

Gaceta

ARTÍCULO CIENTÍFICO

Aspectos psicológicos y su relación con la calidad de vida en pacientes con baja visión

Salut Albà Arbalat

Coleg. 20377

Master en Rehabilitación visual (IOBA)

Master en optometría y Ciencias de la Visión (UPC)

Institut Oftalmològic del Pilar (Barcelona).

Valle Flores Lucas

Dra. en Psicología

Departamento de Psicología. Instituto Universitario de Oftalmología Aplicada (IOBA). Universidad de Valladolid.

Objetivos: Relacionar la valoración de las propias emociones y el grado de esperanza de acuerdo con la sintomatología depresiva y el ajuste psicosocial en pacientes con y sin Baja Visión.

Valorar éstos parámetros en sujetos con pérdida de visión moderada.

Material y métodos: Se clasificaron a los sujetos en tres grupos: baja visión, visión normal y visión casi normal.

Se pasaron los siguientes test psicológicos:

- TMMS-24: Tratamiento que se da a las propias emociones.
- Escala de esperanza de Snyder.
- GDS: Sintomatología depresiva.
- NAS: Ajuste psicosocial.
- AVLs: Ajuste psicosocial en personas mayores.

Resultados: Existe sintomatología depresiva en el grupo de sujetos con baja visión.

El grupo de sujetos con visión casi normal: Deberían mejorar la atención a sus emociones.

Las expectativas de eficiencia son menores que en los otros dos grupos, existe una falta de confianza en que los comportamientos realizados vayan a comportar los resultados esperados.

Conclusiones: Los resultados obtenidos en los sujetos con visión casi normal nos sugieren que éstos se encuentran en un proceso de adaptación a la pérdida visual.

PALABRAS CLAVE

Discapacidad visual, baja visión, psicología, adaptación a la pérdida visual, depresión, tratamiento de las emociones, ajuste psicosocial.

1. INTRODUCCIÓN

Todo profesional que trabaje con sujetos que tienen discapacidad visual (DV) buscará, desde su ámbito laboral, que este individuo esté



Figura 1.
Percepción visual del individuo con visión normal.



Figura 2.
Visión del sujeto con DMAE.



Figura 3.
Visión del sujeto con Retinopatía diabética.



Figura 4.
Visión del individuo con retinosis pigmentaria.

integrado en su entorno, mejorando así su calidad de vida.

La integración será real y efectiva cuando el individuo recupere sus capacidades generales habituales, posiblemente se hará a partir de instrumentos ópticos y/o no ópticos que permitan desarrollar sus potenciales perceptivas disminuidas¹.

Inicialmente, el sujeto percibe que la pérdida visual provoca una falta de confianza en la información recibida. Esto es debido a que mayoritariamente, las percepciones que tenemos en las actividades habituales nos llegan a través de la vista (higiene personal, cocinar, comer, trabajar, leer...).

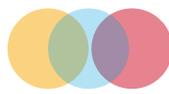
Esta confianza prácticamente exclusiva que tenemos de la visión se debe reajustar y dar paso a la confianza en el resto de los sentidos.

Conocemos que la afectación visual de las diferentes patologías será diferente y por lo tanto la adaptación del individuo ante éstas también lo será.

Así, el primer paso para conseguir una buena calidad de vida en esta nueva situación pasa por la aceptación de la pérdida visual; aceptar que esta pérdida es irreversible no es fácil psicológicamente.

Pallero² nos define la aceptación del déficit como la percepción que la persona tiene sobre el efecto de la deficiencia visual en sí misma. Este proceso pasará por una etapa de sufrimiento que puede desencadenar depresión y sólo será posible aceptar las limitaciones una vez superada esta.

Para entender este proceso partiremos de la **relación que existe entre la pérdida** ➔



➔ **visual y las dificultades que esta puede causar en la vida** del individuo³.

> **Disminución de agudeza visual (AV)**

Existe mayor riesgo de caídas, la movilidad se ve limitada y las actividades de la vida diaria y el rendimiento físico es más dificultoso.

> **Disminución del campo visual (CV).** Aumenta el riesgo de accidente de coche.

> **Empeoramiento de la visión subjetiva.**

Efecto negativo de la cognición, del afecto y del estatus funcional. Todo ello aumenta la probabilidad de ingreso en una residencia para la tercera edad.

