

DIPLOMADO BAJA VISIÓN

Eduardo Pava Ávila

EJE 1

Conceptualicemos

Introducción	3
Baja visión: rasgos generales	4
Antecedentes	5
Contextos de intervención	6
Contexto sociodemográfico	7
Contexto cultural y tecnológico	8
Contexto técnico-programático	8
Contexto económico, institucional y político	8
Factores de pronóstico	9
Hablar de baja visión	11
Bibliografía	13

Baja visión: rasgos
generales



Antecedentes

La OMS publicó inicialmente en 1980 un documento piloto llamado *International of Impairment, Disability and Handicap* (ICIDH). El propósito del mismo era proporcionar un lenguaje unificado y una base estándar para la descripción de los estados de salud. El documento se concluyó en el año 2000 con la denominación de ICF (*International Classification of Functioning, Disability and Health*). La ICF pertenece a una familia de clasificaciones internacionales desarrolladas por la OMS para su aplicación en diversos aspectos de la salud.

Para definir el concepto de salud, el referente más importante es la OMS, que en 1981 publicó la *Clasificación internacional de las deficiencias, de las discapacidades y de las minusvalías*.

Intervenciones

Niveles

Prevención

Deficiencia

Rehabilitación

Discapacidad

Igualdad de oportunidades

Minusvalía



Instrucción

Complemente esta información observando el recurso de aprendizaje: memonota.

Son muchas las definiciones de deficiencia visual con carácter legal en el mundo. En el Reino Unido, a las personas se les certifica que padecen una deficiencia visual grave o una deficiencia visual antes de ser incluidos en los registros municipales o en las fundaciones de atención primarias locales.

Las previsiones estiman que el número de ciegos aumentará de manera notable durante los próximos 20 años hasta aproximadamente 75 millones en el año 2020. En un intento por reducir la ceguera en el mundo, la OMS y un grupo de trabajo de organizaciones no gubernamentales internacionales han preparado y lanzado conjuntamente una agenda común de acción global denominada: **Visión 2020**.



Video

Lo invito a consular la videocápsula:

Baja Visión y Ciegos

https://www.youtube.com/watch?v=4J_aBtePrRs

En los países desarrollados, la degeneración macular representa la mitad de los casos de ceguera; además, destacan otras causas como el glaucoma y la retinopatía diabética. A pesar de ser evitables, el tratamiento de la catarata y los errores de refracción no corregidos requieren una inversión considerable en profesionales médicos, aunque estas enfermedades tienen menor importancia en las estadísticas globales de ceguera registrable.

Para el caso de los países en vías de desarrollo, la degeneración macular no figura entre las causas importantes de deficiencia visual porque la esperanza de vida es demasiado corta para correr el riesgo de padecer esta enfermedad.

La *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad* promulgada por la Asamblea de la ONU el 13 de diciembre de 2006, aprobada por Colombia mediante la Ley 1346 de 2009 reconoce a las personas con discapacidad como “aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”.

Para tal efecto, el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) orientará el proceso de formulación, implementación y evaluación

de los planes sectoriales, intersectoriales y territoriales para la atención integral en salud de la población colombiana, donde se reconozcan las necesidades y se estructuren proyectos y programas de atención diferencial para las personas con discapacidad, de tal manera que se promueva su participación e inclusión social en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana.



Instrucción

Lo invito a desarrollar el juego de roles que encontrará en los recursos de aprendizaje de este eje.

Contextos de intervención

Dentro del contexto encontramos una gran aproximación y afinidad entre los conceptos de salud y discapacidad que disponen proporcionalmente el objetivo y el campo de aplicación; lo anterior se completará con la enumeración de los contextos de intervención en la medida en que el trabajo social cumple una función mediadora entre las demandas sociales y las diversas acogidas institucionales y profesionales. Valga aclarar que en el trabajo cotidiano y en la organización los manejaremos continuamente.

Este postulado nos permite concluir que el trabajo social atiende, esencialmente, a la salud como estado de bienestar, que reincide y es establecido por los otros aspectos citados.



Figura 1.
Fuente: Shutterstock/454391641

Contexto sociodemográfico

Dentro de los factores que se tienen en cuenta encontramos los cuantitativos y los cualitativos como la cantidad y perfil de la población con demanda potencial, el deterioro natural por la edad y la agregación en los distintos escenarios en los que interactúan las personas con baja visión.

