

# DIPLOMADO BAJA VISIÓN

Eduardo Pava Ávila

## EJE 3

Pongamos en práctica



Introducción . . . . .	3
Rehabilitación visual y funcional . . . . .	4
Proceso de intervención . . . . .	6
Valoración sociotécnica . . . . .	6
Entrevista inaugural del programa . . . . .	8
Bibliografía . . . . .	13

## ¿Por qué la rehabilitación visual y funcional de la baja visión nos compete a todos?

A partir de la Constitución colombiana de 1991 la salud visual y las discapacidades quedaron establecidas como un compromiso de todos los colombianos miembros de una sociedad con derechos iguales y equiparación de oportunidades, lo que nos invita a establecer mecanismos, estrategias y procedimientos que permitan el cumplimiento de estos derechos desde un marco conceptual donde el compromiso es de todos y para todos.

La OMS tiene una definición amplia: “la salud como un estado de bienestar físico, psíquico y social. Promueve, por tanto, una concepción global, multidimensional y extensiva frente a la concepción clásica de salud como mera ausencia de enfermedad”.

La baja visión tiene resultados importantes y sociales disímiles, depende de varios factores como las características personales y el entorno que rodea a quien la padece, y los recursos y requerimientos de educación, empleo, comunicación y deporte, entre otros.

Desde la práctica de rehabilitación se ha logrado concientizar los servicios sociales y de salud, para lograr mayor diversidad y planeación progresiva que involucre modelos más globalizados, multiprofesionalizados y personalizados de atención que den como resultado el trabajo en conjunto para el fortalecimiento de la atención de la población.

En este eje trazaremos algunos de los marcos de referencia que han permitido los modelos.



### Video

Los invito a observar estos videos para introducirnos en el tema de este eje:

*Showdown es un deporte para personas con discapacidad sensorial visual*

<https://www.youtube.com/watch?v=AwGyS8vSRpE>

*Así es... El goalball*

<https://youtu.be/PebhJZapCTM>

# Rehabilitación visual y funcional



En el tratamiento y estudio del bienestar social se pueden diferenciar dos posturas:

- Individualista (centro la persona)
- Sociales (centro la sociedad)

Las perspectivas se pueden catalogar en:

<b>Residuales, institucionales o desarrolladas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Se basa en la función del volumen, el tipo de colectivo, las prestaciones que cubran y el número de agentes que intervengan en el proceso como personas afectadas.</li><li>● Ejemplos: Estado, organizaciones no gubernamentales, entre otras.</li></ul>
<b>Generales o especializadas, integradoras o segregadoras</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Según sea su organigrama y la orientación de todo contexto que posean.</li></ul>

Tabla 1.  
Fuente: propia

Actualmente existe una fusión de estas dos magnas figuras con juicios de elasticidad y apertura según sea el caso y medio en donde se desarrolle.

La OMS desde su marco promocional divulgó la clasificación internacional de las deficiencias, de las discapacidades y de las minusvalías en 1981, un instrumento experimental que guía el análisis de las consecuencias de las enfermedades, de los trastornos y de las pérdidas, y las prácticas rehabilitadoras de los profesionales y de las instituciones.



### Lectura recomendada

*Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad*

Carlos Ega García y Alicia Sarabia Sánchez

## Proceso de intervención

El proceso de intervención tiene una descripción en la que se puede llegar a una visión fotográfica o estática del mismo, si se aplica la figura (definición de objetivos y actividades) o se adopta la figura procesual, se contará con una visión cinematográfica o dinámica del mismo.

En este contexto se elige la figura procesual, pues facilita la comprensión del adelanto de la intervención del trabajo social en programas de rehabilitación visual, que a su vez origina una propuesta de definición del mismo como un proceso racional del trabajo.

La temática de este curso permite especificar la mediación del área del trabajo social en los esquemas de rehabilitación, como el conjunto de elementos técnicos, recursos y acciones que se encuentran establecidos y encaminados a perfeccionar la capacidad visual de los rehabilitados, entre el entorno general de su independencia propia y de su composición en el entorno.

Este proceso está contemplado como racional y rompe el paradigma que sea solamente asistencial; por lo cual contiene diferentes periodos de planificación, organización, ejecución y evaluación. Su desarrollo cotidiano continúa presente en el mismo orden.

## Valoración sociotécnica

Esta valoración establece la viabilidad y la preferencia en el orden de citación propuesto, en concordancia con los juicios de ecuanimidad y respeta los perfiles de demanda de los interesados y el aforo de atención de cada centro, para el momento en que se requiere el ingreso.

El juicio de **necesidad** que se aplica en la evaluación busca impedir o increpar los peligros y las circunstancias ya descritas de marginación y como segundo aspecto apoyar la transformación social.

Estos perfiles de demanda son construidos para incorporar el criterio de necesidad definido en las dimensiones que se relacionan a continuación.



### Necesidad

Mayor actividad ocupacional de la vida diaria.

### Dimensión educativo-laboral

Vislumbra la obtención, el mantenimiento y el progreso del sitio de trabajo educativo y/o laboral.

