que rep el senyal de diferents transmissors i les converteix en senyals de vibració i/o llum. D: Persones amb discapacitat auditiva amb un grau de discapacitat igual o superior al 33%		140,00 €	4 anys	
429	Avisadors d'alarmes antiincendis (2) <u>ISO 22 27 21</u>	F: Avisa amb senyals visuals, com llampecs de llum en cas d'incendi. D: Persones amb discapacitat auditiva amb un grau de discapacitat igual o superior al 33%		175,00 €	4 anys	
430	Dispositiu de trasmissió del so de una oïda a l'altra (1) <u>ISO 22 06 27</u>	F: Dispositiu que permet transmetre el so que arriba a l'oïda amb pèrdua completa cap a l'oïda amb restes auditivas. D: Persones sense audició en una oïda i pèrdua auditiva a l'altra.		650,00 €	4 anys	
998	Ajuda per curs d'aprenentatge de llengua de signes (2)	F: Ajuda per aprendre llengua de signes i lectura labial. D: Persones amb discapacitat auditiva amb un grau de discapacitat igual o superior al 33%		400,00 € (per 120h lectives)	1 any	Fins a un màxim de 3 anys L'ajuda serà proporcional quan el curs sigui inferior a 120h.
999	Ajuda per intèrpret per a cursos d'ensenyament reglat post-obligatori i formació ocupacional (2)	F: Ajuda per disposar d'intèrpret per facilitar la participació en activitats formatives en centres autoritzats. D: Persones sordes o sordcegues amb un grau de discapacitat igual o superior al 33%		1.168,00 €	1 any	8,00 €/hora

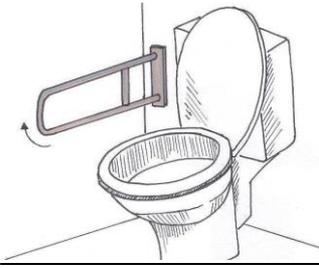
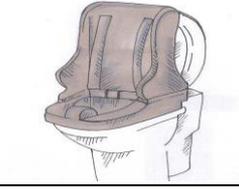
CATÀLEG DEL PROGRAMA D'AJUDES D'ATENCIÓ SOCIAL PER A PERSONES AMB DISCAPACITAT 2016

CODI	NOM PRODUCTE	FUNCIÓ I DESTINATARIS	IMATGES	IMPORT	PERÍODE	OBSERVACIONS
PRODUCTES DE SUPORT PER A PERSONES AMB DISCAPACITAT FÍSICA						
DORMITORI						
501	Llit articulat (2) <u>ISO 18 12 10</u>	F: Permet fer canvis de posició al llit i col·locar a la persona en la posició adequada. D: Persones amb hemiplegia, tetraplegia o que la seva afectació dificulti els canvis de posició al llit i les transferències.		400,00 €	4 anys	
503	Matalàs o sobrematalàs antiescares (2) <u>ISO 04 33 06</u>	F: Matalàs o sobrematalàs especial per a protegir i prevenir les escames. D: Persones que per la seva afectació o falta de mobilitat, tenen un risc moderat o alt de tenir úlceres per decúbit.		400,00 €	4 anys	
504	Baranes de llit (2) <u>ISO 18 12 27</u>	F: Evitar la caiguda del llit. D: Persones que a causa de la seva discapacitat, tenen risc de caure del llit		156,26 €	4 anys	
506	Respatller de llit ajustable (2) <u>ISO 18 12 24</u>	F: Accessori de llit que permet modificar la posició de l'esquena per mantenir incorporada a la persona. D: Persones que no toleren el decúbit i necessiten estar incorporades		35,00 €	4 anys	
507	Barra lateral de llit (2) <u>ISO 18 12 27</u>	F: Facilita fer girs al llit, incorporar-se i dóna suport per a posar-se dret o fer la transferència a la cadira. D: Persones que per la seva discapacitat necessiten un suport per a moure's al llit o fer transferències.		80,00 €	4 anys	
508	Llit clínic (inclou: somier articulat, carro elevador i baranes) (2) <u>ISO 18 12 10</u>	F: Permet fer canvis de posició i col·locar a la persona en la posició adequada. Permet aixecar el llit a una alçada adequada pel cuidador per poder fer les tasques bàsiques d'atenció personal. Evita que la persona caigui del llit. D: Persones que necessiten l'assistència de una altra persona per fer les tasques d'atenció personal al llit (higiene, vestit, canvi de posició, canvi de bolquer, etc.		650,00 €	4 anys	
HIGIENE PERSONAL I ACTIVITATS DE LA VIDA DIÀRIA						
530	Fusta de banyera (2) <u>ISO 09 33 03</u>	F: Permet dutxar-se assegut, facilita l'entrada i sortida de la banyera, evitant el perill de caigudes D: Persones que amb la seva utilització poden realitzar les tasques d'higiene personal sense l'ajut d'una altra persona o que en milloren substancialment l'autonomia i la seguretat		40,00 €	4 anys	

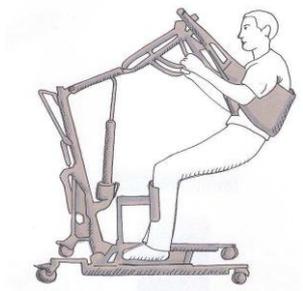
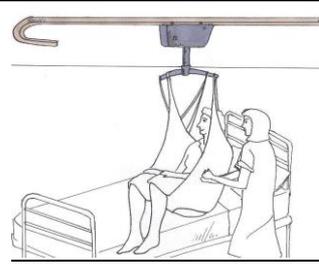
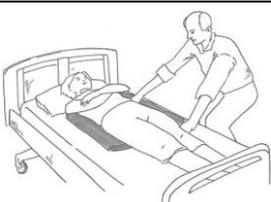
CATÀLEG DEL PROGRAMA D'AJUDES D'ATENCIÓ SOCIAL PER A PERSONES AMB DISCAPACITAT 2016

