

Rehabilitación visual e inclusión social del adulto con baja visión

Visual rehabilitation and social inclusion of the adult with low vision

Wendy López Fernández^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-3916-0426>

Alina Díaz Reyes² <https://orcid.org/0000-0002-8008-2119>

¹Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Ciencias Médicas "Enrique Cabrera". La Habana, Cuba.

²Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras". La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: wlopezfdez@gmail.com

RESUMEN

Introducción: Las personas que, por diferentes causas oculares o extraoculares, quedan por debajo de una visión determinada, se conocen como discapacitados visuales, o pacientes con baja visión. La rehabilitación de la visión es la única intervención que aborda el impacto de esta condición de salud en la vida cotidiana de las personas.

Objetivo: Describir tendencias actuales de la rehabilitación visual y la inclusión social del adulto con baja visión.

Métodos: Se realizó una búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos, y se seleccionaron 25 trabajos, principalmente de los últimos 5 años.

Resultados: Los modelos de rehabilitación de la visión se pueden clasificar en: servicios estándar en hospitales, que pueden tener vínculos con servicios sociales; servicios multidisciplinarios, que incluyen elementos adicionales, como asesoría, actividad grupal, terapia ocupacional, capacitación en orientación y movilidad; y servicios con énfasis en las necesidades psicológicas de las personas. El reclamo de la inclusión social es de indiscutible importancia. Se muestran avances, pero se enfrenta a un entorno transgresor y excluyente que entorpece lograr disminuir todas las desventajas y barreras que afectan al adulto con baja visión, aun cuando disponga de las mejores herramientas de rehabilitación.

Conclusiones: Existen varios modelos de rehabilitación visual. La independencia es muy importante para los adultos con baja visión. La rehabilitación visual ayuda a potenciar la visión de estos pacientes, y que se puedan incorporar a la vida social. La inclusión social de las personas con baja visión requiere un abordaje amplio e integral.

Palabras clave: baja visión; rehabilitación; adulto; integración social.

ABSTRACT

Introduction: People who, due to different ocular or extraocular causes, fall below a certain vision, are known as visually impaired or patients with low vision. Vision rehabilitation is the only intervention that addresses the impact of this health condition on people's daily lives.

Objective: To describe current trends in the visual rehabilitation and social inclusion of adults with low vision.

Methods: A bibliographic search was carried out in different databases, and 25 works were selected, mainly from the last 5 years.

Results: Vision rehabilitation models can be classified into: standard services in hospitals, which may have links with social services; multidisciplinary services, which include additional elements, such as counseling, group activity, occupational

therapy, orientation and mobility training; and services with emphasis on the psychological needs of people. The demand for social inclusion is of indisputable importance. Progress is shown, but it faces a transgressive and exclusionary environment that hinders achieving decrease all the disadvantages and barriers that affect adults with low vision, even when they have the best rehabilitation tools.

Conclusions: There are several models of visual rehabilitation. Independence is very important for adults with low vision. Visual rehabilitation helps to enhance the vision of these patients, and that they can be incorporated into social life. The social inclusion of people with low vision requires a broad and comprehensive approach.

Keywords: low vision; rehabilitation; adult; social inclusion.

Recibido: 20/06/2022

Aceptado: 06/04/2023

Introducción

La condición visual de los que padecen baja visión depende de cómo se combinan las variables clínicas y objetivas que pueden estar alteradas: agudeza visual, campo visual, motilidad ocular, visión de contraste y visión de colores. Teniendo en cuenta estas variables orgánicas, la condición de baja visión implica, intrínsecamente, una extensa gama de posibilidades visuales, y se contemplan otros factores, como: deterioros congénitos o adquiridos, actividades diarias, interacción social, y entre otros.^(1, 2)

La definición de Baja Visión proporcionada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es: "Una persona tiene baja visión cuando tiene una agudeza visual (AV) inferior a 6/18 (0,3 decimal) en el mejor ojo con la mejor corrección posible, o un

campo visual menor o igual a 10 grados desde el punto de fijación, que interfiere con la habilidad para realizar las tareas de la vida diaria y que no puede ser corregida con el uso de lentes convencionales, pero puede llegar a usar, potencialmente, la visión para planificar y realizar una tarea".⁽³⁾

En la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), en el año 2009, se suprime el término "baja visión", y la función visual se subdivide en cuatro niveles: discapacidad visual leve o no discapacidad visual ($AV \geq 0,3$); discapacidad visual moderada ($AV < 0,3$ y $AV > 0,1$); discapacidad visual severa (o grave) ($AV \leq 0,1$ y $AV \geq 0,05$); y Ceguera ($AV < 0,05$). La discapacidad visual moderada y la discapacidad visual grave se reagrupan comúnmente bajo el término «baja visión». La baja visión y la ceguera, en conjunto, representan el total de casos de discapacidad visual.⁽³⁾

