



Discapacidad visual y autonomía: las posibilidades de las personas mayores

P. Díaz Veiga

RESUMEN: Se describen los recursos identificados en relación con una adaptación adecuada a la deficiencia visual por parte de las personas mayores, a partir de un modelo en el que se integran factores personales y sociales con características del déficit visual. Además, se revisan los resultados más notables de los programas dirigidos a compensar los efectos de la deficiencia visual. Por último, considerando tanto la perspectiva de los servicios de discapacidad visual y los derivados de la intervención gerontológica, se ofrecen algunas recomendaciones en relación con el diseño y desarrollo de propuestas dirigidas al fomento de la autonomía y bienestar de las personas mayores con deterioro visual.

PALABRAS CLAVE: Mayores de 65 años. Discapacidad visual. Ajuste a la deficiencia visual. Servicios sociales. Autonomía personal. Intervención.

ABSTRACT: *Visual disability and personal independence: seniors' capabilities.* The article describes the resources identified in connection with suitable adaptation to visual impairment by the elderly, based on a model in which personal and social factors are taken into consideration, along with the characteristics of the visual impairment. It also reviews the most significant results of programmes designed to compensate for the effects of visual impairment and others deriving from gerontological intervention. Recommendations are made with regard to the design and development of proposals for encouraging autonomy and welfare among the elderly whose sight is deteriorating.

KEY WORDS: Seniors over 65. Visual disability. Adjustment to visual impairment. Social services. Personal independence. Intervention.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población constituye un fenómeno social sin precedentes. Nunca antes en la historia de la humanidad tantos individuos tienen la oportunidad de vivir, y disfrutar en muchos casos, de una larga trayectoria vital que les ofrece la aparición de nuevas oportunidades de aprendizaje, de nuevos roles y responsabilidades sociales. Para algunos autores, estas nuevas generaciones están integradas por auténticos innovadores que están explorando un nuevo espacio vital para el que no estaban preparados (Pérez, 2005).

El envejecimiento debe ser considerado, entonces, un fenómeno positivo; un logro social que pone de relieve el desarrollo de las sociedades.

Sin embargo, envejecer también se ha asociado tradicionalmente a discapacidad, a dependencia y a la pérdida de autonomía.

En este sentido, aunque las tasas de envejecimiento no han dejado de aumentar, no lo ha hecho del mismo modo el grupo de personas mayores dependientes. Así, por ejemplo, la población norteamericana de personas mayores con discapacidad se ha mantenido estable en el periodo comprendido entre 1982 y 1999, alrededor de 7 millones, cuando las proyecciones efectuadas señalaban una cifra por encima de los 9 millones. En otras palabras, las tasas de discapacidad proyectadas en el futuro no están de acuerdo con las tasas de discapacidad, cuando el futuro se convierte en presente (Fernández-Ballesteros, 2005). Este hecho epidemiológico es explicado

por la Organización Mundial de la Salud por los avances de la medicina, de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, así como también del incremento de la educación y otros factores sociales.

Desde una perspectiva del envejecimiento que pretende conocer los efectos en los individuos de los cambios ligados a la trayectoria vital, se han establecido hallazgos que han ido poniendo en entredicho la tradicional concepción deficitaria de envejecer. La constatación de que la edad, por sí misma, no explica los procesos de desarrollo, estabilidad y declive característicos del envejecimiento; la inexistencia de un paralelismo en los procesos biomédicos, psicológicos y sociales del envejecimiento y, la constatación de la enorme variabilidad entre los individuos en el proceso de envejecer son algunos de los más significativos (Fernández-Ballesteros, 2005). En base a estas premisas, en los últimos años se ha ido originando un nuevo paradigma que ha recibido diversas denominaciones “Envejecimiento saludable”; “Envejecimiento exitoso”, “Envejecimiento competente” o, más recientemente, “Envejecimiento Activo” (OMS, 2002).

