

Centro Oftalmológico Dr. Salvador Allende

Capacidad funcional, repercusión psicológica y social y calidad de vida de ancianos con degeneración macular involutiva

Functional capacity, psychological and social repercussion and quality of life in elders with involute macular

Raisa Hernández Baguer^I, Idalia Triana Casado^{II}, Yurania Bueno Arrieta^{III}, Bárbara Cid Vázquez^{IV}

^IEspecialista Segundo Grado de Oftalmología. *Master* en Longevidad Satisfactoria. Profesora Auxiliar.

^{II}Especialista de Segundo Grado de Oftalmología. *Master* en Salud Pública. Profesora Auxiliar. e-mail: idalia.triana@infomed.sld.cu

^{III}Licenciada en Defectología.

^{IV}Licenciada en Oftalmología y Optometría. Instructora.

RESUMEN

Introducción: la degeneración macular involutiva es causa importante de discapacidad visual en los ancianos.

Objetivo: identificar la capacidad funcional, repercusión psicológica y social, y calidad de vida de los ancianos con degeneración macular involutiva.

Material y Métodos: se realizó un estudio descriptivo y transversal en 230 gerontes del área de salud Héroes de Girón con esta enfermedad durante 2007. Se analizaron las variables edad, sexo, color de la piel, agudeza visual, discapacidad visual, tipo clínico de degeneración macular, capacidad funcional, repercusión psicológica, calidad de vida y repercusión social.

Resultados: predominaron los pacientes entre 70 y 79 años (73,91%), las mujeres (66,08%), la piel blanca (65,21%), los débiles visuales moderados (42,17%), la maculopatía (49,77%), la dependencia con demanda de ayuda (38,26%), la pérdida de roles o autoestima (71,73%), la insatisfacción con su vida actual (80,86%) con evidencia de minusvalía (67,82%) y la repercusión social, solo en 6,52%, no parece existir.

Conclusiones: la mayoría de los ancianos con la enfermedad presentan dependencia funcional. La disminución de la capacidad funcional repercute psicológica y socialmente en su vida diaria, y disminuye su calidad de vida.

Palabras clave: capacidad funcional, calidad de vida, degeneración macular involutiva.

ABSTRACT

Introduction: the involute macular degeneration is important cause of visual disability in the elders.

Objective: to identify the functional capacity, psychological and social repercussion and quality of life of the elders with involute macular degeneration.

Material and Methods: a descriptive and transverse study was carried out in 230 elders of the Health Area «Héroes de Girón» with this illness during the year 2007. The variable age, sex, color of the skin, visual sharpness, and visual disability, clinical type of macular degeneration, functional capacity, psychological repercussion, quality of life and social repercussion were analyzed.

Results: prevailed the patients between 70 and 79 years (73,91 %), the women (66,08 %), the white skin (65,21 %), the moderate visual dweebs (42,17 %), the maculopathy (49,77 %), the dependence with help´s demand (38,26 %), the loss of rolls or self-esteem (71,73 %), the dissatisfaction with its current life (80,86 %) with handicapped evidence (67,82 %) and the social repercussion, only in 6,52 % it doesn't seem to exist.

Conclusions: most of the elders with the illness present functional dependence. The decrease of the functional capacity rebounds psychological and socially in its daily life, diminishing its quality of life.

Key words: functional capacity, quality of life, involute macular degeneration.

INTRODUCCIÓN

Los cambios del proceso de envejecimiento, predisponen a eventos fisiopatológicos y a la aparición de enfermedades en el adulto mayor. Ocurren en los órdenes morfológico, psicológico, funcional y bioquímico, y conllevan a la pérdida progresiva de la capacidad de adaptación y reserva del organismo,¹ en un proceso dinámico regido por características como universalidad, carácter progresivo, irreversibilidad, individualidad, naturaleza intrínseca y heterogénea, y carácter perjudicial.²

La realidad socio-demográfica de Cuba muestra crecimiento de la población geriátrica, que conlleva al incremento de las enfermedades crónicas discapacitantes, con expectativas menos decepcionantes gracias a las opciones de nuestro sistema de salud.