A nivel mundial, según la OMS, se calcula que alrededor de 1300 millones de personas viven con alguna forma de deficiencia de la visión de lejos o de cerca. Con respecto a la visión de lejos, 188,5 millones de personas tienen una deficiencia visual moderada, 217 millones tienen una deficiencia visual de moderada a grave y 36 millones son ciegas. Por otro lado, 826 millones de personas padecen una deficiencia de la visión de cerca.⁽⁴⁾

En América Latina y el Caribe, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) estimó, en 1999, que 6 millones de personas (el 1,2 % de la población) tenían baja visión funcional. Situación que se incrementa debido al aumento de la esperanza de vida. En Cuba, la salud pública es gratuita, por lo que no constituye un problema para la población acceder a sus servicios, los cuales constan de consultas especializadas en baja visión. Se requieren más estudios sobre la temática.^(5,6)

Entre las causas que provocan la baja visión en los adultos se encuentran los traumas, cataratas, glaucoma, retinopatías, maculopatías degenerativas, desprendimiento de retina, atrofia óptica, retinosis pigmentaria, queratoconos, infecciones como toxoplasmosis, y todas las alteraciones sistémicas que dañan estructuras o el funcionamiento ocular. La baja visión no conduce necesariamente a la ceguera; existen enfermedades que no avanzan en el transcurso de la vida y

otras que se pueden controlar con tratamientos médicos o quirúrgicos. Las necesidades y posibilidades de recuperación de estas personas se conjugan básicamente en: tratamientos específicos de estimulación y rehabilitación visual; y soluciones técnicas a través de auxiliares tecnológicos de la visión que compensen las necesidades de comunicación, el desarrollo de actividades de la vida cotidiana, de educación y trabajo, con el objetivo de lograr la mayor autonomía posible.⁽¹⁾

La rehabilitación de la visión es la única intervención en salud que aborda el impacto de una condición de salud, oftalmológica o neurooftalmológica crónica, en la vida cotidiana de las personas, para potenciar su funcionamiento y reducir la experiencia de la discapacidad visual. Existen distintas formas en que los pacientes se puedan adaptar al entorno, como nuevas formas de aprendizaje para poder aprovechar al máximo la visión remanente que posean. En la actualidad, la OMS se refiere a la rehabilitación como los procesos destinados a permitir que las personas alcancen y mantengan un nivel óptimo de desempeño físico, sensorial, intelectual, psicológico y social.^(4, 7, 8)

Por todo lo antes expuesto, el objetivo de este trabajo fue describir las tendencias actuales de la rehabilitación visual del adulto con baja visión y la inclusión social.

Métodos

Para la búsqueda de la información se seleccionaron las bases de datos PubMed, Lilacs, y Google Académico. Se aplicó un proceso sistemático de solución de problemas de información apoyada en el pensamiento crítico. La revisión bibliográfica incluyó: trabajos originales, revisiones bibliográficas previas, monografías, libros, tesis y documentos. La literatura consultada fue en idiomas español e inglés. Se seleccionaron los textos completos hasta el 28 de enero de 2022, mediante los descriptores: baja visión, rehabilitación, adulto e integración

social. De un total de 30 artículos, se seleccionaron 25 trabajos de alcance nacional e internacional, principalmente de los últimos 5 años.

Resultados

Rehabilitación visual del adulto con baja visión

La rehabilitación de la visión es un proceso que tiene como objetivo reducir el impacto negativo de las deficiencias visuales y mejorar la vida de las personas con pérdida de visión, al tratar de potenciar la capacidad funcional y aspectos más generales, como la calidad de vida y el estado psicosocial, mediante la combinación de intervenciones sanitarias, educativas y sociales. Los servicios de rehabilitación de la visión para personas con baja visión deben ofrecer e integrar diversos tipos de servicios, como capacitación en orientación y movilidad, capacitación en habilidades para la vida independiente, así como asesoramiento, prescripción y capacitación en dispositivos de asistencia, que permita la participación en actividades y la promoción del bienestar.⁽⁷⁾

Los modelos de rehabilitación de la visión se pueden clasificar en: servicios estándar en hospitales, generalmente atendidos por optómetras y/o terapeutas capacitados en baja visión, que pueden tener vínculos con servicios sociales y de integración; servicios interdisciplinarios o multidisciplinarios, que incluyen elementos adicionales, como asesoría, actividad grupal, terapia ocupacional, capacitación en orientación y movilidad; y servicios con énfasis en las necesidades psicológicas de las personas.⁽⁷⁾ Los pacientes deberán comprender que la visión que han perdido no es posible recuperarla, y superar sentimientos de frustración o estados de depresión, para que presten interés en los tratamientos.⁽⁸⁾