Contexto cultural y tecnológico

Este factor es de gran importancia debido a que proporciona información de la generación social de las demandas, de los recursos y también de los valores que regulan las actitudes y los contenidos para el aprendizaje rehabilitador.

Dentro del factor tecnológico encontramos un doble significado. El primero indica nuevos requerimientos visuales que se caracterizan principalmente por el trabajo ante pantallas de video o de ordenador, y el segundo y no menos importante contribuye con instrumentos de ayuda óptica entre los cuales encontramos: telelupas, filtros, telescopios, etc.

Contexto técnico-programático

En este contexto encontramos toda la oferta académica que brinda el mercado: seminarios y congresos, que aporta los avances en la racionalización y en la sistematización de cada una de las intervenciones.

Contexto económico, institucional y político

Este contexto determina principalmente los presupuestos y las legislaciones de las administraciones públicas de cada una de las instituciones involucradas. Demarcan el alcance de las prestaciones y de los servicios; reglamentan los derechos y los procedimientos; precisan la planificación estratégica de los objetivos y de los recursos, y orientan dentro de un marco de

referencia el contexto organizacional de las intervenciones.

Dentro de la fase de organización, es importante coordinar los programas de rehabilitación básica funcional a la vez que la coordinación de movilización de recursos de apoyo para los desplazamientos o para la comunicación. De acuerdo con lo anterior es importante tener en cuenta la capacidad de servicios disponibles que cada uno pueda ofrecer en ese momento.



Lectura recomendada

Para ampliar este tema, realicen la lectura:

Manual técnico de servicios de rehabilitación integral para personas ciegas o con baja visión en América Latina

Gladys Lopera Restrepo, Ángel Aguirre Patrone, Patricio Parada Ceballos y José Raúl Baquet Quiñones

Para dar inicio a la fase de ejecución es fundamental comenzar la entrevista inicial de programas que se realiza con la persona interesada. En este tiempo de la fase se atienden las consultas informativas de los rehabilitadores, se participa en las reuniones del equipo técnico del centro, que deben estar planificadas periódicamente, para con ello efectuar la coordinación y el seguimiento de la ejecución de los programas.

Factores de pronóstico

Los factores que determinan el potencial de una persona con baja visión están interrelacionados; sin embargo, vamos a enumerar algunos de ellos en la siguiente tabla.

Factor	Pronóstico bueno	Pronóstico malo	Observaciones
Agudeza visual	de 6/12 a 6/180.	Demasiado baja, por debajo de (6/60).	Hay un grupo cuya agudeza visual está entre 6/80 y 6/600 que no tiene ni pronóstico muy bueno ni muy malo.
Duración	Pérdidas de visión de más de 5 años (incluye a los congénitos).	Pérdida de visión muy reciente (buscando todavía una curación).	Todas las pérdidas recientes de visión tienen menos riesgo de pronóstico malo.
Motivación	Altamente motivado para hacer algo cuya ejecución pueda mejorar con la ayuda.	No tiene ningún objetivo claro que pueda mejorar con una ayuda.	Una simple mejora que no sirva para ningún objetivo útil, no suele ser motivación para usar una ayuda.
Flexibilidad	Dispuesto a adaptarse a una nueva forma de hacer las cosas.	Inflexible.	
Campo visual	Capacidad de desenvolverse a su alrededor.	Campo visual insuficiente.	Los factores determinantes probablemente son la extensión del campo visual restante y la localización del mismo. Así, patologías avanzadas conducen a pronósticos relativamente malos.
Etiología	Alteraciones oculares irreversibles (retinosis pigmentaria, atrofia óptica, etc.).	Alteraciones oculares progresivas (retinosis pigmentaria).	La etiología es menos importante que la integridad del campo visual y la extensión y la localización de escotomas.

Estabilidad	Condición estable.	Condición de deterioro activo.	La razón principal para un pronóstico malo en la retinopatía diabética es el rápido deterioro que se produce frecuentemente.
Edad	Más favorable entre 11 y 60 años.	Menos favorable por encima de los 80 años. Muchos pueden ser ayudados.	Los niños pequeños tienen amplitudes de acomodación grandes y no necesitan leer letras pequeñas. La edad cronológica no es tan importante como la actitud y la actividad mental.
Imagen personal	El paciente ha probado alguna lupa o aparato por iniciativa propia.	El paciente trata de ocultar su pérdida de visión y rechaza cualquier aparato que llame la atención o pueda indicar que tiene un problema visual.	Una persona que ya esté usando un dispositivo que le ayude a mejorar su visión demuestra interés en hacer uso de su resto visual y no le preocupa que la gente se dé cuenta al ver el dispositivo, de que tiene un problema visual.
Visión del color	Distingue los colores.	Visión de los colores defectuosa a causa de un gran escotoma central y paracentral.	El color es importante como indicador de la extensión de la visión central. Sin embargo, las personas que carecen de visión de color por causas congénitas pueden ser muy buenos pacientes de baja visión.