Tras las enfermedades de los sistemas locomotor y cardiovascular, la pérdida de visión es la tercera causa de disminución de la capacidad funcional en los ancianos.³

De acuerdo con la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), aprobada el 22 de mayo de 2001 en la 54ª Asamblea Mundial de la Salud en su resolución WHW54.21, el término discapacidad engloba las deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones en la participación social, es

decir, se usa como un término globalizador de los factores negativos del funcionamiento humano.⁴

Cuba es uno de los países con más bajo índice de discapacidad. Datos de Ciudad de La Habana muestran una prevalencia de 13,8% para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) en el grupo de 60-74 años y de 30,7% en mayores de 74 años, cifras que aumentan para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), con valores respectivos de 16,9% y 45,2%. En ambos casos, las mujeres casi doblan a los hombres.⁵

El municipio Cerro, escenario donde se desarrolló este estudio cuenta, según el registro de la Oficina Nacional de Estadísticas (al cierre de 2006), con 131 638 habitantes, de los cuales 26 120 son mayores de 60 años, con cierta predominio del sexo femenino. La relación geronte/adulto es de 1,242 y la de geronte/población total de 20,2% lo que explica la denominación de «municipio envejecido».⁶

Entre las enfermedades oculares que conllevan a la disminución de la capacidad funcional, expresada por el grado de dependencia para realizar las actividades de la vida diaria (AVD) por la discapacidad que produce, se encuentra la degeneración macular relativa a la edad (DMRE), enfermedad crónica perteneciente a las distrofias retinianas.

Es la causa más común de ceguera legal, con prevalencia proporcional al aumento de la edad, entre 0,7 y 1,4% en personas de 65 a 75 años hasta entre 11 y 18,5% en mayores de 85 años y las personas de 75 años o más tienen una probabilidad 14 veces mayor de desarrollarla que aquellos entre 43 y 60 años. Su etiología es multifactorial, el principal factor de riesgo a considerar es la edad y la herencia parece tener un papel importante.⁷

En la actualidad, está entre las primeras causas de ceguera en el mundo después de la retinopatía diabética y el glaucoma. Los principales estudios poblacionales realizados los Estados Unidos de Norteamérica, Europa del Este, Australia, Japón, España y otros de alto nivel de desarrollo socioeconómico, consideran que predomina en grupos étnicos de origen caucásico y en mujeres;^{5,6} sin embargo, las cifras varían en dependencia de la definición de la enfermedad utilizada, zona geográfica y la edad de los pacientes estudiados.^{8,9}

El diagnóstico precoz de esta enfermedad hace posible detener o retrasar su avance, detectar a tiempo las complicaciones y lograr la integración a la vida social, lo que significa mayor satisfacción de las expectativas personales en las exigencias que le impone el medio, es decir, una longevidad más satisfactoria, sin negar la realidad de la amplia repercusión de esta enfermedad, tanto en la calidad de vida individual como en la relación intrafamiliar por el grado de dependencia y la afectación psico-emocional.

Lograr una longevidad satisfactoria contempla una adecuada función visual, a pesar de lo cual la incidencia y prevalencia de la DMRE entre los cubanos no se conocen. Adolecemos de estudios con adecuados diseños metodológicos y muestras poblacionales suficientes acerca de esta severa enfermedad ocular, que constituye un reto importante para los oftalmólogos del siglo XXI a nivel mundial, razones que motivaron la presente investigación en un área de salud de Ciudad de La Habana, con el objetivo de identificar capacidad funcional, repercusión psicológica y social, y calidad de vida de los ancianos con DMRE.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una investigación observacional, descriptiva y de corte transversal, en el área de salud Héroes de Girón del municipio Cerro, durante 2007, cuyo universo estuvo constituido por 651 ancianos (7% de los adultos mayores del área de salud al cierre de 2006) con trastornos visuales no resueltos con el uso de corrección óptica. Se realizó una evaluación inicial que incluyó agudeza visual (AV), refracción, biomicroscopía de segmento anterior y posterior bajo midriasis y fundoscopia directa. Con este resultado, se seleccionaron los 230 pacientes con DMRE que conformaron la muestra, después de aplicados los criterios de inclusión y exclusión, que fueron sometidos a evaluación geriátrica integral.