Además, sabemos que la pérdida visual es la tercera causa de impedimento físico en personas mayores de 65 años⁴. La pérdida visual a estas edades representa una disminución en la calidad de visión, dificultades en la adaptación a cambios de iluminación y dificultades de visión nocturna.

La disminución de visión está relacionada con dificultades de movilidad (dificultades para ver y reconocer las caras), esto puede provocar aislamiento social que, a su vez, puede provocar sintomatología de depresión.

Así, entendemos que existe una relación entre salud física y salud emocional, a la vez que la salud física tiene un impacto en la salud emocional y mental⁵.

Y también que la vida en salud es más que ausencia de enfermedad; es mantener el sentido de sí mismo, sentirse valorado, capaz de contribuir en el propio entorno, en la sociedad.

La OMS (1946)⁶ define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó el examen visual rutinario a los sujetos que asistían a consulta oftalmológica en el Institut Oftalmològic del Pilar, Barcelona, entre enero y julio de 2012.

Se les tomó la AV (agudeza visual) y se les clasificó en función de esta:

> $AV \leq 0.3$. Baja visión.

> $AV \geq 0.5$ Visión normal.

> $0.5 > AV > 0.3$. Visión casi normal.

A estos sujetos, tras la toma de la AV y la firma del consentimiento informado, se les entregó un documento con los siguientes tests psicológicos (impreso con el tamaño de letra adecuado de acuerdo con la pérdida visual del individuo):

TMMS-24: estudia el tratamiento que se da a las emociones en:

> **Atención:** soy capaz de sentir y expresar los sentimientos de forma adecuada.

> **Claridad:** comprendo bien mis estados emocionales.

> **Reparación:** soy capaz de regular los estados emocionales correctamente.

Escala de esperanza de Snyder: Snyder⁷ define el *concepto de esperanza* como la capacidad percibida para encontrar los caminos hacia los objetivos deseados y motivarse a uno mismo para utilizar dichos caminos; así, se trata de un estado motivacional positivo derivado de la interacción del sentido de éxito entre energía hacia el objetivo y las rutas previstas para cumplir las metas.

> **GDS:** Se considera un importante auto-informe para la evaluación de la depresión en personas mayores⁸.

> **NAS:** Se trata de valorar las diferencias individuales que se producen en una situación de DV dentro del proceso de ajuste que el sujeto está realizando. Proceso de ajuste al déficit visual es un proceso de adaptación a los cambios experimentados. No es únicamente el ajuste a las limitaciones ni a las restricciones, ya que es el mismo ajuste el que condiciona la limitación.

> AVLs (*The Adaptation to Age-related Vision Loss Scale*): cuestionario diseñado para la evaluación del proceso de ajuste a la deficiencia visual relacionada con el proceso de envejecimiento de las personas⁹.

3. RESULTADOS

Participaron en el estudio 23 pacientes de edades comprendidas entre 22 y 85 años, un 17,4% de varones y un 82,6% de mujeres.

Se tiene en cuenta que, aunque para conocer las limitaciones visuales del individuo no tenemos suficiente información con la toma de la AV, esta es la medida más utilizada en los estudios científicos⁵.

También se ha considerado que, aunque la OMS (1980) considere que los sujetos con $AV < 0.7$ pueden tener dificultades en la realización de tareas causadas por su AV, nuestro grupo de sujetos con visión casi normal va a seguir el criterio de $AV < 0.5$, límite de conducción en España.

Se clasifica a los sujetos en función de la AV:

> $AV \leq 0.3$. Baja visión.

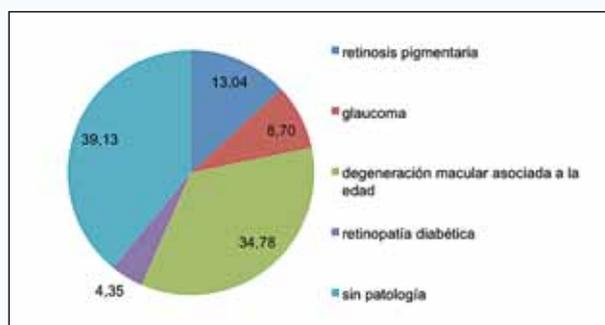
> $AV \geq 0.5$ Visión normal.

> $0.5 > AV > 0.3$. Visión casi normal.