Por otro lado, la deficiencia visual, como se ha puesto de manifiesto reiteradamente, constituye un riesgo relevante para las capacidades funcionales y el bienestar emocional de las personas mayores afectadas (Díaz, 2005). Sin embargo, también se dispone de evidencias que demuestran que las personas mayores inician, bien por ellos mismos, o gracias a la participación en programas de rehabilitación, nuevas estrategias que contribuyen a compensar consecuencias negativas asociadas al deterioro visual (Horowitz, Reinhardt y Boerner, 2004). En este artículo, se describirán los recursos que se han identificado en la adaptación al deterioro visual, así como los logros de los programas de inter-

vención. Por último, se propondrán una serie de recomendaciones para el diseño de intervenciones dirigidas a la promoción de la independencia, autonomía y bienestar de las personas afectadas.

AUTONOMÍA, BIENESTAR Y DISCAPACIDAD VISUAL

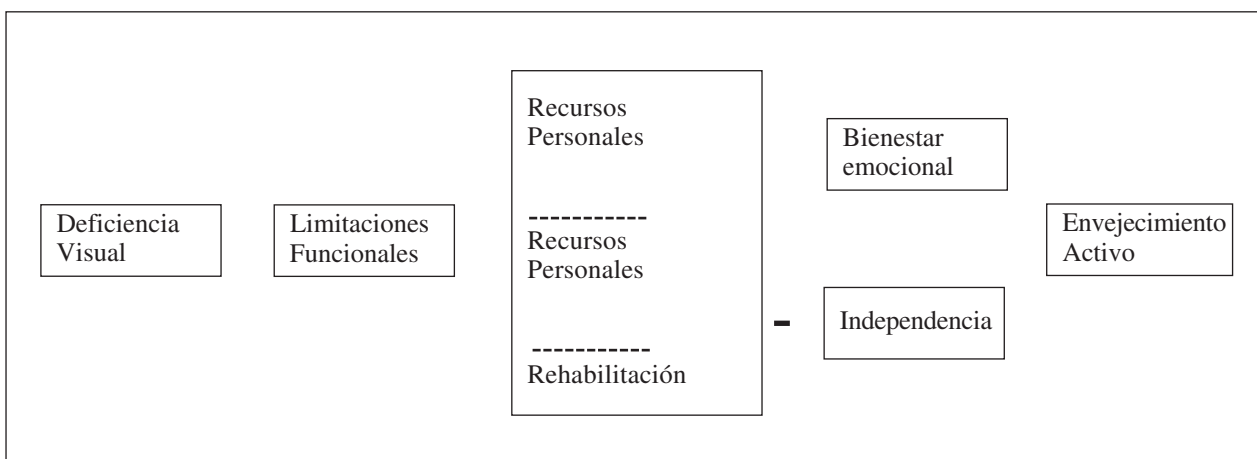
No todas las personas mayores responden a las limitaciones derivadas de la pérdida visual del mismo modo. Por ejemplo, una persona con resto de visión suficiente para efectuar desplazamientos puede interesarse por ayudas que le permitan continuar haciéndolo de modo independiente. Sin embargo, otra con los mismos recursos visuales puede adaptarse a un entorno social que reacciona a su deterioro visual prestando más ayuda de la necesaria, eliminando las opciones para que la persona mantenga sus hábitos de desplazamiento. Detrás de éstas y otras diferencias interpersonales se encuentran determinadas características biológicas, psicológicas y sociales que pueden contribuir a explicar, en gran medida, porque el fenómeno de la adaptación a las pérdidas, visuales en este caso, varía tanto entre unas personas y otras.

En la tabla 1 se ilustran las diferentes variables que se han identificado en el mantenimiento del bienestar y la independencia en el caso de personas mayores con discapacidad visual.

Se analizan a continuación los recursos personales prestando especial atención a las estrategias de afrontamiento y la percepción de control. Entre los recursos sociales, se considerarán el apoyo social y los servicios de rehabilitación.