Criterios de inclusión: aceptación voluntaria de participar en el estudio, ausencia de enfermedades psiquiátricas u orgánicas que le impidieran cooperar con la exploración de la visual, entender y mantener una comunicación adecuada.

Criterios de exclusión: comorbilidad de otra enfermedad oftalmológica además de la DMRE.

Se cumplió con los principios fundamentales de la ética médica durante toda la investigación, atendiendo a la Declaración de Protección de los Sujetos Humanos. Previa explicación del motivo del estudio a participantes y familiares, se firmó el consentimiento informado.

Se analizaron las variables edad, sexo, color de la piel, AV corregida y discapacidad visual (se consideró menor de 0,1 débil visual severo o ciego; entre 0,1-0,3 débil visual moderado y entre 0,4-1,0 no débil visual), tipo clínico de DMRE, capacidad funcional (independencia con alguna limitación, dependencia con demanda de ayuda e incapacidad), repercusión psicológica, calidad de vida y repercusión social.

Para la dificultad visual se utilizó la escala de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1997. Se consideró la AV del ojo de mejor visión en los casos de bilateralidad,^{10,11} para la evaluación de las AVD, los índices de *Barthel* y *Lawton-Brody*¹² y para la de la repercusión psicológica se aplicó Escala de Depresión Geriátrica de *Yesavage*.¹³

Las fuentes primarias de datos fueron la historia clínica y la encuesta con los que se confeccionó una base de datos en el programa *Microsoft Office Excel*. Se realizó el análisis estadístico mediante los programas informatizados *SPSS* versión 11.5 y *EPIDAT* versión 2.01, mediante frecuencias absolutas. Se calculó el porcentaje, como medida de resumen, para todas las variables en estudio.

Se cumplió con los principios fundamentales de la ética médica, atendiendo a la Declaración de Protección de los Sujetos Humanos. Previa explicación del motivo del estudio a participantes y familiares, se firmó el consentimiento informado.

RESULTADOS

De acuerdo con la edad, los gerontes de la serie quedaron distribuidos de la siguiente forma: predominaron los pacientes entre 70 y 79 años (73,91%), seguidos por aquellos entre 60 y 69 (19,56%) y entre 80 y 89 (10,86%). En lo que a sexo y color de la piel se refiere, predominaron las mujeres (66,08%) y los

pacientes de piel blanca (65,21%), seguidos por los mestizos (26,08%) y los negros (7,82%).

Un parámetro muy importante para evaluar la eficiencia visual lo constituye la medición de la AV corregida. El resultado de la serie se llevó a términos de AV según categorías de discapacidad visual (Tabla 1). Predominaron los gerontes clasificados como débiles visuales moderados (42,17%), en relación con el tipo clínico de la DMRE que padecían.

Tabla 1. Distribución de gerontes según agudeza visual y discapacidad visual

Agudeza visual	Tipo de discapacidad	No.	%
Entre 0,4 y 1,0	No débil visual	63	27,39
Entre 0,3 y 0,1	Débil visual moderado	97	42,17
Menos de 0,1	Ciego legal	70	30,43
Total		230	100,0

Nota: Por ciento de acuerdo con el total de adultos mayores estudiados. Se consideró, en caso de diferencia interocular, la AV del mejor ojo.

Fuente: Historia clínica.

Al respecto, predominó la maculopatía (225 ojos para 49,77%), seguida por la degeneración seca (146 ojos para 32,30%) y la degeneración exudativa (81 ojos para 17,92%). Cabe señalar que las alteraciones no se presentaron de forma bilateral y simétrica.