En un programa de entrenamiento se enseña cómo deben ser empleadas las diferentes ayudas ópticas de manera personalizada, pues cada cual tiene sus características visuales, necesidades personales y limitantes específicas. Esta es la base para que el uso posterior de la visión residual con ayudas ópticas se

produzca satisfactoriamente y el paciente no abandone su utilización ante cualquier dificultad. Es por ello que se hace imprescindible un buen entrenamiento para que el paciente conozca qué puede hacer con la ayuda óptica indicada.⁽¹⁾

Entre los factores que influyen en el entrenamiento se encuentran: causa y grado de la deficiencia, edad en que se manifiesta, inteligencia, experiencia visual, motivación, conciencia del resto visual, habilidades visuales, con o sin ayudas ópticas, adaptación a las nuevas condiciones, y utilización óptica de los instrumentos prescritos. Existen normas para la rehabilitación con las ayudas ópticas de cerca: agudeza visual, velocidad de lectura, sensibilidad al contraste, campo visual, adaptación a la luz, resistencia, iluminación, rastreo, distancia de trabajo, funciones motrices del ojo, postura corporal. Y normas para la rehabilitación con las ayudas ópticas para lejos: movimiento, distorsión espacial, distancia y localización del objeto, tiempo de detección, enfoque, rastreo o seguimiento, conciencia de las zonas con escotomas del campo visual.^(1, 9)

La rehabilitación visual del adulto con baja visión requiere una correcta preparación del personal que brinda el servicio, para lograr los cambios positivos que se propone. Las personas deben llegar a la aceptación de la condición de baja visión y de la movilidad, tener el acceso a la tecnología y conocer sus derechos sociales. En la atención se integra la labor de diferentes áreas, como la psicología y el trabajo social, el entrenamiento visual, entre otras.

La terapia ocupacional en la baja visión

La Terapia Ocupacional mejora el desempeño ocupacional mediante la formación de habilidades que dependen de la visión residual, como la lectura y la escritura, y que llevan a cabo evaluaciones y modificaciones ambientales en el hogar, trabajo o escuela con objeto de mejorar y promover un ambiente seguro para las personas con discapacidad visual. Los terapeutas ocupacionales participan en el desarrollo

de programas de rehabilitación para la orientación y la movilidad, la conducción, y la terapia de rehabilitación visual.⁽⁴⁾

La terapia ocupacional es efectiva para mantener, restaurar y mejorar el rendimiento en el tiempo libre y participación social para los adultos mayores con alteraciones visuales, así como para mantener y mejorar el desempeño de la agudeza visual disminuida en personas con baja visión. El entrenamiento con dispositivos de baja visión y la adquisición de habilidades especiales de visualización para compensar la pérdida de la visión son necesarios para tener un efecto positivo en la competencia ocupacional. En ocasiones, será más efectivo no utilizar dispositivos; en otras, el uso de estrategias y dispositivos sensoriales; en otras, estrategias ambientales; e, incluso, se alude al ingenio. En ocasiones se plantean la evaluación de la eficacia de programas de adiestramiento en el uso de dispositivos realizados en grupos de personas con deficiencias visuales y en el ámbito comunitario.⁽⁴⁾

Los estudios que muestran la necesidad de llevar a cabo intervenciones de terapia ocupacional en baja visión desde el enfoque centrado en la persona son cada vez más frecuentes. En la rehabilitación visual es necesaria la individualización de la atención para la resolución de los problemas.

Las tecnologías en la rehabilitación visual

El progreso de las tecnologías digitales, el acceso a internet y el crecimiento de la interconectividad facilita que los sujetos estén informados continuamente. Así pues, conseguimos solucionar obstáculos, construir conocimiento y crear nuevas formas de entretenimiento y ocio. Las tecnologías de asistencia generalmente ayudan al paciente a vivir de manera más eficiente e independiente.^(10,11)

Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) cada vez son más esenciales para trabajar y vivir en sociedad. Sin embargo, este modelo social incluye el riesgo de provocar una "brecha digital"; o sea, la exclusión que sufren los

individuos que no son capaces de adaptarse a la tecnología o no tienen acceso a la misma. En el caso de las personas con deficiencia visual, aparte de los problemas que puedan tener para utilizarlas, se suma la necesidad de un entrenamiento para la capacitación tecnológica.⁽¹⁰⁾