En relación con las estrategias de afrontamiento, se ha constatado que la estrategia de resolución de problemas en el periodo inicial del déficit

Tabla 1.
Factores Asociados al Impacto de la Deficiencia Visual en personas mayores



visual esta asociada con un proceso adecuado de ajuste (Horowitz, Reinhardt, McInerney, y Balistery 1994). Asimismo, se ha establecido el empleo de diversas estrategias, tanto conductuales (acciones observables, por ejemplo, tocar para reconocer objetos) como psicológicas (dirigidas a pensamientos y emociones, por ejemplo, hacer planes para el futuro a pesar de la deficiencia visual) o sociales (intercambios con allegados y profesionales) (Brennan y Cardinali, 2000). En este mismo trabajo, se constató que los participantes generaron nuevas estrategias a lo largo del proceso de ajuste, encontrándose asociaciones positivas entre la puesta en práctica de estrategias conductuales (buscar ayuda o consejo del médico) y psicológicas (confiar en una actitud positiva) y una adecuada adaptación a los cambios asociados al deterioro visual.

En lo que hace referencia a la percepción de control, las personas que se perciben capaces para controlar las consecuencias de la deficiencia visual presentan menor sintomatología depresiva y mejor satisfacción en la vida respecto a los que no presentan estas creencias (Kleinschmidt, 1999). Whal, et al, (2004) han analizado, en personas mayores con degeneración macular, el impacto que en las capacidades funcionales y ajuste emocional tiene la utilización de distintas estrategias de control. Los resultados mostraron que utilizar recursos como esfuerzo o tiempo para conseguir un objetivo (*control selectivo primario*) era importante para mantener la capacidad funcional. Sin embargo, pensar de modo positivo en relación con los objetivos que se pretenden (*control selectivo secundario*) contribuye al ajuste emocional. Por otro lado, utilizar recursos externos como ayudas ópticas, por ejemplo, (*control compensatorio primario*) ayuda en relación con el ajuste emocional y, por último, desentenderse de los objetivos (*control compensatorio secundario*) no es una estrategia relevante para las capacidades funcionales ni emocionales.

Respecto al apoyo social, Opegard, Hansson, Morgan, Indart, Crutcher y Hampton (1984) en un trabajo efectuado con un grupo personas entre 60 y 102 años concluyeron que la deficiencia visual está asociada con la depresión, pero sólo en las personas que presentaban un bajo nivel de apoyo social. Posteriormente, Horowitz, Reinhardt, MacInerney y Balistery (1994) demostraron que tanto aspectos cuantitativos como cualitativos del apoyo social se asociaban con indicadores de adaptación a la deficiencia visual y que los niveles iniciales de apoyo predecían adaptación a largo plazo. En cuanto al papel desempeñado por distintos proveedores de

apoyo, investigaciones posteriores han destacado la importancia tanto del apoyo proporcionado por la familia como por los amigos en el ajuste a la deficiencia visual (Reinhardt, 1996). Además, la estabilidad de estos últimos se ha identificado como un predictor de descenso de sintomatología depresiva a lo largo del tiempo (Travis, Boerner, Reinhardt y Horowitz, 2004).

En relación con propuestas de intervención psicosocial, se han descrito distintas iniciativas para favorecer la adaptación a la deficiencia visual (Díaz, 2005). Así, por ejemplo, Brody, Roch-Levecq, Gamst, Maclean, Kaplan, y Brown, (2002) desarrollaron un programa de intervención en el que se proporcionaron a los participantes información y estrategias para resolver situaciones conflictivas asociadas a la discapacidad visual. El análisis de resultados puso de manifiesto, entre otros resultados, mejoras en la percepción de autoeficacia, mejoras en el estado de ánimo y en la capacidad funcional.

Por otro lado, diversos trabajos coinciden en concluir que distintos componentes de los programas de rehabilitación, tales como, utilización de ayudas ópticas y asesoramiento personal, contribuyen a mejorar la situación funcional (Hooper, Jutai, Strong, Rusell-Mina, 2008; Horowitz, Reinhardt y Boerner, 2004) y emocional (Horowitz, Brennan, Reinhardt y MacMillan, 2006) de los participantes de los programas de rehabilitación.

Sin embargo, algunos de estos trabajos señalan también que estos beneficios tanto funcionales como emocionales (Horowitz, Brennan, Reinhardt y MacMillan, 2006, Horowitz, Reinhardt y Boerner, 2004) no se obtienen en el caso de personas mayores, que, debido a la ausencia de visión funcional, han de utilizar materiales tiflotécnicos tales como audio-libros, bastón blanco, etc.