GRUPO	Frecuencia	Porcentaje
Baja visión	6	26,1%
Visión normal	12	52,2%
AV casi normal	5	21,7%
Total	23	100%

Aunque no se ha tenido en cuenta el tiempo transcurrido desde la pérdida visual, sí debemos comentar que los sujetos que hemos examinado llevan más de un año desde el diagnóstico de su discapacidad visual (DV). Vale⁵ explica que a menudo se necesita más de un año, a partir de la detección de pérdida de visión, para recibir una evaluación y los servicios de Rehabilitación Visual.

Se encontraron el siguiente porcentaje de patologías:



Entre los parámetros analizados se encontraron las siguientes diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los grupos:

En cuanto a la **sintomatología depresiva** (GDS) la diferencia entre las medias de los grupos con baja visión y con visión normal son estadísticamente significativas ($p=0.003$, $U=5$).

Aunque las diferencias entre el resto de los grupos no son estadísticamente significativas, se observa que el grupo de Baja Visión tiene una media superior a la del grupo de visión casi normal y ésta, a su vez, superior al grupo visión normal.

Así, encontramos los siguientes resultados:

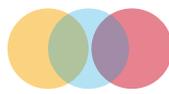
GRUPO	Media GDS
Baja visión	10,34
Visión casi normal	5,80
Visión normal	2,67

Para valores superiores a 11 se considera que existe sintomatología depresiva (sensibilidad 84% y especificidad 95%), por lo tanto, la media en el grupo de baja visión está muy cerca de estar en estas condiciones.

En el caso del **TMMS-24 de atención de las emociones** se encuentran diferencias estadísticamente significativas ($p=0.017$, $U=7.5$) entre la media en los grupos de visión casi normal y visión normal.

GRUPO	Media TMMS atención a las emociones
Baja visión	24,67
Visión casi normal	17,60
Visión normal	26,25





⊖ Aunque existen diferencias entre el grupo visión casi normal y Baja Visión, las diferencias no son estadísticamente significativas.

En este caso, y según la corrección del TMMS, se encuentra que el grupo de visión casi normal debería mejorar la atención a los propios sentimientos prestando mayor atención a estos.

No pasa lo mismo con los otros dos grupos (Baja visión y visión normal), ya que se considera que prestan una atención adecuada a los propios sentimientos.

En cuanto al **NAS ajuste psicosocial de autoeficacia** se observan diferencias estadísticamente significativas ($p=0.034$, $U=10$) entre el valor de la media en el grupo de visión casi normal y los otros dos grupos, con lo que vemos que el nivel de autoeficacia de este grupo de sujetos también es inferior que el grupo de baja visión y visión normal.

Los resultados de las medias en los tres grupos son:

GRUPO	Media NAS autoeficacia
Baja visión	30,17
Visión casi normal	27,60
Visión normal	35,67

Tal como nos indica Bandura¹⁰ “Las expectativas de eficiencia (autoeficiencia) es la creencia que uno puede ejecutar exitosamente un determinado comportamiento requerido para obtener unos resultados determinados”.

Así, vemos como los sujetos con visión casi normal creen, en menor medida que los que tienen visión normal o baja visión, que su comportamiento les llevará a conseguir unos objetivos determinados.

4. DISCUSIÓN

En nuestro estudio se observa que los sujetos con visión normal son más jóvenes que los que tienen baja visión o con visión casi normal.

Esto puede ser debido a que con la edad aumenta la probabilidad de tener una patología oftalmológica degenerativa.

Teniendo en cuenta que los sujetos mayores sufren más riesgo de padecer depresión y que esta es una reacción típica ante la pérdida de visión, se observa que los resultados del GDS concuerdan con otros estudios, al confirmar que los sujetos con Baja Visión tienden a tener más **sintomatología depresiva** que los sujetos que no tienen baja visión⁴.

Además de depender de las características individuales del sujeto, la sintomatología depresiva puede estar relacionada con la mala adaptación a la pérdida de visión⁴, afectando a las relaciones sociales y familiares.

Concretamente, Burmedi¹¹ encuentra que en grupos con DV puede haber por lo menos dos veces más de depresión (relacionada con la edad) que en poblaciones normales (sin DV).

Y además, los pacientes con sintomatología depresiva debido a su pérdida visual serán más propensos a ser funcionalmente discapacitados que los no deprimidos ya que tendrán más dificultades para realizar actividades de la vida diaria^{12,13}.

De todas maneras, Tolman⁴ encontró que existe menos sintomatología depresiva cuando mayor es el número de servicios de Rehabilitación Visual (RV).