A través del desarrollo y la adaptación de dispositivos y aplicaciones, se aportan nuevas soluciones, haciendo más factible la integración de personas con deficiencia. Desde los centros de capacitación se debe informar sobre la existencia de esta tecnología de apoyo, que facilita la adaptación. Aprender a utilizar la tecnología proporcionará una mayor autonomía personal.⁽¹⁰⁾

Las tablets y teléfonos inteligentes son de los dispositivos que más se han desarrollado en estos últimos años. Se consideran mini ordenadores de bolsillo que, debido a su portabilidad nos permiten emplear una gran cantidad de aplicaciones en cualquier situación. Esa versatilidad de funcionalidad para la asistencia beneficia a las personas con discapacidad visual, ya que les permite tener una mayor autonomía. Estos aparatos están desarrollados en base al Diseño Universal, pero dejando hueco suficiente para que sean adaptables a diferentes usuarios, configurables en un amplio rango de características.⁽¹⁰⁾

Los avances en tecnología han desarrollado aplicaciones para tablets y teléfonos inteligentes que permiten acceder a la información de manera inmediata y continua acerca de la ubicación y localización de las personas. Ha sido un invento revolucionario porque simplifica las estrategias hasta ahora necesarias para el desplazamiento de los sujetos con deficiencia visual. Un ejemplo es el hecho de reducir la memorización de datos para desplazarse por la facilidad de poder consultarlos en el móvil, siendo especialmente útiles para desplazarse y orientarse tanto por exteriores como en interiores.⁽¹⁰⁾

En los últimos años se amplían y diversifican las aplicaciones informáticas con prestaciones específicas para el adulto con baja visión. Aunque, por insuficiente divulgación y generalización, los usuarios no siempre conocen la disponibilidad, accesibilidad, funcionalidad y aplicabilidad de las tecnologías en la rehabilitación

visual. No obstante, se debe seguir avanzando en el desarrollo tecnológico para ámbito de la rehabilitación visual, ya que avecina un futuro de sociedades cada vez más tecnológica.

La inclusión social del adulto con baja visión

Las representaciones sociales que tienen las personas con baja visión sobre su condición pueden conducir a un retiro gradual de las actividades económicas, y las actividades rutinarias pueden volverse cada vez más desafiantes. La condición de baja visión genera una serie de transformaciones en la dinámica familiar, y, por tanto, en los roles asumidos por cada uno de sus miembros. Las mujeres y hombres con baja visión identifican la interacción con el entorno como un elemento atemorizante por la discriminación y el rechazo.^(12, 13)

Los espacios de reflexión y movilización social para transformar las representaciones sociales excluyentes y discriminativas son importantes. Existe la necesidad de un nivel de información integral sobre el tema, que incida en las actitudes para el reconocimiento de la diversidad en los prestadores. Uno de los elementos más importantes es la incorporación de un lenguaje incluyente a la hora de referirnos a las personas con discapacidad, acompañado de una transformación en la forma como percibimos y respetamos al otro.^(13, 14)

El reclamo de la inclusión social es de indiscutible importancia, pero se enfrenta a un entorno transgresor y excluyente que entorpece lograr disminuir todas las desventajas y barreras que afectan al adulto con baja visión, aun cuando disponga de las mejores herramientas de rehabilitación. El logro de la inclusión social está en el esfuerzo e interés intersectorial de la sociedad; no recae únicamente en el trabajo de las instituciones de salud, si bien son esenciales.

Una mirada a la inclusión en Cuba

En la inclusión de las personas con discapacidad visual, además de la atención sanitaria y el reconocimiento social, se requieren derechos, políticas públicas, capacidades y oportunidades que los Estados propician y gestionan.^(12, 14)

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad –aprobada el 13 de diciembre de 2006 y ratificada por Cuba en 2007– tiene como objetivos “promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente”.⁽¹⁵⁾

Adquiriendo Cuba el compromiso de garantizar, sin discriminación alguna, el pleno ejercicio de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de estas personas. Tal compromiso se encuentra plasmado en el Artículo 89 de la Constitución cubana, donde, además, se determina que el Estado debe crear las condiciones requeridas para la rehabilitación o el mejoramiento de la calidad de vida, su autonomía personal, inclusión y participación social.⁽¹⁶⁾

En Cuba, el Consejo de Ministros creó, en 2021, la Comisión Nacional para el seguimiento y monitoreo de las disposiciones de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, mediante el Acuerdo 9040/2021, publicado en la Gaceta Oficial No. 38 Ordinaria del 9 de abril de 2021.^(15, 16) Esta Comisión también es responsable de controlar las medidas encaminadas a mejorar la atención y servicios que se prestan a las personas en situación de discapacidad; coordinar y colaborar en las diversas acciones desarrolladas por instituciones y asociaciones destinadas a promover el ejercicio de los derechos de estas personas e impulsar la realización de estudios e investigaciones científicas sobre la discapacidad, así como difundir sus resultados.^(15, 16)