CODI	NOM PRODUCTE	FUNCIÓ I DESTINATARIS	IMATGES	IMPORT	PERÍODE	OBSERVACIONS
531	Cadira de dutxa (2) <u>ISO 09 33 03</u>	F: Permet dutxar-se assegut D: Persones que amb la seva utilització poden realitzar les tasques d'higiene personal sense l'ajut d'una altra persona o que en milloren substancialment l'autonomia i la seguretat		80,00 €	4 anys	Incompatible amb els codis: 535, 536 i 549
532	Seient giratori de banyera (2) <u>ISO 09 33 03</u>	F: Permet dutxar-se assegut, facilita l'entrada i sortida de la banyera, evitant el perill de caigudes D: Persones que amb la seva utilització poden realitzar les tasques d'higiene personal sense l'ajut d'una altra persona o que en milloren substancialment l'autonomia i la seguretat		120,00 €	4 anys	
533	Seient elevador de banyera (2) <u>ISO 09 33 03</u>	F: Permet l'elevació i el descens de l'usuari assegut dins de la banyera. Facilita l'entrada i sortida de la banyera evitant el perill de caigudes D: Persones que amb la seva utilització poden realitzar les tasques d'higiene personal sense l'ajut d'una altra persona o que en milloren substancialment l'autonomia i la seguretat		580,00 €	4 anys	
534	Barres paret (2) <u>ISO 18 18 06</u>	F: Donar suport i seguretat en l'entrada i sortida de la banyera o dutxa durant l'activitat del bany i dutxa D: Persones que amb la seva utilització poden realitzar les tasques d'higiene personal sense l'ajut d'una altra persona o que en milloren substancialment l'autonomia i la seguretat		90,15 €	4 anys	
535	Cadira dutxa vàter (2) <u>ISO 09 33 03</u>	F: Permet la utilització de l'inodor i la dutxa des de la mateixa cadira. Evita haver de fer transferències dins de la cambra de bany. D: Persones que amb la seva utilització poden realitzar les tasques d'higiene personal sense l'ajut d'una altra persona o que en milloren substancialment l'autonomia i la seguretat		390,66 €	4 anys	Incompatible amb els codis: 531, 536, 537, 539, 549
536	Seient abatible de dutxa (2) <u>ISO 09 33 03</u>	F: Permet dutxar-se assegut D: Persones que amb la seva utilització poden realitzar les tasques d'higiene personal sense l'ajut d'una altra persona o que en milloren substancialment l'autonomia i la seguretat		150,25 €	4 anys	Incompatible amb els codis: 531 i 535

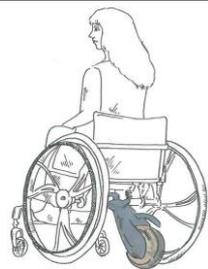
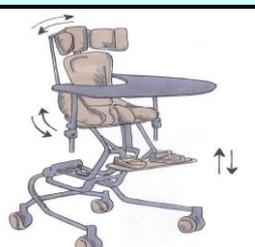
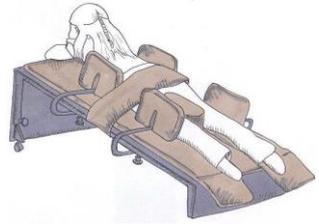
CATÀLEG DEL PROGRAMA D'AJUDES D'ATENCIÓ SOCIAL PER A PERSONES AMB DISCAPACITAT 2016

CODI	NOM PRODUCTE	FUNCIÓ I DESTINATARIS	IMATGES	IMPORT	PERÍODE	OBSERVACIONS
537	Alça vàter (2) <u>ISO 09 12 12/15/18</u>	F: Augmenta l'alçada de l'inodor per facilitar la transferència i facilita aixecar-se i asseure's D: Persones que amb la seva utilització poden realitzar les tasques d'higiene personal sense l'ajut d'una altra persona o que en milloren substancialment l'autonomia i la seguretat		50,00 €	4 anys	Incompatible amb els codis: 535 i 537
538	Barra abatible (2) <u>ISO 18 18 11</u>	F: Dóna suport i seguretat per facilitar la incorporació i les transferències. D: Persones que amb la seva utilització poden realitzar les tasques d'higiene personal sense l'ajut d'una altra persona o que en milloren substancialment l'autonomia i la seguretat		60,00 €	4 anys	
539	Alça vàter amb recolza braços (2) <u>ISO 09 12 18</u>	F: Augmenta l'alçada de l'inodor i juntament amb el reposabraços facilita aixecar-se i asseure's. D: Persones que amb la seva utilització poden realitzar les tasques d'higiene personal sense l'ajut d'una altra persona o que en milloren substancialment l'autonomia i la seguretat		100,00 €	4 anys	Incompatible amb els codis: 535 i 537
540	Plataforma abatible de dutxa (2) <u>ISO 09 33 12</u>	F: Permet al cuidador dutxa a la persona estirada sobre la llitera de dutxa a la cambra de bany a una alçada adequada. D: Persones que necessiten l'assistència d'una altra persona per a les tasques d'higiene personal		700,00 €	4 anys	Incompatible amb el codi 549
542	Hamaca Banyera (infants) (2) <u>ISO 09 33 03</u>	F: Permet mantenir l'infant assegut o reclinat de manera segura durant el bany D: Persones que necessiten l'assistència d'una altra persona per a les tasques d'higiene personal		640,00 €	4 anys	Per a nens i joves fins al 16 anys
543	Reductor de seient amb subjeccions (infants) (2) <u>ISO 09 12 09</u>	F: Permet mantenir assegut a l'infant tot sol al vàter D: Persones que necessiten l'assistència d'una altra persona per a les tasques d'higiene personal		240,00 €	4 anys	Per a nens i joves fins al 16 anys
544	Vàter bidet (2) <u>ISO 09 12 06</u>	F: Permet el rentat i assecat de la zona anal i perianal en accionar els comandaments D: Persones que no poden utilitzar les extremitats superiors en la higiene personal		420,71 €	4 anys	

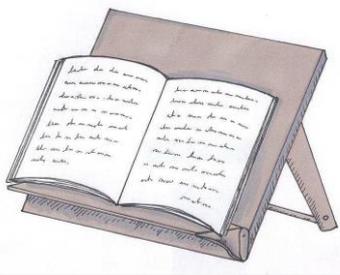
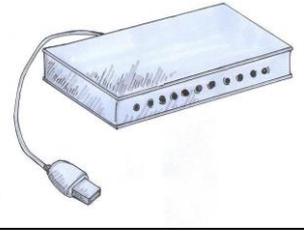
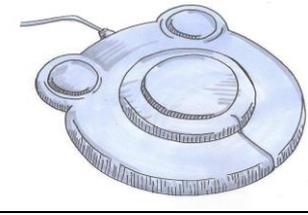
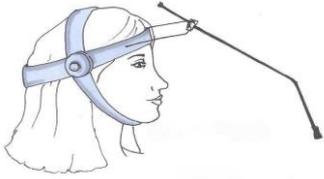
CATÀLEG DEL PROGRAMA D'AJUDES D'ATENCIÓ SOCIAL PER A PERSONES AMB DISCAPACITAT 2016