En este mismo sentido, apenas se dispone de propuestas de intervención dirigidas a personas mayores que, debido a limitaciones funcionales, no pueden acceder a los servicios institucionales en los que se desarrollan los tradicionales programas de rehabilitación.

Así, por ejemplo, el análisis de las causas de la falta de participación (durante dos ediciones consecutivas) en el Programa “Adaptarse para seguir activos”, que se desarrolla en la Delegación Territorial de la ONCE en Castilla y León, en Valladolid, muestra que más de la mitad de las personas mayores invitadas a participar no pueden hacerlo por dificultades de acceso a las instalaciones donde éste se desarrolla, debido a problemas salud o de movilidad (Blanco y Díaz, 2007).

CLAVES PARA EL DESARROLLO DE INTERVENCIONES

La información hasta aquí aportada ha ido poniendo de manifiesto los diversos factores identificados en relación con el mantenimiento de la autonomía y el bienestar de las personas mayores afectadas por deficiencia visual. Además, se han constatado las posibilidades que ofrecen propuestas de intervención para fomentar la autonomía de las personas mayores afectadas por pérdidas visuales. Sin embargo, también se han identificado algunos resultados que muestran la necesidad diseñar actuaciones diversas acordes a la pluralidad característica de las personas mayores con deterioro visual (Horowitz, Reinhardt y Boerner, 2005).

En base a todo ello, se proponen una serie de claves en relación con el diseño y desarrollo de intervenciones en el marco del envejecimiento activo.

Potenciar recursos personales y socio/ambientales

La revisión aquí efectuada pone de relieve que las personas mayores generan y aprenden estrategias en relación con la adaptación a las consecuencias derivadas de las limitaciones visuales.

Esta constatación pone en entredicho, una vez más, una perspectiva de intervención basada en el déficit y, justifica plenamente otra centrada en la identificación y desarrollo de estos recursos. En otras palabras, cualquier iniciativa dirigida a la promoción de la autonomía debe ir dirigida a «rastrear» y «potenciar» los recursos personales y

ambientales (tanto físicos como sociales) disponibles que permitan potenciar y mantener capacidades presentes en las personas mayores con discapacidad visual.

En la tabla 2, se muestra un ejemplo de de actuación desde una perspectiva potenciadora ante repuestas asociadas al deterioro visual.

Personalizar las intervenciones

La adaptación a la deficiencia visual, tal y como se ha puesto de manifiesto, conlleva la puesta en práctica de diversas estrategias con el fin de compensar sus efectos en la autonomía y el bienestar. La información disponible en relación con las estrategias de afrontamiento utilizadas indica que su eficacia puede estar influida, en gran medida, tanto por las características de los cambios derivados del deterioro visual, como por la historia de aprendizaje, en relación con el afrontamiento de situaciones conflictivas a lo largo de la vida.

Desde esta perspectiva, la trayectoria personal, la biografía, cobra especial relevancia en el diseño de intervenciones dirigidas a personas mayores. La biografía ayuda en muchos casos a explicar reacciones ante los cambios derivados de la deficiencia visual, y a identificar propuestas para introducir cambios, tal y como se muestra en el recuadro «Vida de Ana»:

Ana ha adquirido a lo largo de su vida recursos que le han permitido vivir como ella ha querido hacerlo. Una intervención que valide la biografía de Ana - y potencie su autonomía- debe contribuir a que las decisiones se basen en compensar

Tabla 2.
Una perspectiva de intervención para potenciar recursos

Intervención basada en el déficit	Intervención basada en la autonomía
Ha perdido visión	Identificar y potenciar estrategias en relación con la adaptación (pensamientos de autoeficacia, interés por seguir haciendo actividades agradables; expresión de emociones, etc.).
No puede deambular solo	Comprobar y potenciar estrategias desarrolladas por la persona en relación con los desplazamientos (salir por lugares conocidos, pedir ayuda, interesarse por ayudas específicas, etc.).
No acepta la ayuda de los demás en los desplazamientos	Identificar y promover los recursos utilizados y percibidos por la persona como eficaces para desplazarse (seleccionar itinerarios percibidos como «seguros», reducir la velocidad de la marcha, proponer la incorporación de ayudas técnicas, etc.).