### Dimensión de movilidad y autonomía

Contiene las periodicidades y las clases de traslados, los peligros físicos del ambiente, las acciones cotidianas a realizar, así como la apropiación de lecturas de diferentes documentos, escritos y folletos, entre otros.

### Dimensión de situaciones asociadas

Agrega estados agrupados que logran trasgredir la independencia personal y la igualdad social: edad, patologías asociadas —conflictos, convivencia—, etc.

### Dimensión cultural y de ocio

Examina verazmente una viabilidad de realizar acciones artísticas, deportivas y de tiempo libre, así como la oportunidad de pertenecer a grupos sociales y agrupaciones, entre otros.

Figura 1.  
Fuente: propia

Cada dimensión permite incorporar al ambiente de convivencia un componente primordial: que exista o no compromiso hacia otras personas (cónyuge, hijos, hermanos, familiares, etc.) y como un componente de ponderación si diera lugar a un apoyo sustituto.



#### Instrucción

Los invito a desarrollar el control de lectura que se basa en dos elementos:



#### Lectura recomendada

*Práctica deportiva escolar con niños ciegos y de baja visión*

Susana Gorbeña Etxebarria y Roberto San Salvador del Valle (Asesores)



#### Video

*Nuevas actividades deportivas para ciegos y personas con baja visión*

<https://youtu.be/IFGHqj1e-lk>

## Entrevista inaugural del programa

El trabajo social en este tipo de entrevista es fundamental, hace parte de la característica de entrevista determinada y personal, semidirigida, que se encuentra encaminada a un fin determinado, para nuestro caso la rehabilitación visual, la entrevista se efectúa de forma personal con el paciente y va anteriormente organizada por la valoración médico-social que se realizó al iniciar la solicitud.

Los objetivos básicos de la entrevista son

- Generar un campo de interacción entre el personal interdisciplinario que va a realizar la intervención y el solicitante que va a realizar el programa.
- Formar información mutua y en equipo necesaria para preparar el desarrollo del programa.

<b>Fase de apertura e inclusión</b>	<p>El primer momento de contacto de la persona rehabilitada en donde percibe el estilo humano y de atención profesional del centro. Por nuestra parte nos preparamos a realizar la presentación personalizada, con la suficiente empatía y relajación, para crear un ambiente que genere confianza y favorezca la relación del grupo de trabajo.</p>
<b>Fase de expresión y exploración</b>	<p>Debemos tener en cuenta para su elaboración la ficha social de despacho. Es importante realizar preguntas claras, que generen tranquilidad y no sólo preguntas necesarias para el trabajo.</p> <p>Durante el desarrollo de la ficha se debe dar un tiempo prudente para que el solicitante responda, teniendo en cuenta el ritmo y la forma de locución de cada persona con el fin de proporcionar en el individuo una sensación de tranquilidad; por parte del entrevistador ir preparando la fase de análisis y de respuestas.</p>
<b>Fase de análisis y de respuesta</b>	<p>Atiende a dos dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Dimensión emocional: se percibe el manejo emocional y la valoración que se realice de la situación de cada una de las personas entrevistadas.</li><li>● Dimensión situacional: se determina la posible evolución del perfil social, desde la fecha de solicitud hasta la fecha en la que se realiza la entrevista.</li></ul>

Tabla 2. Fases de desenvolvimiento de la entrevista inaugural  
Fuente: propia

Durante el marco de la dimensión emocional es importante aclarar las dudas y las manifestaciones que pueden surgir sobre el desarrollo del programa de **rehabilitación visual**.



### Rehabilitación visual

Entrenamiento de estrategias y habilidades visuales para las actividades de la vida diaria.

En la dimensión situacional, se facilita una descripción del desarrollo del programa con los distintos especialistas que intervienen y se socializan las posibles ayudas ópticas que se van a utilizar; además, se valora su situación económica y su posible subsidio.

La entrevista inaugural del programa produce las siguientes eficiencias:

<p><b>A la persona usuaria del servicio</b></p>	<p>Disposición general del programa y de las ayudas económicas; análisis social de otras demandas que pueden incidir en la autonomía personal y en su integración social. Se evitan privaciones y se proporcionan recursos de interés para la persona, etc.</p>
<p><b>Para las instituciones</b></p>	<p>Permite beneficiar el proceso de aprendizaje y la relación con el centro. Se deben evitar duplicaciones, desfases y privaciones en las distintas mediaciones de los centros. Además, se deben establecer evoluciones posibles de la situación social, descubriendo necesidades, para optimizar los niveles de bienestar social y el mejoramiento de los costes de servicios y prestaciones que tramite.</p>

Tabla 3.  
Fuente: propia

Tanto las definiciones como los niveles o las categorías de la deficiencia visual que se han establecido recientemente atienden a la evaluación de todos los factores que intervienen en la visión, en detrimento del uso exclusivo de la medición de la **agudeza visual** o **amplitud de campo**. Esta tendencia permite una categorización amplia de los déficits visuales, con base en la posibilidad de usar o no, de manera sistemática el resto visual para la mayoría de las actividades de la vida diaria, incluyendo las escolares. Se trata de una concepción de la deficiencia visual fundamentada en el interés por las competencias, con una especial atención en la capacidad visual de la persona, desterrando en lo posible el centrarse en el déficit.