Además, en Cuba existen leyes, resoluciones y circulares que protegen y garantizan los derechos y la inclusión de las personas con discapacidad visual en la educación superior, el trabajo, la seguridad social, y al ocio y tiempo libre.^(15, 16)

La voluntad política estatal ha permitido la creación de consultas especializadas en baja visión en hospitales en todas las cabeceras provinciales, así como el desarrollo de aplicaciones inclusivas para teléfonos móviles.^(17, 18)

Destinada a usuarios ciegos y de baja visión, la aplicación qBillete (Qué Billete) permite reconocer de manera automática el papel moneda de distintas denominaciones, desde uno hasta mil pesos. Una de las peculiaridades de la aplicación es la declaración de los resultados del análisis al billete mediante tonos. Una variante que ayuda con la privacidad del usuario, pues no revela el valor del billete expresándolo directamente. Además, en entornos ruidosos puede ser más fácil de escuchar tonos que una voz.⁽¹⁷⁾

La aplicación móvil Camino Leal, una herramienta de la Agencia de Viajes San Cristóbal que ayudará a conocer aún más al centro histórico de la capital cubana, redescubre sitios, monumentos y edificaciones del centro histórico habanero que fueron testigos del intenso bregar de Eusebio por la ciudad antigua. Asimismo, incluye ayudas técnicas y señala espacios accesibles, para promover la autonomía de personas con diferentes tipos de discapacidad. Durante su presentación, que contó con la participación de directivos de la Asociación Nacional de Sordos de Cuba (ANSOC), la Asociación Nacional de Ciegos (ANCI), y el Centro de Superación y Desarrollo del Sordo, se destacó que el principal objetivo de la aplicación es potenciar su carácter inclusivo y que sirva como guía para todo aquel que quiera conocer el Centro Histórico de La Habana Vieja.⁽¹⁸⁾

Según Jon Lomoy, presidente de la junta de ATscale, la Asociación Global para la Tecnología de Asistencia, "tener acceso a la tecnología de asistencia puede marcar la diferencia entre el fracaso o el éxito en la escuela, entre un trabajo o desempleo, entre una vida de oportunidades o una vida de dependencias".⁽¹⁸⁾

El esfuerzo por la inclusión social del adulto con baja visión en la sociedad cubana es incuestionable, pero no se puede sentir satisfacción plena. Es un permanente reto, para el cual existe el compromiso de los profesionales que laboran directa o indirectamente en esta área de la salud.

Las implicaciones psicosociales

En muchos casos, más allá de requerir una alternativa de dispositivos ópticos y no ópticos, se requiere un apoyo para sobrellevar los problemas de aceptación e inclusión social. Algunas personas con baja visión pueden tener dificultades de adaptación social, baja autoestima y sentimientos generales de inferioridad respecto a los demás. La adaptación y aceptación se debe tener en cuenta al atender a esta población: adoptar una actitud de escucha y de apoyo, que manifieste y demuestre que comprende su situación, como un recurso para ayudarle a afrontar y superar estas dificultades, como es la pérdida de visión y sus consecuencias sociales y funcionales.^(12, 13)

Por todo esto, es importante que, al abordar a una persona con baja visión, se le hable directamente a esa persona, y no solo a su acompañante; se utilice un tono de voz normal y expresarse con normalidad, evitando términos inadecuados y peyorativos; y referirse a las personas con baja visión como personas que son normales, abriendo espacios inclusivos. También se debe identificar las barreras, para reducir el impacto sobre esta población y promoviendo el acceso equitativo, la inclusión y la participación en la sociedad.⁽¹²⁾

Si bien se reconoce una evolución de la forma como la sociedad ha venido haciendo la construcción conceptual y social de la discapacidad, se han propuesto enfoques más progresistas, en los cuales el papel activo que desempeñan las personas con discapacidad ha sido fundamental en términos de igualdad y no discriminación. Sin embargo, aún persisten miradas limitantes que conviven simultáneamente. Esto ha dificultado la superación de esquemas ligados a una historia de beneficencia y caridad.⁽¹⁹⁾

La manera como se construye el concepto de discapacidad tiene un efecto directo en la respuesta social. Es diferente la forma como se interviene la situación cuando se interpreta desde el principio de la “normalización” o si se hace desde una

perspectiva como la de la “diversidad funcional”, en la que se parte de la realidad de la diversidad del ser humano, tanto dentro de su propia vida, como de un ser humano a otro, y considera que ésta es una fuente de riqueza.⁽¹⁹⁾