Vida de Ana

Ana tiene 80 años y vive sola desde el fallecimiento de su esposo hace más de 20 años.

Organiza y desarrolla las tareas domésticas con la ayuda de un auxiliar a domicilio que acude a su casa un par de días a la semana. Tiene contacto habitual con sus hijos y los vecinos antiguos de su edificio.

Ana presenta limitaciones visuales que le afectan a sus desplazamientos. Tiene dificultades para identificar los bordillos, los cambios en el pavimento, etc.

Compensa su deterioro visual utilizando estrategias que ella misma ha ido generando: pide ayuda a una vecina para salir por la tarde-noche; sale sola cuando es de día, suele hacer diariamente los mismos itinerarios...

En el programa de rehabilitación que ha efectuado en la ONCE ha manifestado que de momento se arregla, y que no desea utilizar el bastón blanco. Le indica al profesional responsable que pedirá ayuda cuando la necesite.

sus limitaciones considerando su trayectoria personal: elecciones, preferencias y en las estrategias que ella ha utilizado para resolver problemas de modo eficaz.

En otras palabras, la incorporación de adaptaciones o ayudas específicas para la seguridad o el acceso a la información deben considerar no sólo la presencia o no de resto visual, sino las características, recursos, estilo de vida y preferencias que las personas mayores han ido conformando a lo largo de su vida.

En estos casos suele ser recomendable comenzar la intervención con la identificación y la participación en actividades agradables, especialmente relevantes para la persona; fomentar la relación con otras personas mayores que han afrontado de modo ajustado las consecuencias de la discapacidad visual y, proporcionar orientaciones a los allegados de la persona mayor en relación con el control de quejas, manifestaciones de rechazo, etc.

Por otro lado, la interacción del deterioro visual con determinados problemas de salud constituye una situación relativamente habitual entre las personas mayores, que requiere propuestas de intervención personalizadas y que integren, en la mayoría de los casos, recursos personales y socio-ambientales.

Así, por ejemplo, el desarrollo de programas de rehabilitación de personas mayores con deterioro visual y cognitivo grave requerirá una especial atención a los aspectos relativos al ambiente tanto físico como social; de modo que se identifiquen e introduzcan las intervenciones que contribuyan a incrementar la seguridad y confortabilidad del entorno físico y doten a las personas habituales para la persona mayor de las estrategias precisas para promover su independencia, bienestar y autonomía.

En el caso de personas con deterioro visual y con dificultades de salud que limiten el desarrollo de desplazamientos en solitario en entornos habituales, se trataría de promover la provisión de ayuda física externa (familiares, vecinos, etc.) para favorecer el mantenimiento de las capacidades que faciliten la participación en actividades agradables en lugares cotidianos (hacer la compra, asistir a la iglesia, pasear, etc.). En la tabla 3 se muestran las distintas variables personales y socio-ambientales consideradas en un programa de promoción de la autonomía (Díaz, 2001).

Favorecer la participación

La participación de las personas mayores en los temas que les afectan constituye una de las premisas básicas que contiene la definición que ofrece la OMS sobre envejecimiento activo (OMS, 2002). Esta premisa, coincide plenamente con el papel protagonista que tienen los usuarios de los servicios de discapacidad; véase en este sentido el Modelo de Servicios Sociales de la ONCE (<http://www.once.es/home.cfm?id=186&nivel=2&orden=6>).

Además, desde una perspectiva de intervención centrada en las personas, la participación de la persona mayor en cualquier propuesta de intervención puede contribuir a incrementar de un modo decisivo la percepción de control. Esta variable, como se ha indicado anteriormente, se ha encontrado estrechamente vinculada a la independencia y bienestar de las personas mayores en general; y con deterioro visual en particular.