La exploración de las AVD mide los niveles elementales de la función física de un individuo. La alteración de estas funciones se produce de forma ordenada e inversa a su adquisición en la infancia y presuponen un deterioro importante. Según la OMS, como mejor se mide la salud es en términos de función. El resultado de esta evaluación como consecuencia de la disfunción visual, mediante los índices de *Barthel* y *Lawton-Brody*, se muestra en la Tabla 2. No se encontró predominio de ninguna de las tres gradaciones, fue discretamente más frecuente la dependencia con demanda de ayuda (38,26%). De los 160 ancianos evaluados con debilidad visual ligera y moderada (69,56% del total de la muestra), 153 (95,62%) refirieron tener independencia funcional con alguna limitación unos y dependencia con demanda de ayuda o supervisión de otra persona. El resto, ciegos legales, tenía diferentes grados de incapacidad para su desempeño básico, aun adquiridas algunas habilidades enseñadas por vías no formales, cuidadores y familiares.

Tabla 2. Distribución de gerontes según capacidad funcional para las actividades de la vida diaria

Capacidad funcional	No.	%
Independencia con alguna limitación	65	33,47
Dependencia, demanda ayuda	88	38,26
Incapacidad	77	28,26
Total	230	100,0

Fuente: Historia clínica.

La dependencia física, por déficit visual u otra causa, genera también cierto grado de dependencia psicológica y social al afectarse la capacidad de funcionar como miembros de la comunidad y de interrelacionarse. La repercusión psicológica de los ancianos de la serie (Tabla 3), arroja como los aspectos más afectados, pérdida de *roles* o autoestima (71,73%), preocupación (69,13%), nerviosismo (56,52%) y retraimiento social (52,60%).

Tabla 3. Distribución de gerontes según repercusión psicológica

Manifestaciones	No.	%
Pérdida de <i>roles</i> o autoestima	165	71,73
Preocupación	159	69,13
Nerviosismo	130	56,52
Retraimiento social	121	52,60
Depresión	81	35,21
Pesimismo	35	15,21
Insomnio	20	8,69
Sin repercusión	15	6,52

Nota: Por ciento de acuerdo con el total de adultos mayores estudiados. Más de una referencia por adulto mayor.
Fuente: Encuesta.

También se investigó acerca de la calidad de vida, mediante la aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica de *Yesavage*. Previo asesoramiento por especialistas en Gerontología y Geriátrica, se detectó que los síntomas de depresión aumentaban al conocer que el grado de deterioro de la función visual podría empeorar en el futuro y no con el deterioro real de la visión que presentaban en el momento de la investigación (Tabla 4).

Tabla 4. Distribución de gerontes según respuestas de la Escala de Depresión Geriátrica de *Yesavage*

Acápite	Respuesta			
	Sí		No	
	No.	%	No.	%
¿Está satisfecho con su vida actual?	44	19,13	186	80,86
¿Ha renunciado a muchas actividades?	168	73,04	62	26,95
¿Prefiere quedarse en casa que salir?	195	84,78	35	15,21
¿Piensa que es maravilloso vivir?	149	64,78	81	35,21
¿Su situación es desesperada?	86	37,39	144	62,60
¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	156	67,82	74	32,17

Fuente: Encuesta.

La mayoría de los ancianos no estaban satisfechos con su vida actual (80,86%) por la renuncia a actividades como salir, en contraste con la opinión de lo maravilloso de la vida (64,78%), en relación con lo vivido antes de padecer la enfermedad. Destaca el sentimiento de minusvalía (67,82%).

En la Tabla 5, se muestran los resultados obtenidos sobre la repercusión social que el déficit visual y la limitación de las AVD provocaron en los ancianos de la serie. Fue mayoritaria la cifra de ancianos en la que la enfermedad tenía repercusión social, solo en 6,52% no parece existir. Predominó aisladamente, la pérdida de independencia y agilidad (66,52%).

Tabla 5. Distribución de gerontes según repercusión social

Manifestaciones	No.	%
Pérdida de independencia y agilidad	153	66,52
No poder asistir al Círculo de abuelos	121	52,60
Pérdida de roles familiares	81	35,21
No poder viajar	72	31,30
Retraimiento social	59	25,65
No poder seguir trabajando	27	11,73
Sin repercusión	15	6,52

Fuente: Encuesta.