Tabla 1. Prognosis
Fuente: propia

Hablar de baja visión

Quizás expresiones sencillas o un lenguaje positivo por parte de los profesionales llevan a una orientación con éxito a las personas con una limitación visual como la baja visión, por ejemplo:

Preferido	Inadecuado
Baja visión	Visión subnormal
Visión parcial	Parcialmente ciego
Ayuda	Corrección
Puede ser	No puede ser
Capaz	Incapaz
Cambio	Deterioro o degeneración
Inusual	Anormal
Ciego	Cieguito

Tabla 2.
Fuente: propia

Freud miraba dentro del individuo para estudiar las motivaciones de su conducta. Sullivan (1953) describe la psiquiatría como el estudio de las relaciones interpersonales. Haley (1963), entre otros, considera necesario extenderse a la familia y da muchos ejemplos en los que fácilmente puede hacerse una interpretación falsa de la etiología de las dificultades de un individuo, si no se tiene en cuenta a las personas significativas en la vida y las necesidades del paciente.

El trabajo con personas con baja visión frecuentemente debe ser considerado como parte de un proceso de la rehabilitación funcional. Hay que tener en cuenta por tanto las implicaciones económicas para la persona en términos de trabajo, pensiones, etc. No hay que perder de vista tampoco el efecto de la discapacidad visual sobre las relaciones de dependencia y el papel de la familia. Al tiempo que se trata la situación inmediata es incluso más importante la adaptación del paciente a su incapacidad a largo plazo, y todo lo que digamos, hagamos y recomendemos debe tener esto en mente.

Orientarse significa conocer la relación entre el propio cuerpo y el espacio que nos rodea. Movilizarse es el acto voluntario de trasladarse de un punto a otro e implica la necesidad previa de estar orientado.

Cuando se produce una merma significativa en la capacidad visual de una persona, estas habilidades (las de orientarse y movilizarse) suelen afectarse en mayor o menor grado. Puede que la persona se halle absolutamente incapacitada para trasladarse o

que pueda hacerlo, pero en forma poco segura. Esta circunstancia hace que el entrenamiento en orientación y movilidad sea parte importante de la **rehabilitación general** y visual de la persona con baja visión, así como también de la educación de niños con baja visión.

Después de analizar los aspectos psicoambientales y funcionales, que son los que nos sirven como punto de partida para el diseño de programas, planee unos principios metodológicos de trabajo o criterios de actuación, a su vez unos objetivos que logren conseguir la satisfacción de las necesidades del individuo y, por último, completar el programa con los contenidos, actividades y materiales adecuados para conseguir los objetivos propuestos.

Son importantes los factores sociales, ambientales e individuales, y generar un punto de partida para determinar los factores de intervención funcional de la persona con baja visión, incluir factores que realmente van a establecer o permitir percibir los beneficios de una intervención, es decir los factores clínicos a mejorar. Como factores de referencia se puede tener en cuenta su nivel de visión, campo visual y adaptación del ambiente en las actividades cotidianas y ocupacionales como el lugar de trabajo, el educativo, el recreativo y el habitacional.



Rehabilitación general

Desarrollo de actividades de orientación, movilidad y técnicas de la vida diaria que se hacen al perder un grado significativo de la visión.



Instrucción

Para finalizar este eje, quiero invitarlo a revisar y desarrollar:

- Actividad: control de lectura.
- Recurso: demostración de roles.
- Actividad evaluativa.

Bueno, M., Rodríguez, F. (1999). *Niños y niñas con baja visión*. Málaga, España: Editorial Aljibe.

Bruce, R., y Roy, C. (1996). *Functional assessment of low vision*. Nueva York, EE.UU.: Editorial Mosby.

Jose, R. (1988). *Visión subnormal*. Madrid, España: Organización de Ciegos Españoles.

Macnaughton, J. (2006). *Evaluación en baja visión*. Londres, Reino Unido: Editorial Masson.

Vila, J. M. (1994). *Apuntes sobre rehabilitación visual*. Madrid, España: Organización de Ciegos Españoles.