CODI	NOM PRODUCTE	FUNCIÓ I DESTINATARIS	IMATGES	IMPORT	PERÍODE	OBSERVACIONS
574	Plataforma de transferències (2) <u>ISO 12 31 21</u>	F: Facilitar a l'assistent posar dempeus i traslladar la persona d'un seient a un altre, fent particip l'usuari en l'activitat D: Persones que no siguin capaces de fer les transferències per si mateixes, però que amb ajuda puguin mantenir-se drets per fer-les		650,00 €	4 anys	
575	Arnès per a grua (2) <u>ISO 12 36 21</u>	F: Permet a la persona assistent subjectar i donar un bon suport al cos de la persona usuària mentre utilitza la grua D: Persones a les quals cal assistir mitjançant l'ús de grues per fer les transferències i que tenen necessitats especials		120,00 €	2 anys	
576	Disc giratori amb recolzament (2) <u>ISO 12 31 06</u>	F: Ajuda a la persona a posar-se dempeus i facilita a l'assistent la transferència d'un seient a un altre fent un moviment de rotació sobre el disc. D: Persones que no siguin capaces de fer les transferències per si mateixes, però que amb ajuda puguin mantenir-se dretes per fer-les		300,00 €	4 anys	
577	Grua de bipedestació (2) <u>ISO 12 36 04</u>	F: Facilita posar dempeus i traslladar la persona d'un seient a un altre. Facilita a la persona assistent fer amb més comoditat algunes tasques com portar al lavabo, canviar bolquers, vestir, etc. D: Persones que necessiten una altra persona per fer les transferències però que amb poc esforç poden passar d'estirades a assegudes		1.800,00 €	4 anys	Cal informe omplert pel cuidador Annex 3 Incompatible amb els codis: 570, 574, i 578
578	Grua de sostre (2) <u>ISO 12 36 12</u>	F: Permet fer les transferències de forma autònoma o assistida d'un lloc a un altre dins del recorregut de la guia del sostre D: Persones que degut al pes o a l'afectació no poden fer la transferència manual assistida d'una persona i especialment si disposen de poc espai.		2.300,00 €	4 anys	Incompatible amb els codis: 570, 574, i 577
579	Tapissos lliscants (2) <u>ISO 12 31 03</u>	F: Facilita al cuidador moure a l'usuari sobre la superfície del llit D: Persones que per la seva afectació, tinguin dificultats per a fer canvis de posició al llit		60,00 €		

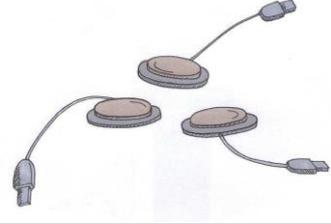
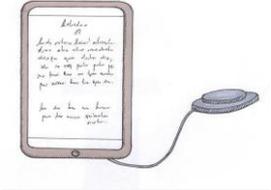
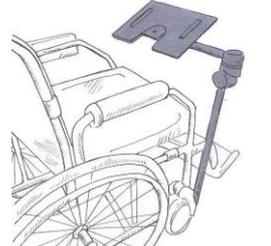
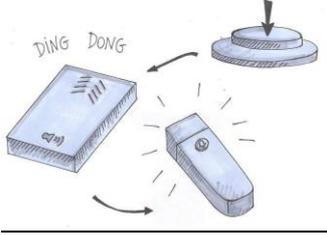
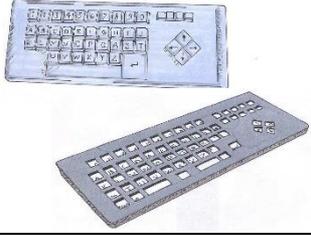
CATÀLEG DEL PROGRAMA D'AJUDES D'ATENCIÓ SOCIAL PER A PERSONES AMB DISCAPACITAT 2016

CODI	NOM PRODUCTE	FUNCIÓ I DESTINATARIS	IMATGES	IMPORT	PERÍODE	OBSERVACIONS
MOBILITAT						
604	Motor propulsor per a cadira manual per a l'assistent (1) <u>ISO 12 24 09</u>	F: Disminueix l'esforç de l'assistent a l'empènyer la cadira de rodes D: Usuaris o usuàries de cadira de rodes més grans de divuit anys, que no poden autopropulsar la cadira ni utilitzar la cadira de rodes de motor elèctric		800,00 €	4 anys	Es podrà concedir a menors d'edat sempre que el pes, en el seu conjunt, ho justifiqui. (Pes del menor+cadira de rodes+ accessoris) Incompatible amb el codi: 605
605	Motors o sistemes que facilitin l'autopropulsió de cadires de rodes manuals per l'usuari (1) <u>ISO 12 24 09</u>	F: Facilitar l'autopropulsió D: Persones usuàries de cadires de rodes manuals autònomes en l'autopropulsió, però que per edat o afectació tenen dificultat per autopropulsar la cadira de rodes		1.500,00 €	4 anys	Incompatible amb el codi: 604
606	Cadira pel desplaçament a l'interior tipus despatx amb fre manual i diferents tipus de seient i accessoris (1) <u>ISO 18 09 03/09</u>	F: Permet el desplaçament per l'interior de l'habitatge, guanyant en maniobrabilitat, funcionalitat, confort i seguretat. El seient i l'alçada son ajustables a les necessitats de l'usuari D: Persones amb una marxa poc funcional, però amb suficient mobilitat com per a impulsar la cadira amb els peus i/o les mans. Persones amb limitació greu de la flexió de maluc i/o genoll que necessiten un seient partit.		700,00 €	4 anys	
POSICIONAMENT						
623	Cadira d'interior de posicionament (2) <u>ISO 18 09 21</u>	F: Permet aconseguir la sedestació estable mitjançant accessoris i xassís regulables. D: Infants que no poden mantenir control cefàlic ni de tronc.		1.000,00 €	4 anys	Per a nens i joves fins al 16 anys
624	Falca de posicionament (1) <u>ISO 04 48 21</u>	F: Permet controlar el cos de la persona en posició prona o supina amb l'objectiu de descansar i fer canvis de posició, evitant postures perjudicials. D: Infants amb greu afectació motora que no poden fer canvis de posició de manera autònoma.		300,00 €	4 anys	Per a nens i joves fins al 16 anys
626	Cadira d'interior amb taula (1) <u>ISO 18 09 21</u>	F: Permet mantenir a l'infant assegut en una posició controlada. D: Nens amb afectacions severes de conducta o de comportament.		500,00 €	4 anys	Només per a nens