A partir de aquí, nos interesa conocer cómo evolucionan las personas ante la pérdida visual, de tal manera que se estudiaron los recursos psicológicos y emocionales que tienen los individuos ante esta situación relacionando así, la psicología positiva y la discapacidad.

En nuestro estudio, a partir de los resultados obtenidos, vemos que los sujetos con visión casi normal ($0.3 < AV < 0.5$) obtienen valores más bajos en el **test de atención a los propios sentimientos** (TMMS-24 atención), debiendo mejorar dicha atención. Estos valores son inferiores a los obtenidos en los otros dos grupos (visión normal y Baja visión).

En cambio, en el mismo examen, todos los grupos obtienen puntuaciones similares en cuanto a la claridad y la reparación de los propios sentimientos. Así, los resultados indican que el grupo

de sujetos que están sufriendo una disminución de AV deberían prestar mayor atención a sus sentimientos.

Esto concuerda con la idea que las **emociones** juegan un papel muy importante y complejo en la persona con DV.

Así, cuando existen dificultades para manejar las propias emociones será más complicado mantener una autoestima elevada, por lo tanto, la adaptación a una nueva situación se verá dificultada, y más si es complicada, como es el caso de la DV.

De hecho, tal como dice Stephens⁵ cuando disminuye el nivel de autoestima parece que se producen ciertas dificultades para realizar actividades de la vida diaria tales como lectura, viajes...

Por lo tanto, habrá que tener en cuenta cómo afecta la percepción que uno tiene de los propios sentimientos para afrontar la pérdida visual.

También en el grupo de sujetos de visión casi normal, hemos encontrado en el estudio que el **nivel de autoeficacia percibida (NAS autoeficacia)** es menor que los grupos de sujetos que tienen baja visión o visión normal. Así, estos sujetos creen en menor medida que uno puede ejecutar un determinado comportamiento para obtener unos resultados determinados.

Vemos pues que esto puede afectar al **ajuste psicosocial** que estos individuos realizarán ante la pérdida visual ya que, de alguna manera, estos sujetos no creen que sus acciones puedan mejorar su adaptación a la pérdida visual, su calidad de vida.

Pallero² define el ajuste psicosocial como el esfuerzo psicológico, social y funcional (nuevas estrategias instrumentales, emocionales y cognitivas que deben modificarse y también los posibles cambios sociales y contextuales) que se debe dar para afrontarse a las nuevas condiciones de vida (la funcionalidad visual debida a la pérdida visual).

Dentro del ajuste psicosocial se considera que el concepto de autoeficacia es muy importan-

te. Kempen encuentra que las expectativas de autoeficacia influirán en comportamientos que se llevarán a cabo. Así, a menos autoeficacia se predice mayor discapacidad¹³.

Tal como recogen Checa y Pallero, Dodds, Beggs y Clarck-Carter¹⁴ el sentido de autoeficacia percibida servirá para entender las reacciones de las personas que se están adaptando a la pérdida visual y su actitud hacia los nuevos aprendizajes compensatorios. Explican que, cuando se da una pérdida visual repentina e importante, esta origina una disminución de las habilidades del sujeto que al darse cuenta de ello puede percibir sentimientos de incompetencia e indefensión. De no producirse algún tipo de intervención, la comprobación de la dificultad o, incluso, imposibilidad en la ejecución de las tareas cotidianas, puede originar una mayor percepción de indefensión, pérdida de confianza en uno mismo, disminución de la autoestima o aparición o incremento de la sintomatología depresiva.

En este estudio también se ha estudiado el grado de esperanza de los sujetos con baja visión, con visión casi normal y con visión normal.

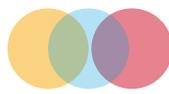
Definimos el concepto de esperanza como la capacidad percibida para encontrar los caminos hacia los objetivos deseados, y motivarse a uno mismo para utilizar dichos caminos⁷.

De esta manera, los sujetos con elevada esperanza preferirían metas alcanzables que reflejaran emociones positivas y crearan rutas plausibles; esto a la vez ayudará a generar más objetivos.

Al contrario pasa con sujetos con bajos niveles de esperanza, las emociones tendrían un efecto negativo, el sujeto se muestra aprensivo respecto a lo que tiene que venir, así su atención se desvía hacia pensamientos negativos como "no podré".