Sin embargo, la participación de las personas mayores de las generaciones que ahora están accediendo a los servicios de discapacidad visual constituye, en muchos casos, una novedad para ellos y un desafío para el profesional con el que comparte el diseño y el desarrollo del programa. Los mode-

Tabla 3.
Variables implicadas en un Programa de Promoción de Autonomía

Características de la persona mayor	Salud Física. Habilidades Funcionales. Estado Mental. Motivaciones, intereses. Actividades de ocio preferidas.
Características de la persona cuidadora	Recursos para el cuidado. Relación previa con la persona mayor. Salud Física y Funcional.
Características físico-arquitectónicas del domicilio	Ayudas a la movilidad disponibles (ascensor, barandillas). Características del mobiliario.
Características físico-arquitectónicas del entorno	Ubicación de establecimientos preferidos por la persona mayor. Condiciones del pavimento. Anchura de las aceras. Mobiliario urbano.
Recursos socio-sanitarios para personas mayores	Servicios Médicos. Servicios de Apoyo Domiciliario.

los tradicionales de prestación de servicios sanitarios y sociales, los estilos profesionales, o incluso los entornos en los que éstos se desarrollan, pueden ser factores que contribuyen a que las personas mayores “se dispongan a recibir las instrucciones, recomendaciones o dispositivos que los profesionales hemos preparado para ellos”. En muchos casos, los profesionales nos sorprendemos por el fracaso de un programa cuidadosamente diseñado, y que la persona ha aceptado sin plantear sugerencia alguna. En la tabla 4 se muestran algunas recomendaciones para favorecer la participación.

Apoyar e implicar a los cuidadores

En éste y otros trabajos se ha puesto de manifiesto el papel relevante que tiene el apoyo prestado por familiares en relación con el ajuste a la

deficiencia visual de las personas mayores (Díaz e Izal, 2005). Por otro lado, los cuidadores familiares también se ven afectados por las consecuencias de las limitaciones derivadas de la discapacidad visual. Concretamente, se ha encontrado evidencia de que, ante las cuestiones que más les preocupan, en relación con la deficiencia visual, los familiares indican predominantemente respuestas ineficaces (tales como “cuidarle todo lo que necesita”), desde el punto de vista de la autonomía (Díaz e Izal, 2005). Todo ello pone de manifiesto que las intervenciones dirigidas a personas mayores en proceso de ajuste a la deficiencia visual deben considerar la intervención de sus cuidadores familiares.

En primer lugar, los cuidadores familiares han de conocer la relevancia de sus actitudes, emociones y reacciones en relación con la autonomía y

Tabla 4.
Algunas orientaciones para favorecer la participación

<ul style="list-style-type: none"> ● Expresar las propuestas de intervención, teniendo en cuenta las necesidades y preferencias de las personas mayores. ● Incorporar y probar propuestas de la persona mayor; aunque no hayan sido inicialmente consideradas en el programa. ● Estar atentos a la identificación de “pequeños avances” o “cambios conseguidos”. Reforzarlos y ayudar a identificar a la persona nuevos pequeños objetivos. ● Estar atentos a tareas que se proponen y la persona no efectúa. Indagar las causas. Es una oportunidad para favorecer la participación. ● En caso de personas con deterioro cognitivo, observar su comportamiento ante cambios ambientales (respuestas no verbales, cambios posturales).

bienestar de las personas mayores afectadas por deterioro visual. Además, en los casos en que se establezca necesario, se deben ofrecer orientaciones para generar pautas de cuidado que proporcionen oportunidades tanto para su independencia y autonomía como para, de la de la persona mayor. Especial atención merece proporcionar recursos (tales como información, estrategias de regulación emocional, etc.) a los cuidadores en relación con reacciones emocionales (miedo, inseguridad) ligadas al equilibrio entre independencia y seguridad, y que pueden afectar al estilo de vida elegido por sus allegados mayores.

Por otro lado, los familiares cuidadores, considerando su disponibilidad, recursos personales, etc., pueden contribuir a la práctica y generalización de nuevas estrategias, uso de dispositivos, etc., adquiridos en el programa de rehabilitación.