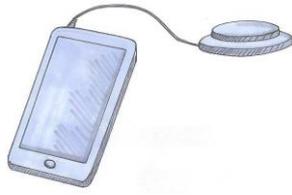
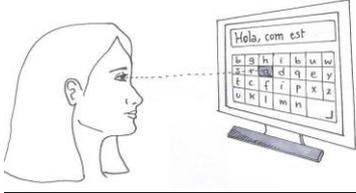
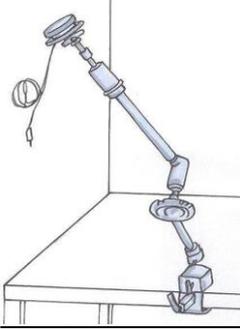
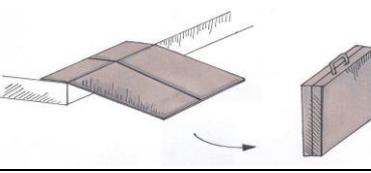
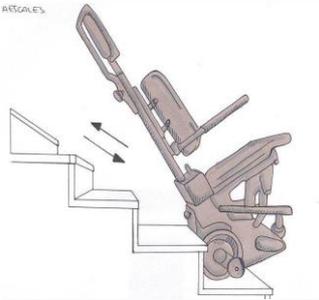
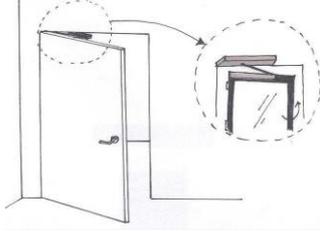
CATÀLEG DEL PROGRAMA D'AJUDES D'ATENCIÓ SOCIAL PER A PERSONES AMB DISCAPACITAT 2016

CODI	NOM PRODUCTE	FUNCIÓ I DESTINATARIS	IMATGES	IMPORT	PERÍODE	OBSERVACIONS
COMUNICACIÓ						
306	Faristol (1) ISO 22 30 15	F: Subjectar el paper o els llibres per millorar-ne la seva posició a la vista D: Persones amb afectació en extremitats superiors, amb alteracions en la força, sensibilitat o coordinació dels moviments, que impedeixin subjectar un llibre. Persones amb poc control del tronc en sedestació. Persones que no es poden acostar a la taula per llegir, escriure, utilitzar un teclat, etc.		100,00 €	4 anys	
655	Adaptador USB per commutadors (1) ISO 22 33 18	F: Permet utilitzar i activar els commutadors. D: Persones que a causa de la seva discapacitat a les dues extremitats superiors tenen dificultats per utilitzar el teclat i el ratolí habituals i requereixen poder escriure i comunicar-se de forma alternativa.		40,00 €	4 anys	
656	Ratolí alternatiu (1) ISO 22 36 21	F: Permet controlar els moviments del cursor en la pantalla mitjançant ratolins diferents de l'habitual, per exemple un multimouse amb cinc commutadors, un track ball, un joystick, un ratolí facial, etc. D: Persones que a causa de la seva discapacitat a les dues extremitats superiors tenen dificultats per utilitzar el teclat i el ratolí habituals i requereixen poder escriure i comunicar-se de forma alternativa.		360,00 €	4 anys	En cas de requerir un altre sistema d'accés, cal sol·licitar el codi 677
658	Programa d'accés alternatiu a l'ordinador (1) ISO 22 39 12	F: Permet, gràcies al seu programari transparent, executar programes estàndard d'ordinador sense utilitzar el teclat ni el ratolí. D: Persones que a causa de la seva discapacitat a les dues extremitats superiors tenen dificultats per utilitzar el teclat i el ratolí habituals i requereixen poder escriure i comunicar-se de forma alternativa.		400,00 €	4 anys	
662	Programa de símbols i/o text per a la comunicació amb síntesi de veu (1) ISO 22 39 12	F: Permet dissenyar diferents pantalles de comunicació amb símbols, lletres o paraules. Les persones usuàries poden seleccionar ítems per dir una frase. Té sortida de veu sintètica i gravada (digital). D: Persones amb dificultats de comunicació oral.		480,00 €	4 anys	
665	Licorni (1) ISO 22 36 12	F: Permet fer diferents activitats amb el moviment de cap, segons l'accessori de la punta: senyalar, teclejar, passar pàgines, etc. D: Persones amb les dues extremitats superiors poc funcionals i control cefàlic suficient.		80,00 €	4 anys	

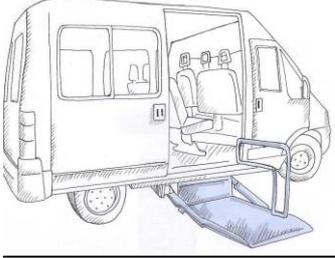
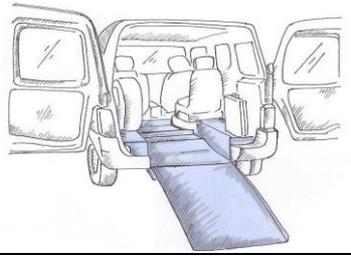
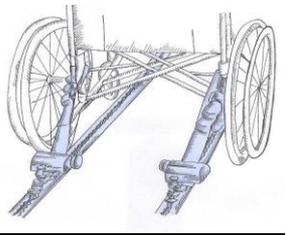
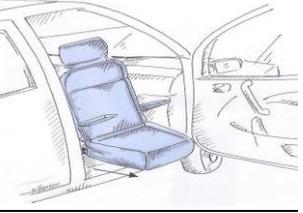
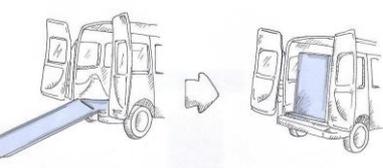
CATÀLEG DEL PROGRAMA D'AJUDES D'ATENCIÓ SOCIAL PER A PERSONES AMB DISCAPACITAT 2016