Estos sentimientos negativos provocan autocrítica y cognición centrada fuera de la tarea objetivo. Es parecido a los desórdenes de atención y se asocia con frustración y depresión.

Snyder⁷ explica que, generalmente, los individuos basan su bienestar y su esperanza en ➔



➔ sentirse acompañados (en tener una pareja), o en tener un buen empleo. Así, la participación de la persona en las actividades de la vida diaria se puede ver afectada si ésta estabilidad desaparece, especialmente a causa de un acontecimiento traumático.

Entiendo que la pérdida visual es un acontecimiento traumático y que el grado de esperanza se podría ver afectado y podría influir en el ajuste psicosocial.

Aun así, los resultados obtenidos, las diferencias entre los tres grupos de sujetos no son estadísticamente significativas.

Como conclusión final, en nuestro estudio parece confirmarse que los sujetos que están perdiendo la visión no prestan suficiente atención a sus emociones. Y además, su nivel de confianza

de que sus acciones vayan a tener repercusiones positivas es bajo, con lo cual el individuo puede percibir una mayor dificultad a la hora de obtener resultados a partir de sus propios comportamientos. Todo ello puede afectar en su nivel de autoestima con lo cual, tanto la adaptación a la pérdida visual como el ajuste psicosocial del sujeto, se puede ver dificultado.

Además, se observa que los sujetos con baja visión tienen más sintomatología depresiva que los que no la tienen.

Finalmente al tener este estudio pocos sujetos creemos conveniente ampliar la muestra para confirmar dichos resultados.

También puede ser interesante para próximos estudios tener en cuenta la patología causante a la hora de valorar la adaptación al déficit visual. 🌈

REFERENCIAS

- Vila López JM, Iglesias Junco M, Vélez Lasso JM, Barañano García A; Guijarro Herrerros MJ, Martínez Monerris P; Matey García, MA.** Apuntes sobre Rehabilitación visual. ONCE, 1994:15-23.
- Pallero González R.** Ajuste psicosocial a la discapacidad visual en personas mayores. Integración: revista sobre ceguera y deficiencia visual, 55: 24-42.
- Rowe S, MacLean C.** Quality Indicators for the Care of Vision Impairment in Vulnerable Elders. *The American Geriatrics Society*; 55: 450-456.
- Tolman J, Hill D, Kleinsch, J, Gregg, C.** Psychosocial adaptation to visual impairment and its relationship to depressive affect in older adults with age-related macular degeneration. *The Gerontologist*. 45; 6, 747-753.
- Stephens J.** The emotional well-being of blind and partially-sighted people. (2007) www.princeton.edu/futureofchildren/.../docs/15_02_FullJournal.pdf [Consulta 9-04-2012]
- Bueno Martin M.** "Definiciones y clasificaciones en torno a la discapacidad visual. La baja visión y la ceguera" (1991). http://sapiens.ya.com/eninteredvisual/ftp/def_bajavision_ceguera.pdf [Consulta 16-04-2012]
- Snyder C.** Hope theory: Rainbows in the Mind. *Psychological Inquiry*. 13; 4: 249-275
- Montorio I; Izal M.** The Geriatric Depression Scale: A Review of Its Development and Utility. *International Psychogeriatrics*, 8;1:103-112.
- Pallero R (2007).** Ajuste de la pérdida visual sobrevenida en la vejez: un estudio psicométrico. Universitat Rovira i Virgili.
- Villarin Cid F, Limonero García J.** Motivación. Psicología de la cognición y emoción. (2001) 8-29. Universitat Oberta de Catalunya.
- Burmedi D, Becker S, Heyl V, Wahl H-W and Himmelsbach I.** Emotional and social consequences of age-related low vision: a narrative review. *Visual Impairment Research*. 4:1; 47-71.
- Travis L, Boernet K, Reinhardt J, Horowitz A.** Exploring functional disability in older adults with low vision. *Journal of Vision Impairment & Blindness*. 98: 9; 534-545.
- Kempen G, van Heuvelen M, van Sonderen E, van der Brink R, Kooijman A, Ormel J.** The relationship of functional limitations to disability and the moderating effects of psychological attributes in community-dwelling older persons. *Social Science & Medicine* 48. 1161-1172.
- Checa J, Díaz V, Pallero R.** Psicología y ceguera. Manual para la intervención y el ajuste de la deficiencia visual. Manuales ONCE. 2003: 47-56.