CONCLUSIONES

Envejecer constituye un complejo proceso en el que se van engarzando pérdidas y ganancias a lo largo de una determinada trayectoria vital. En los últimos años; la investigación gerontológica ha ayudado a poner de manifiesto que vejez no sólo significa acumulación de deterioros y déficit sino también de recursos y nuevas posibilidades de aprendizaje. En otras palabras, las personas mayores se adaptan a cambios, déficit y sucesos negativos. El resultado del proceso esta mediado por el concurso de múltiples factores personales y sociales.

En lo que hace a la adaptación a la deficiencia visual, se ha ido estableciendo la intervención de diversas características relativas tanto al individuo como al ambiente que le rodea, que ayudan a explicar el impacto funcional y emocional asociado a las limitaciones derivadas del deterioro visual.

Asimismo, los programas de rehabilitación que integran diversos servicios (baja visión, instrucción en orientación y movilidad, actividades de vida diaria y apoyo psicosocial) se han mostrado eficaces para que las personas mayores con baja visión adquieran nuevas estrategias para compensar las consecuencias de la deficiencia visual en la vida cotidiana.

Todo ello pone de manifiesto la relevancia de un enfoque de intervención que identifique y promueva los recursos disponibles en cada persona mayor. Esta perspectiva “potenciadora” o “capacitadora” (Costa, 2006, Sancho y cols., 2007) debe considerar a las personas mayores, cualquiera que sea su grado de independencia, cómo protagonistas centrales del programa de

rehabilitación. El desarrollo de esta perspectiva supone el desarrollo de prácticas profesionales que favorezcan la percepción de control (p.e., fomentar las iniciativas por parte de la persona mayor; identificar, valorar y reforzar el esfuerzo en los cambios que la persona mayor ha instaurado –favorecer el “empowerment”–, etc.), la provisión de apoyo emocional (p.e., responder y gestionar eficazmente a necesidades e inquietudes) e instrumental (p.e., favorecer y facilitar el aprendizaje de nuevas estrategias) adecuado a las necesidades de cada persona y la identificación y valoración de las capacidades individuales.

La heterogeneidad característica de las personas mayores con discapacidad visual pone de relieve la necesidad de precisar sus necesidades y, posteriormente, la creación o diseño de propuestas de intervención adecuadas a cada una de ellas. En este sentido, se pueden identificar algunos desafíos.

En primer lugar, se hace necesario conocer y establecer las relaciones entre deterioro visual y deterioro cognitivo, con el fin de establecer medidas de intervención que contribuyan a prevenir, o controlar los efectos de ambos déficit. En segundo lugar, los datos aquí aportados proceden casi en exclusiva de estudios efectuados con población de personas mayores norteamericanas que acceden a servicios específicos de baja visión. En la actualidad, se dispone de datos muy limitados en relación con las características de la población española de edad afectada por deterioro visual. El diseño y desarrollo de estudios, en relación con sus características y necesidades, se hace especialmente necesario para establecer actuaciones significativas desde la perspectiva de nuestro contexto físico y cultural.

En definitiva, en las últimas décadas se ha ido acumulando evidencia empírica suficiente para afirmar que la dependencia no se deriva exclusivamente del paso de los años: las políticas, los recursos sociales y sanitarios, los estilos de vida, las actitudes hacia el envejecimiento son factores, modificables, que se sitúan entre ambos conceptos.

Algunas de estas variables han sido identificadas y analizadas, en este artículo, en relación con la adaptación a la deficiencia visual.