CODI	NOM PRODUCTE	FUNCIÓ I DESTINATARIS	IMATGES	IMPORT	PERÍODE	OBSERVACIONS
666	Commutador (1) <u>ISO 24 09 18</u>	F: Permet que persones amb dificultat motriu puguin controlar diferents aparells i productes de suport (joquines, ordinador, comunicador). D: Persones amb les dues extremitats superiors poc funcionals.		140,00 €	2 anys	màxim 4 unitats
669	Lector de llibres electrònic adaptat (1) <u>ISO 22 30 09</u>	F: Permet utilitzar i controlar un lector de llibres electrònic. D: Persones amb les dues extremitats superiors poc funcionals.		200,00 €	4 anys	
670	Comunicador senzill (de caselles o botons) (1) <u>ISO 22 21 03</u>	F: Permet gravar paraules o frases i reproduir-les prement directament la casella o mitjançant un commutador (fins a vint missatges) D: Persones que no tenen llenguatge oral i només poden accedir a la comunicació bàsica per aquest mitjà		520,00 €	4 anys	Cal informe d'un professional. Model de l'annex 2
671	Comunicador de pantalla dinàmica i/o ortogràfic (1) <u>ISO 22 21 03</u>	F: Produir missatges amb veu digital o sintètica D: Persones amb afectació greu de la parla però amb capacitat comunicativa suficient.		3.000,00 €	4 anys	Cal informe d'un professional. Model de l'annex 2
672	Sistema de muntatge de dispositiu electrònic, al llit o a la cadira (1) <u>ISO 24 24 03</u>	F: Permet que persones que es desplacen en cadira de rodes i han d'utilitzar productes de suport puguin tenir l'aparell al seu abast i en el posicionament adequat D: Persones usuàries de cadira de rodes o enllitades que utilitzen un comunicador o un ordinador, i si és el cas, un sistema d'accés (commutadors).		700,00 €	4 anys	
674	Avisador (1) <u>ISO 22 27 06</u>	F: Transmet un so o un missatge amb veu digital. D: Persones amb greu discapacitat motora que necessiten poder avisar a certa distància. Infants en les primeres etapes d'utilitzar sistemes augmentatius de comunicació. Persones adultes que necessiten cridar l'atenció dels seus cuidadors.		60,00 €	4 anys	
675	Teclat alternatiu o adaptació de teclat (1) <u>ISO 22 36 03</u>	F: Teclat diferent del convencional en mida i/o distribució o sense fil per utilitzar un ordinador. També adaptacions com un cobertor a mida. D: Persones amb deficiència en les funcions manipulatives que dificulten l'acció de teclejar en un teclat estàndard però ho poden fer en un teclat personalitzat.		250,00 €	4 anys	En cas de requerir un altre sistema d'accés, cal sol·licita el codi 677

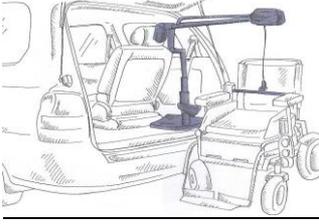
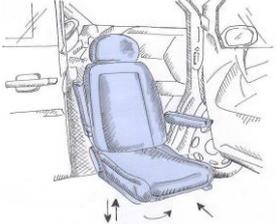
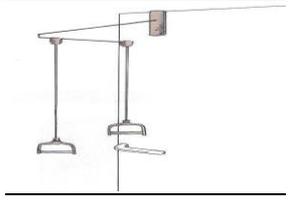
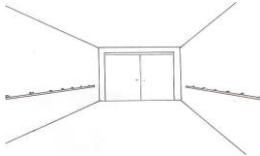
CATÀLEG DEL PROGRAMA D'AJUDES D'ATENCIÓ SOCIAL PER A PERSONES AMB DISCAPACITAT 2016

CODI	NOM PRODUCTE	FUNCIÓ I DESTINATARIS	IMATGES	IMPORT	PERÍODE	OBSERVACIONS
676	Adaptació per al mòbil (1) <u>ISO 22 24 21</u>	F: Permet utilitzar el mòbil mitjançant un commutador o sistema de control d'entorn, marcació per veu, trucada d'emergència, mans lliures, etc. D: Persones que a causa de la seva discapacitat en les dues extremitats superiors, no poden utilitzar els telèfons convencionals.		115,00 €	4 anys	
677	Altres sistemes d'accés a l'ordinador o comunicador (1) <u>ISO 22 36 12</u>	F: Permeten l'accés a l'ordinador quan els altres sistemes d'accés no funcionen. Com a exemple es pot citar l'accés a través de la mirada. D: Usuaris d'ordinador o comunicador amb discapacitat motriu molt greu. Tetraplegia.		1.550,00 €	4 anys	Avaluació per part de la UTAC que emetrà informe.
678	Braç de suport pel posicionament de perifèrics (1) <u>ISO 24 24 03</u>	F: Permet posicionar els perifèrics (commutadors, ratolins...) en la ubicació que permeti un ús més funcional per a cada usuari. D: Persones que degut a la seva limitació o poc control de la mobilitat, requereixen un posicionament personalitzat dels elements perifèrics d'accés a dispositius electrònics (ordinador, comunicador, joguines, cadira de rodes elèctrica).		150,00 € per unitat	4 anys	màxim 2 unitats
ACCESSIBILITAT						
708	Cadira per pujar i baixar escales (2) <u>ISO 12 23 15</u>	F: Facilitar a les persones assistents (dues persones) la tasca de pujar i baixar escales a les persones asseguades a la cadira. D: Persones que no poden pujar i baixar escales i amb poc pes.		300,00 €	4 anys	
709	Rampes manuals portàtils (2) <u>ISO 18 30 15</u>	F: Permet superar petits desnivells amb cadira de rodes manual o elèctrica o amb coixet d'infant amb l'ajut d'un assistent. D: Persones usuàries de cadira de rodes o caminadors i que les necessiten per superar desnivells.		450,00 €	4 anys	
710	Aparell salvaescales portàtil (2) <u>ISO 2 24 39</u>	F: Permet a la persona que assisteix pujar i baixar una persona amb cadira de rodes manual o sense per les escales, sense que l'assistent hagi de fer esforç. D: Persones de més de 15 kg de pes, que superin el barem de mobilitat, i que tinguin barreres arquitectòniques insalvables i sense ascensor en l'accés o a l'interior del seu domicili		3.005,06 €	4 anys	Cal informe omplert pel cuidador. Model de l'annex 4
711	Automatisme de portes (2) <u>ISO 18 21 03</u>	F: Permet obrir i tancar portes de forma automàtica o mitjançant un comandament. D: Persones amb cadira de rodes o amb greu discapacitat motora que no poden obrir i tancar manualment una porta o si l'espai de maniobra és insuficient per a obrir-la.		1.500,00 €	4 anys	