### Agudeza visual

Cantidad de visión que tiene una persona.

### Amplitud de campo

Área que puede ser percibida visualmente.

Siguiendo este enfoque, surge otra acepción no menos precisa del término: *deficiencia visual* basada en la capacidad o en la competencia de la persona, entendida como la

disminución importante en la visión de ambos ojos que puede dejar, no obstante, un resto compatible con ciertos aspectos de la vida cotidiana, dando la impresión de normalidad en ocasiones.

En concordancia con las características educacionales de los sujetos de baja visión, se establecen cuatro grupos de niveles de discapacidad, que guardan evidente correlación con la clasificación anterior.



**Instrucción**

Les recomiendo desarrollar el recurso: memonota, que les ayudará a hacer un pequeño repaso de términos vistos.

Discapacidad visual	Características educativas
<b>Ceguera</b>	Carencia de visión o solo percepción de luz
<b>Discapacidad visual profunda</b>	Dificultad para realizar tareas visuales gruesas. Imposibilidad de hacer tareas que requieren visión de detalle.
<b>Discapacidad visual severa</b>	Posibilidad de realizar tareas visuales con inexactitudes, requiriendo adecuación de tiempo, ayudas y modificaciones.
<b>Discapacidad visual moderada</b>	Posibilidad de realizar tareas visuales con el empleo de ayudas especiales e iluminación adecuada similares a las que realizan los sujetos de visión normal.

Tabla 4. Grupos de niveles de discapacidad  
Fuente: Barraga (1992)

Otro criterio de clasificación desde el punto de vista educativo es el que responde a la capacidad visual para utilizar el sistema lectoescritor en tinta, de manera funcional, excluyendo cualquier otro nivel de competencia: siempre que se haga referencia a personas con ceguera (ceguera funcional) o de baja visión, se hará alusión a esta clasificación establecida según el comportamiento visual, denominado a las personas del grupo de **ciegos y de baja visión**. En España por ejemplo quienes son ciegos legales afiliados a la ONCE pueden pertenecer a uno u otro grupo, en función de la posibilidad visual para usar la lectura y la escritura en tinta, o bien otros elementos que demuestren visión de detalle como criterio diferenciador.

Debemos descartar el hecho de que la ceguera legal impida ver. Una persona legalmente ciega, en contra de lo que pudiera pensarse, conserva con frecuencia un resto visual funcionalmente útil, incluso con capacidad para realizar tareas como la lectura en tinta sin necesidad de ningún tipo de ayuda óptica.

También desde un punto de vista educativo es importante tener en cuenta a las personas con deficiencia visual en los primeros años, cuando aún no se ha procedido a instaurar un sistema de lectoescritura, para entender que se tiene la posibilidad de encuadrar a todo niño que tenga una función visual mínima en el grupo de los videntes.

Finalmente recordemos que la salud no es simplemente una ausencia de enfermedad, es un estado de relación con el entorno y con todos sus miembros, de todo orden, lo cual nos invita a reflexionar y dar respuesta al por qué la salud nos compete a todos; aún más cuando se presenta una discapacidad de por medio.

Ahora definiremos las competencias de cada uno de los otros servicios y su correspondiente profesional, que intervendrá en un proceso de rehabilitación visual y que verdaderamente terminaría en una rehabilitación funcional de la persona con baja visión.


**Lectura recomendada**

*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

<b>Oftalmología</b>	Determina la condición ocular y la estabilidad de la patología causante de la limitación visual.
<b>Optometría</b>	Evalúa la condición visual residual y determina su funcionalidad a través de ayudas ópticas no convencionales y no ópticas para el desempeño del entorno de la vida diaria.
<b>Terapia ocupacional</b>	Establece las actividades y habilidades de la persona con baja visión de acuerdo a su condición visual orientada a la actividad ocupacional o laboral o de mayor tiempo de las actividades de la vida diaria.

<b>Terapeuta física</b>	Define un plan de orientación y movilidad de acuerdo a la condición visual y motora de la persona con baja visión.
<b>Educadora</b>	Determina los lineamientos educativos y estrategias pedagógicas para las personas con baja visión en el aula regular y aula profesional.
<b>Recreación y deporte</b>	Determina todas las adaptaciones de actividades y espacios para las personas con baja visión en el marco de la condición visual o limitación visual.

Tabla 5. Competencias de cada servicio  
Fuente: propia

Somos una especie visualmente dependiente, la mayor información del medio ambiente es seleccionada por vía óptica, nos relacionamos con el mundo desde el momento de nacer gracias a la visión, es por esto que podemos pensar que la baja visión nos interesa a todos.



### Instrucción

Para finalizar el eje 3, revisen los recursos:

- Juego de roles
- Demostración de roles

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.

Mehr, E., y Freid, A. (1995). *El cuidado de la baja visión*. Nueva York: EE.UU.: Professional Press Book Fairchild Publications.

Gurovich, L. (2001). *Baja visión*. Buenos Aires, Argentina: Autor.

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