Los signos de alerta de depresión

Es clara la asociación entre la pérdida visual y la restricción de las actividades de la vida diaria, lo que provoca en la persona un alto riesgo de sufrir afecciones de la mente, como la depresión. Todo debido al impacto, entre otras cosas, que se produce en la realización de *hobbies* que son muy importantes en la independencia, las actividades sociales, en la productividad, y desencadena en un gran sufrimiento. Es innegable que la existencia de esta alteración puede afectar de una manera radical el compromiso del paciente con la adherencia a la rehabilitación y conducir al aumento de la discapacidad.⁽¹²⁾

La prevalencia de depresión en personas con baja visión es significativa, y la falta de tratamiento causa consecuencias funestas en la calidad de vida del individuo, e, incluso, reduce su expectativa de vida. En aquellos que reciben tratamiento oportuno, ayuda en gran medida al éxito del proceso de rehabilitación. La cuestión es tan relevante, que los que sufren de baja visión tienen 2 a 5 veces más probabilidad de experimentar síntomas de depresión, y parte de ellos tendrán trastorno depresivo mayor.⁽¹²⁾

El diagnóstico es competencia de profesionales que conforman el grupo multidisciplinario que involucra a la atención en baja visión como psicólogos y psiquiatras. No obstante, es pertinente conocer que la detección de síntomas en los primeros contactos del paciente con el servicio de optometría y oftalmología podría ser fundamental en la observación de síntomas de alerta en la anamnesis, los cuales podrían salir fácilmente a flote en la práctica de la relación empática y habilidades de comunicación que sea capaz de mantener el interrogador. Esto

permitiría una planeación de prioridades y estrategias en la rehabilitación integral de ese humano en situación crítica.^(12, 19)

La anamnesis debe ser un espacio para indagar con sutileza, mediante la observación de actitudes, la presencia de síntomas, como: cambios en el estado de ánimo, problemas para conciliar el sueño, falta de apetito, sensación de fatiga o poca energía. También existen herramientas de tamizaje, que permiten, de una manera sencilla, clasificar la presencia o no de síntomas de depresión.^(12, 20)

La prevención de consecuencias graves como depresión severa o comportamiento suicida, que sería la mayor amenaza por enfrentar, no debe ser minimizada. Desde la optometría y oftalmología comienza esta prevención, a través de observaciones oportunas y prudentes, ya que no se quiere tomar el riesgo de sub o sobre diagnosticar, y mediante la comunicación efectiva con las redes de apoyo multidisciplinarias en quienes reposarán la responsabilidad de la terapia cognitiva, comportamental o la que el profesional de la salud mental estimare.^(12, 21)

Las acciones de promoción y prevención de la discapacidad son importantes, y requieren ser realizadas con justicia social, sin exclusiones de raza, cultura, género, edad o condición económica. Lo que demanda de la participación social y de la igualdad social para poder practicar una vida digna. En los programas de rehabilitación de baja visión, las terapias psicológicas son consistentes para tratar la depresión, en pos de la recuperación del funcionamiento, integración en la participación social y contribuir en el desarrollo socioeconómico de las personas.

El autocontrol para reducir la fatiga

La fatiga es un problema importante en adultos con discapacidad visual que debe abordarse con urgencia. La fatiga severa en personas con discapacidad visual parece estar relacionada con la pérdida de visión- estas experimentan fatiga con más frecuencia en comparación con las personas con visión normal- y se asocia con depresión, una calidad de vida más baja, menos autoeficacia y estrategias de afrontamiento infructuosas en comparación con las personas con visión normal.

Además, los factores estresantes del trabajo, como los problemas con el ritmo de trabajo y los viajes al trabajo, están asociados con la fatiga. Los adultos severamente fatigados con discapacidad visual describen la fatiga como una sensación mental y física, con sentimientos de languidez, pesadez e inercia.⁽²²⁾

Algunos pacientes experimentan la fatiga como una sensación incontrolable e impredecible, que es abrumadora y repentina. La fatiga parece estar causada por factores específicos que se asocian, directa e indirectamente, con la pérdida de visión, una alta carga cognitiva para procesar y memorizar información, el esfuerzo necesario para establecer la percepción visual y las cogniciones negativas. El impacto de la fatiga en el funcionamiento emocional y cognitivo, los roles sociales y la participación ha sido reportado como problemático por adultos severamente fatigados con discapacidad visual. Las consecuencias de la fatiga incluyen dificultad para mantener la energía para soportar las actividades diarias, dificultad para concentrarse y cruzar los límites personales con respecto al equilibrio energético. La percepción cuantitativa mostró que las personas con discapacidad visual pueden utilizar varias estrategias para reducir la fatiga, como el ejercicio físico, la aceptación de la fatiga, la realización de actividades sociales, la limitación de la percepción visual y el equilibrio de las actividades con períodos de relajación.^(22, 23)