CATÀLEG DEL PROGRAMA D'AJUDES D'ATENCIÓ SOCIAL PER A PERSONES AMB DISCAPACITAT 2016

CODI	NOM PRODUCTE	FUNCIÓ I DESTINATARIS	IMATGES	IMPORT	PERÍODE	OBSERVACIONS
ACCÉS I POSICIONAMENT AL VEHICLE						
738	Plataforma per a furgoneta (2) <u>ISO 12 12 18</u>	F: Permet pujar i baixar qualsevol tipus de cadira de rodes de forma autònoma d'una furgoneta sense esforç per part de la persona assistent. D: Persones usuàries de cadira de rodes que tenen molta dificultat per fer transferències i que amb aquest mitjà poden accedir a la furgoneta i viatjar assegudes a la mateixa cadira		4.000,00 €	4 anys	Incompatible amb els codis 739, 740 i 745
739	Seient de vehicle adaptable axassis de cadira de rodes (2) <u>ISO 12 12 12</u>	F: Permet que el seient de la cadira de rodes s'acobli al terra del vehicle, evitant així la transferència de la persona. D: Persones usuàries de cadira de rodes que tenen molta dificultat per fer transferències i que amb aquest mitjà poden accedir al seu turisme o monovolum i viatjar assegudes a la mateixa cadira.		4.000,00 €	4 anys	Incompatible amb els codis 738, 740, 741 i 745.
740	Transformació de carrosseria (2) <u>ISO 12 12 27</u>	F: Habilitació d'una plaça per cadira de rodes en la part posterior del vehicle a la qual la persona amb la seva cadira, accedeix per una rampa i queda fixada al terra. D: Persones usuàries de cadira de rodes que tenen molta dificultat per fer les transferències i que amb aquest mitjà poden accedir al monovolum i viatjar assegudes a la mateixa cadira.		4.000,00 €	4 anys	Incompatible amb els codis 738, 739 i 745
741	Ancoratges (2) <u>ISO 12 12 24</u>	F: Fixa la cadira de rodes al terra del vehicle i subjecta la persona amb un cinturó per viatjar de forma segura. D: Usuaris de cadira de rodes que per la dificultat de fer transferències, necessiten viatjar assegudes a la mateixa cadira.		650,00 €	4 anys	Incompatible amb els codis 108 i 747
742	Grua de persona (2) <u>ISO 12 12 15</u>	F: Facilita fer la transferència assistida de l'usuari, de la cadira de rodes al seient del vehicle. D: Usuaris o usuàries de cadira de rodes que tenen molta dificultat per a les transferències.		1.500,00 €	4 anys	
744	Base giratòria per a el seient del vehicle (2) <u>ISO 12 12 12</u>	F: Gira el seient del vehicle per facilitar-ne l'entrada i la sortida. D: Persones que necessiten un assistent per fer transferències.		800,00 €	4 anys	Incompatible amb el codi 746
745	Rampa manual fixa al terra de la furgoneta (2) <u>ISO 12 12 18</u>	F: Facilitar l'accés d'una persona en cadira de rodes. D: Usuaris o usuàries de cadira de rodes que per la dificultat de fer transferències necessiten viatjar assegudes a la mateixa cadira.		1.300,00 €	4 anys	Incompatible amb els codis 738, 739 i 740

CATÀLEG DEL PROGRAMA D'AJUDES D'ATENCIÓ SOCIAL PER A PERSONES AMB DISCAPACITAT 2016

CODI	NOM PRODUCTE	FUNCIÓ I DESTINATARIS	IMATGES	IMPORT	PERÍODE	OBSERVACIONS
746	Seient de vehicle adaptat amb subjeccions (2) <u>ISO 12 12 12</u>	F: Permet a infants i joves anar al seu vehicle ben posicionats i amb seguretat segons la normativa de trànsit. D: Infants i joves que no poden mantenir control cefàlic o estabilitat de tronc o per a infants amb alteracions severes de conducta o comportament.		1.000,00 €	4 anys	Fins als 16 anys Incompatible amb el codi 744
747	Grua de cadira de rodes (2) <u>ISO 12 12 21</u>	F: Facilita les tasques de posar i treure la cadira de rodes del cotxe D: Usuaris de cadira de rodes i que degut a l'elevat pes de la cadira o per falta de força, no poden carregar la pròpia cadira.		2.000,00 €	4 anys	Incompatible amb el codi 741
748	Base giratòria amb elevació (2) <u>ISO 12 12 12</u>	F: Facilita la transferència assistida de l'usuari, de la cadira de rodes al seient del vehicle. D: Usuaris de cadira de rodes que necessiten una altra persona per fer les transferències.		3.000,00 €	4 anys	Incompatible amb els codis 738, 744 i 740
108	Cinturó de seguretat tipus arnès (2) <u>ISO 12 12 09</u>	F: Subjecta la persona amb la finalitat de garantir la seva seguretat dins del vehicle. D: Persones amb poca estabilitat de tronc assegudes.		200,00 €	4 anys	Incompatible amb els codis 741 i 746
ALTRES						
762	Politges (2) <u>ISO 04 48 15</u>	F: Ajuda al manteniment de la mobilitat en les extremitats superiors D: Persones que necessitin fer exercicis de manteniment per no perdre la mobilitat en les extremitats superiors		180,30 €	4 anys	
764	Passamans (2) <u>ISO 18 18 03</u>	F: Dóna suport a la marxa. D: Persones amb inestabilitat a la marxa o que necessitin recolzar-se per pujar i baixar escales.		60,10 €/metre	4 anys	
765	Protector de cap (1) <u>ISO 09 06 03</u>	F: Protegeix el cap en possibles caigudes o cops. D: Aquelles persones que tenen riscos de caigudes incontrolades o cops, a causa de la seva discapacitat		180,30 €	4 anys	
766	Laringòfon o mans lliures per apròtesi fonatòria (1) <u>ISO 22 09 03</u>	F: Permet amplificar i articular les paraules mitjançant vibracions. El mans lliures permet parlar sense utilitzar les mans. D: Persones a les quals s'ha practicat una laringectomia.		400,00 €	4 anys	