El análisis efectuado nos permite concluir, por último, la necesidad de enriquecer los servicios tradicionales de discapacidad visual con nuevas perspectivas y recursos de intervención, que integren las aportaciones y necesidades de las personas mayores, que “reaprendan a vivir” de un modo diferente al que lo han hecho la mayor parte de su vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Blanco, R., Díaz, P. (2007). Adaptarse para seguir activos. Un programa para facilitar la adaptación a la deficiencia visual de personas mayores. Comunicación presentada al 49 Congreso de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Palma de Mallorca.
- Brennan, M.; y Cardinali, G. (2000). The use of preexisting and novel coping strategies in adapting to age-related vision loss. *The Gerontologist* 40 (3), 327-334.
- Brody, B.L.; Roch-Levecq, A.C.; Gamst, A.C.; Maclean, K.; Kaplan, R.M.; y Brown, S.I. (2002). Self-management of age-related macular degeneration and quality of life. A randomized controlled trial. *Archives of Ophthalmology* 120, 1477-1483.
- Costa, M., López, E. (2006). *Manual de Ayuda Psicológica*. Madrid: Pirámide.
- Díaz, P. (2001). Hacia la convergencia de los sistemas de apoyo informal y formal en cuidadores. Un estudio de caso. *Intervención Psicosocial*, 10 (1), 41-54.
- Díaz, P. (2005). Impacto de la deficiencia visual en personas mayores. Un análisis desde una perspectiva psicosocial. Portal Mayores. *Informes Portal Mayores*, nº 37. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentacion/documentos/registro.jsp?iPos=1&id=1149&indId=1>
- Díaz, P., Izal, M. (2006). Repercusiones de la deficiencia visual de personas mayores en cuidadores familiares *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 40 (3), 62-68.
- Fernández- Ballesteros, R. (2005). Estudio Longitudinal sobre envejecimiento activo (ELEA). Informe Proyecto de Investigación. Madrid: IMSERSO
- Hooper, P.L., Jutai, J.W., Strong, J.G. y Russell-Minda, E. (2008). Age-related macular degeneration and low vision rehabilitation: a systematic review. *Canadian Journal of Ophthalmology*, 43, 2, 180-187. <http://pubs.nrc-cnrc.gc.ca/cjo/cjo43/i08-001.pdf>
- Horowitz, A., Brennan, M., Reinhardt, J.P., y MacMillan, T. (2006). The impact of assistive device use on disability and depression among older adults with age-related vision impairments. *The Journal of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 61, 274-280.
- Horowitz, A.; Reinhardt, J.P.; McInerney, R.; Balistery, E. (1994). *Age-related vision loss: Factors associated with adaptation to chronic impairment over time* (Final report submitted to the AARP Andrus Foundation). New York: The Lighthouse Institute.
- Horowitz, A., Reinhardt, J.P., Boerner, K. (2004). The effect of rehabilitation on depression among visually disabled adults. *Aging and Mental Health*; 9 (6), 563-570.
- Kleinschmidt, J. (1999). Older adults perspectives on their successful adjustments to vision loss. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 93, 69-81.
- Organización Mundial de la Salud (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriatria y Gerontología* 37 (S2), 74-105.
- Oppegard, K.; Hansson, R.O.; Morgan, T.; Indart, M., Crutcher, M., Hampton, P. (1984). Sensory loss, family support, and adjustment among the elderly. *Journal of Social Psychology* (123), 291-292.
- Pérez, J. (2005). *La madurez de las masas*. Madrid: IMSERSO
- Reinhardt, J.P. (1996). The importance of friendship and family support in adaptation to chronic vision impairment. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 51B, 268-278.
- Sancho, M., Yanguas, J., Díaz, P. Rodríguez, P., Pérez, M., Serrano, P., Bermejo, L., Mesa, P., Gómez, J., Ruipérez, I. Gutiérrez, B. (2007). «Saber envejecer. Prevenir la dependencia.» Un modelo para el diseño de materiales didácticos. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. Volumen 41, Extraordinario 2. I+D en Gerontología. Madrid.
- Travis, L., Boerner, K., Reinhardt, J.P., Horowitz, A. (2004). Exploring functional disability in older adults with low vision. *Journal Visual Impairment and Blindness*, 98 (9), 534-546.
- Upton, L.R.; Bush, B.A., Taylor, R.E. (1998). Stress, coping and adjustment of adventitiously blind male veterans with and without diabetes mellitus. *Journal Visual Impairment and Blindness* 92 (7), 656-665.
- Whal, H-W; Becker, S.; Burmedi, D.; Schilling, O. (2004). The role of primary and secondary control in adaptation to age-related vision loss. A study of older adults with macular degeneration. *Psychology and Aging* 19 (1), 235-239.

Purificación Díaz Veiga. Psicóloga. Delegación Territorial de Castilla y León. Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE). Muro, 15. 47004 Valladolid (España).
Correo electrónico: pdv@once.es