Dado el mayor riesgo de desarrollar enfermedades no transmisibles para las personas con discapacidad visual, es imperativo que estas realicen suficiente actividad física. Esto puede tener resultados beneficiosos, particularmente, en medidas físicas como la movilidad y el equilibrio.⁽²⁴⁾

Ante la alteración visual, sea crónica o aguda, que ocasione un cambio en el funcionamiento del órgano, un paciente que tenga poco conocimiento sobre su condición de salud puede generar falsas expectativas sobre su recuperación, afectando el adecuado proceso de rehabilitación. Es necesario que el profesional en salud entregue información de manera clara y entendible al paciente sobre la situación que rodea su enfermedad y las posibilidades que tiene en el tratamiento

al que se va a someter, midiendo los riesgos y el éxito que se pueden obtener durante la intervención por parte del profesional. Debe, además, ser capaz de determinar las metas a alcanzar, basado en las posibilidades reales de rehabilitación, disminuyendo los índices de fracaso y deserción en el proceso.^(8, 25)

Es de gran importancia crear un vínculo de confianza entre el profesional y el paciente, para generar una relación exitosa. Esta relación debe desarrollarse en un espacio de comprensión y explicación de los hallazgos frente a la situación que presenta el paciente, que acude al profesional de la medicina ante una necesidad, e, incluso, desconoce lo que está presentando y cómo solucionarlo.

Conclusiones

Existen varios modelos de servicios de rehabilitación de la visión, desde los centrados en las necesidades funcionales de la persona que enfatizan la provisión de ayudas ópticas y no ópticas, hasta modelos integrales que se basan en varios servicios. Las intervenciones que se enfocan en los objetivos personales obtienen mejores resultados que los programas que no son personalizados. La independencia es muy importante para los adultos con baja visión. La rehabilitación visual ayuda a potenciar la visión de estos pacientes, y una vez lograda, que se puedan incorporar a la vida social. La inclusión social de las personas con baja visión requiere un abordaje amplio e integral.

Referencias bibliográficas

1. González-Alonso MM. Baja visión. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010. 74p

2. Loaiza-Velilla JA. Rehabilitación visual sus tendencias y sus retos. Medellín: Universidad Antonio Narino, Facultad de Optometría; 2020 [acceso 28/01/2022]. 37 p. Disponible en: <http://repositorio.uan.edu.co/handle/123456789/2679>
3. Mesa-Lugo FI. Atención integral del paciente con discapacidad visual en servicios de rehabilitación multidisciplinarios [tesis de máster en Rehabilitación Visual en Internet]. Valladolid: Instituto Universitario de Oftalmobiología Aplicada (IOBA). 2018 [acceso 28/01/2022]. 53 p. Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/31873>
4. del Álamo-Martín MT, González-Polo J. Promoción de la autonomía personal y discapacidad visual: revisión bibliográfica. TOG (A Coruña). 2020 [acceso 28/01/2022]; 17(2):214-2. Disponible en: <https://www.revistatog.es/ojs/index.php/tog/article/view/91>
5. Limburg H, Espinoza R, Lansingh VC, Silva JC. Functional low vision in adults from Latin America: findings from population-based surveys in 15 countries. Rev Panam Salud Pública 2015 [acceso 28/01/2022]. 37(6):371-378. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2015.v37n6/371-378/>
6. Hernández-Silva JR, Río-Torres M, Padilla-González CMA. Resultados del RACSS en Ciudad de La Habana, Cuba, 2005. Rev Cubana Oftalmol. 2006 [acceso 28/01/2022]; 19(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762006000100001&lng=es
7. Oviedo-Cáceres MP, Hernández-Padilla ML, Suarez-Escudero JC. Percepción de la rehabilitación visual: Una mirada desde las personas con baja visión. Revista Cuidarte 2020 [acceso 28/01/2022]; 12(1):e1139. Disponible en: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/1139/2089>
8. Madrigal-Agudelo D. Entendimiento de la condición visual en la rehabilitación de baja visión y ceguera. Medellín: Universidad Antonio Narino, Facultad de

Optometría; 2020 [acceso 28/01/2022]. 22 p. Disponible en:

<http://repositorio.uan.edu.co/handle/123456789/2673>

9. Larsen PP, Thiele S, Krohne TU, Ziemssen F, Krummenauer F, Holz FG, et al. Visual impairment and blindness in institutionalized elderly in Germany. Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol. 2019; 257(2):363-70. Cited in: PubMed: PMID: 30483949.