ANEXO 6

Propuesta de test y hoja de recogida de datos personales

HOJA DE RECOGIDA DE DATOS PERSONALES

Número de expediente:

Nombre y apellidos:

Edad:

Género:

1 masculino

2 femenino

Estado civil:

1 soltera

2 casada

3 viuda

4 separada

5 religiosa

Nivel cultural:

1 Elemental

2 Educación secundaria

3 Bachillerato

4 E. universitarios

Nivel económico:

1 alto

2 medio

3 bajo

Causa de la pérdida visual:

Edad de la pérdida visual:

Evolución de la pérdida:

1 rápida

2 progresiva

	OD	OI
AV		
CAMPO VISUAL		

Situación actual (laboral o estudiantil)

1 Sí (indicar dónde trabaja o que estudia)

2 No (indicar si el motivo es su deficiencia visual)

Servicios en los que está participando, ha participado o en los que está interesado en participar (indicar especialmente si ha hecho rehabilitación visual).

Otros problemas de salud (indicar los diferentes que haya).

PROPUESTA DE TEST

PARTE 1: DIFICULTAD CON ACTIVIDADES

Las siguientes preguntas son acerca de cuánta dificultad, si la hay, tiene que hacer ciertas actividades usando sus gafas o lentes de contacto si las usa para esa actividad.

Responda si tiene:

A	Ninguna dificultad
B	Un poco de dificultad
C	Dificultad moderada
D	Dificultad extrema
E	No leo debido a los problemas visuales
F	No lo hago pero por motivos que no son visuales

	A	B	C	D	E	F
1. ¿Cuánta dificultad tiene usted para hacer tareas que requieran que usted vea de cerca como leer o coser?	5	4	3	2	1	*
2. ¿Cuánta dificultad tiene en lectura de letreros que hay en las calles o en los nombres de las tiendas?	5	4	3	2	1	*
3. Debido a su vista, ¿cuánta dificultad tiene usted en bajar escaleras o bordillos con luz tenue o por la noche?	5	4	3	2	1	*
4. Debido a su vista, ¿cuánta dificultad tiene usted en detectar obstáculos mientras está caminando?	5	4	3	2	1	*
5. Debido a su vista, ¿cuánta dificultad tiene para ver cómo reaccionan las personas ante las que dice?	5	4	3	2	1	*
6. Debido a su vista, ¿cuánta dificultad tiene escoger y emparejar su propia ropa?	5	4	3	2	1	*
7. Debido a su vista, ¿cuánta dificultad tiene usted para ir a visitar a la gente en sus hogares o en restaurantes?	5	4	3	2	1	*
8. Debido a su vista, ¿cuánta dificultad tiene para ver películas, juegos o eventos deportivos?	5	4	3	2	1	*

Le voy a leer una serie de frases como si las leyera Vd. Aunque estén escritas como afirmaciones, no son ni ciertas, ni falsas. Se las leo para que, simplemente, me dé su opinión sobre ellas. Para contestar dígame si está:

A	Totalmente de acuerdo
a	De acuerdo
d	En desacuerdo
D	Totalmente en desacuerdo
*	No sabe

PARTE 2: SIGNIFICADO DE LA ENFERMEDAD

	A	a	*	d	D
1. Las personas con deficiencia visual suelen fracasar en la mayoría de las cosas que hacen.	1	2	3	4	5
2. La mayoría de las personas deficientes visuales están constantemente preocupadas por lo que les pueda pasar.	1	2	3	4	5
3. La mayoría de las personas deficientes visuales son reservadas en sus cosas.	1	2	3	4	5
4. La mayoría de deficientes visuales sienten que son personas que no valen para nada.	1	2	3	4	5
5. Las personas deficientes visuales, generalmente, se alteran más fácilmente que la gente que ve bien.	1	2	3	4	5
6. La mayoría de las personas deficientes visuales no están satisfechas consigo mismas.	1	2	3	4	5
7. La mayoría de las personas deficientes visuales creen que la pérdida visual es lo peor que les podía haber pasado.	1	2	3	4	5

PARTE 3: VALORACIÓN DE LOS RECURSOS PERSONALES

	A	a	*	d	D
1. Abandono las cosas antes de acabarlas.	1	2	3	4	5
2. Si algo me parece demasiado complicado, ni me molesto en intentarlo.	1	2	3	4	5
3. Cuando decido hacer algo, me pongo enseguida a hacerlo.	5	4	3	2	1
4. Cuando intento aprender algo nuevo, si de entrada no me sale bien, lo dejo.	1	2	3	4	5
5. Evito intentar aprender cosas nuevas si estas me parecen demasiado difíciles.	1	2	3	4	5
6. Si fracaso haciendo alguna cosa, lo vuelvo a intentar con más ganas.	5	4	3	2	1
7. Abandono fácilmente.	1	2	3	4	5
8. No me encuentro capaz de enfrentarme a los problemas de la vida.	1	2	3	4	5

A	Totalmente de acuerdo
a	De acuerdo
d	En desacuerdo
D	Totalmente en desacuerdo
*	No sabe