10. Senau-Ramírez M. Tablets en rehabilitación visual [tesis de máster en Rehabilitación Visual en Internet]. Valladolid: Instituto Universitario de Oftalmobiología Aplicada (IOBA). 2019 [acceso 28/01/2022]. 31 p. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/37131/TFM-M448.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

11. Kan CR, Wang CY. Expounding the rehabilitation service for acquired visual impairment contingent on assistive technology acceptance. Disabil Rehabil Assist Technol. 2021; 16(5):520-4. Cited in: PubMed.PMID: 32363954

12. Oviedo-Cáceres MP, editor. Baja visión y rehabilitación de la visión: elementos conceptuales y perspectivas desde la salud pública. Bucaramanga (Colombia): USTA; 2021. 124 p. Disponible en: <http://hdl.handle.net/11634/32696>

13. Barman D, Mishra M. How does eye care seeking behaviour change with increasing age and visual impairment? Intersectional analysis of older adults in the Indian Sundarbans. BMC Geriatr. 2020; 20(1):71. Cited in: PubMed: PMID: 32070288

14. Sayal AP, Slomovic J, Bhambra NS, Popovic MM, Lichter M. Visual impairment and the prevalence of ocular pathology in homeless children and adults globally: a systematic review. Can J Ophthalmol. 2021; 56(3):158-65. Cited in: PubMed:PMID: 33098759

15. Consejo de Ministros. GOC-2021-324-038. Gaceta Oficial de la República de Cuba. Disponible en: <https://www.gacetaoficial.gob.cu/es/gaceta-oficial-no-38-ordinaria-de-2021>

16. Asamblea Nacional del Poder Popular. GOC-2019-406-EX5. Constitución de la República. Gaceta Oficial de la República de Cuba. Disponible en:

<https://www.gacetaoficial.gob.cu/es/constitucion-de-la-republica-de-cuba-proclamada-el-10-de-abril-de-2019>

17. Radio Rebelde [Sede Web]. qBillete, aplicación cubana que ayuda a personas con discapacidad visual. 2021-08-04 07:31:13/Haciendo Radio. Disponible en:

<https://www.radiorebelde.cu/noticia/qbillete-aplicacion-cubana-que-ayuda-a-personas-con-discapacidad-visual-20210804/>

18. Travel Trade Caribbean [Sede Web]. Camino Leal, una app inclusiva para conocer La Habana Vieja. Disponible en:

<https://www.traveltradecaribbean.es/camino-leal-una-app-inclusiva-para-conocer-la-habana-vieja/>

19. Oviedo-Cáceres MP, Arias-Valencia SA, Hernández-Quirama A. Configuración histórica de la discapacidad visual y sus implicaciones para la salud pública.

Salud UIS. 2019 [acceso 28/01/2022]; 51(3):252-61. Disponible en:

<https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/9832>

20. van Nispen RM, Virgili G, Hoeben M, Langelaan M, Klevering J, Keunen JE, et al.

Low vision rehabilitation for better quality of life in visually impaired adults.

Cochrane Database Syst Rev. 2020; 1(1):CD006543. Cited in: PubMed: PMID:

31985055

21. Zeried FM, Alshalan FA, Simmons D, Osuagwu UL. Visual impairment among

adults in Saudi Arabia. Clin Exp Optom. 2020; 103(6):858-64. Cited in: PubMed:

PMID: 31802542

22. Veldman MHJ, van der Aa HPA, Bode C, Knoop H, Hulshof CTJ, Koopmanschap

M, et al. E-nergEYEze, a vision-specific eHealth intervention based on cognitive

behavioral therapy and self-management to reduce fatigue in adults with visual

impairment: study protocol for a randomized controlled trial. Trials. 2021;

22(1):966. Cited in: PubMed:PMID: 34963472.

23. de Jong LD, Coe D, Bailey C, Adams N, Skelton DA. Views and experiences of visually impaired older people and exercise instructors about the Falls Management Exercise programme: a qualitative study. *Disabil Rehabil.* 2021; 43(18):2561-7. Cited in: PubMed: PMID: 31875460.

24. Sweeting J, Merom D, Astuti PAS, Antoun M, Edwards K, Ding D. Physical activity interventions for adults who are visually impaired: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open.* 2020; 10(2):e034036. Cited in: PubMed: PMID: 32051316

25. Chen X, Zhou D, Shen J, Wu Y, Sun Q, Dong J, et al. Prevalence and causes of visual impairment in adults in Binhu District, Wuxi, China. *Med Sci Monit.* 2018; 24:317-23. Cited in: PubMed: PMID: 29335399

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.