PARTE 4: VALORACIÓN DE LOS RECURSOS SOCIALES

	A	a	*	d	D
1. La mayoría de los servicios sociales para personas con deficiencia visual son útiles.	5	4	3	2	1
2. Algunos miembros de mi familia actúan como si las personas con deficiencia visual fuesen una carga para ellos.	1	2	3	4	5
3. Las personas con deficiencia visual no pueden permitirse replicar o discutir con la familia o los amigos, ya que dependen de ellos	1	2	3	4	5
4. Me siento cómodo/a pidiendo a mi familia o a mis amigos ayuda en cosas que ya no puedo hacer a causa de mi pérdida visual.	5	4	3	2	1
5. Generalmente a la gente que ve bien no le gusta estar con personas que tienen problemas visuales graves.	1	2	3	4	5
6. Cuando una persona pierde visión, sus amigos que ven bien no la entienden como antes.	1	2	3	4	5
7. Las personas con problemas de visión están incómodas haciendo nuevas amistades porque suelen tener problemas para ver las caras de la gente.	1	2	3	4	5
8. A causa de mi problema visual, tengo miedo de que la gente se aproveche de mí.	1	2	3	4	5
9. Es mejor para las personas con problemas de visión dejar que los demás hagan las cosas por ellas.	1	2	3	4	5

A	Totalmente de acuerdo
a	De acuerdo
d	En desacuerdo
D	Totalmente en desacuerdo
*	No sabe

PARTE 5: VALORACIÓN LOS SENTIMIENTOS

	A	a	*	d	D
1. A causa de mi problema visual, me siento triste casi todo el tiempo.	1	2	3	4	5
2. Me hace sentir muy mal darme cuenta de todo lo que las personas que ven bien pueden hacer y yo no.	1	2	3	4	5
3. A causa de mi problema visual, tengo poco que ofrecer a los demás.	1	2	3	4	5
4. A causa de mi problema visual, la vida de los demás tiene más sentido que la mía.	1	2	3	4	5
5. Me siento satisfecho/a con mis habilidades, y por ello mi problema visual no me preocupa demasiado.	5	4	3	2	1
6. A causa de mi problema visual, casi todas las áreas de la vida están cerradas para mí.	1	2	3	4	5
7. Mi problema visual me impide hacer casi todo lo que quiero hacer y ser el tipo de persona que realmente quiero ser.	1	2	3	4	5
8. En casi todo, mi problema visual me resulta tan molesto que no puedo disfrutar de nada.	1	2	3	4	5
9. Con frecuencia pienso en mi problema visual y me altera tanto que soy incapaz de pensar o hacer nada.	1	2	3	4	5

ANEXO 7

Tríptico informativo

ión que procesa nuestro
és del órgano de la vista.
nos por la información vi-
t en este sentido compor-
das las esferas de activi-
tarse a la nueva situación
n número de cambios que
cuadros psicopatológicos



INFORMACIÓN Y AYUDAS DEL DÉFICIT VISUAL

El 80% de la información que el cerebro nos llega a través de los ojos. Aprendemos y nos movemos a través de la información visual. Por tanto, un déficit visual tendrá repercusiones en toda la vida del individuo y adaptarse a la nueva situación implicará realizar un gran número de cambios que pueden llegar a causar cuadros depresivos.



UNIVERSITAT POLITÈCNICA DE CATALUNYA
BARCELONATECH

Centre Universitari de la Visió



RECOMENDACIONES BÁSICAS

- buenos hábitos y dieta equilibrada
- revisiones oculares periódicas, en especial las personas con antecedentes genéticos o en riesgo
- control de las enfermedades vasculares
- seguir las recomendaciones del personal sanitario, como la prescripción médica

FACTORES DE RIESGO

- envejecimiento
- consumo de alcohol y tabaco
- colesterol elevada
- hipertensión arterial
- obesidad y sedentarismo
- diabetes, glaucoma, DMAE

CONSEJOS SOBRE EL DÉFICIT

- acudir a rehabilitación
- buscar ayuda y apoyo profesional
- fomentar las actividades sociales y de ocio, para prevenir el aislamiento y la disminución cognitiva
- fomentar la autonomía y el bienestar en detrimento de los pensamientos negativos

REHABILITACIÓN

Tiene el objetivo de dotar de técnicas y estrategias para la participación activa con el entorno.

- **OPTIMIZACIÓN VISUAL:** dirigida a personas que no han perdido totalmente la vista y mediante el uso de instrumentos auxiliares.
- **POTENCIAR OTROS SENTIDOS:** tacto, audición, percepción cinestésica.
- **TIFLOTECNOLOGIA:** aprender a usar herramientas auxiliares o ayudas ópticas creadas o adaptadas específicamente para personas con déficit visual.



RECOMENDACIONES A FAMILIARES

- no sobreproteger: se ha de lograr un equilibrio entre seguridad y autonomía
- evitar palabras sin sentido referencial
- no caer en la creencia que discapacidad es igual a incapacidad
- ofrecer apoyo y comprensión

AYUDAS EXISTENTES

○ TARGETA ACREDITATIVA DE DISCAPACIDAD

Permite acreditar de forma ágil y práctica el grado de discapacidad. Es un documento público, personal e intransferible otorgado por los servicios sociales y optar a subvenciones.

○ PENSIÓN DE INVALIDEZ

Prestación económica que se ofrece a personas con una discapacidad igual o superior al 65%.

○ ATENCIÓN DOMICILIARIA

-Ayuda de terceros en las tareas del hogar y cuidado personal.
-Teleasistencia 24 h.

○ AYUDAS PUA

Subvención de material especializado.

○ BECAS EN EDUCACIÓN

Reducción en el precio de matriculación y accesibilidad garantizada en las instalaciones.

○ INSERCIÓN LABORAL

Incentivo que se ofrece a las empresas para favorecer la contratación de discapacitados e incorporar a estas personas al mercado laboral.

○ TRIBUTARIAS

Reducción en algunos impuestos como el IRPF o los de sucesión.

SERVICIOS DE LA ONCE

Se trata de una institución sin ánimo de lucro que tiene como propósito mejorar la calidad de vida de las personas ciegas. Las recaudaciones que se obtienen con la venta de los famosos cupones de lotería son usados para financiar una amplia gama de servicios especializados.

○ CONDICIONES DE AFILIACIÓN:

- campo visual reducido a 10º o menos
- agudeza visual igual o inferior a 0,1 con la mejor corrección posible

○ SERVICIOS:

- rehabilitación
- perro guía
- apoyo psicosocial
- educación
- fomento del empleo
- adaptación de textos a braille y audiolibros





20 de junio de 2017

Facultad de Óptica y Optometría de Terrassa