DISCUSIÓN

Cuba es un ejemplo de país en desarrollo con un envejecimiento importante, por disminución de la natalidad y aumento de la expectativa de vida. La esperanza de vida al nacer en nuestro país ha ganado más de 30 años desde la década del 50 hasta la actualidad, algo poco visto en el mundo en desarrollo.

La población del municipio Cerro es mayoritariamente de mujeres en todas las edades, incluida la tercera, lo que se comportó de forma similar en la serie analizada. La prevalencia de la DMRE ha sido reportada entre 1,2 y 1,7% después de la quinta década de la vida y se estima un incremento en este porcentaje conforme aumente la longevidad de la población.^{7,14} Los principales estudios poblacionales concuerdan en la fuerte asociación entre la prevalencia de DMRE y la edad.^{8,9,14-16} La mayoría de los casos con ceguera legal eran ancianos-ancianos u octogenarios con DMRE húmeda o exudativa, formación de membrana neovascular, hemorragias o desprendimiento del epitelio pigmentario, que explican los resultados visuales.

En relación con el sexo, aunque se ha encontrado discreta asociación del femenino con la DMRE, sobre todo después de los 65 años, se plantea que no existen diferencias en el riesgo de enfermar⁹ y al color de la piel, no se ha encontrado explicación de por qué entre las personas de piel blanca o caucasianos es más frecuente esta enfermedad. La mayoría de las publicaciones reflejan este resultado.¹⁷

En relación con estas tres variables, el *Salisbury Eye Evaluation*,¹⁸ realizado en los Estados Unidos en 1996, publicó resultados similares a los de esta serie, con la sola excepción de la variable color de la piel. Encontraron incremento progresivo de los trastornos visuales con la edad, más significativos en las mujeres y la raza negra donde el déficit visual provocaba un impacto importante en el desarrollo de las actividades cotidianas.

Más de la mitad de las personas mayores de 60 años padecen algún defecto visual; es decir, que el deterioro de la visión es más o menos esperado en la vejez, pero si está agudizado por enfermedades oculares devastadoras como la DMRE, la repercusión funcional y psicológica puede ser muy grave, fenómenos que se traducen en el estado afectivo de los gerontes. Depresión, abatimiento con tendencia al llanto, pérdida de la autoestima e incluso ideas suicidas, si «se queda ciego», fueron señalados de forma espontánea por los participantes en esta investigación.

En la familia donde exista un anciano con discapacidad relacionada con la visión pueden desarrollarse crisis familiares, por lo que es necesario detectar esta dificultad y orientar adecuadamente teniendo en cuenta que las alteraciones de la visión son problemas de elevada prevalencia y trascendencia clínica en esta etapa de la vida, con mejor pronóstico si se realiza un diagnóstico precoz.

Por otra parte, el anciano con déficit visual y alteraciones osteomioarticulares, harto frecuentes en esta etapa de la vida, tiene mayor fragilidad cuando se desplaza a cumplir con las AVD. De hecho, muchos de ellos refirieron que, aunque tenían alguna visión, se encontraban muy ineptos para desempeñar sus actividades cotidianas. Indiscutiblemente, el sentimiento de dependencia que se crea en los adultos mayores con discapacidad funcional por DMRE afecta su validismo, autoestima e incorporación a la vida social.

La repercusión de la discapacidad en la esfera psicológica justifica la presencia de la Psicogerontología dentro del equipo multidisciplinario que atiende de forma integral a los adultos mayores en nuestro país.¹⁹ A los trastornos propios de la vejez como insomnio, preocupación por la salud, tristeza, ansiedad y depresión se unen pesadumbre por la pérdida de *roles* o la autoestima.

De acuerdo con Serrano y Ramírez,²⁰ las escalas más comúnmente utilizadas para abordar la dificultad visual en el anciano son las de valoración funcional de las AVD que, de manera indirecta, indican la existencia de deterioro, no uniforme para todas las actividades. De acuerdo con su criterio, una de las más importantes es comer debido a la dificultad en el reconocimiento de los alimentos, vestirse y aseo que, en general, limitan el autocuidado y la movilidad, lo que unido al deterioro auditivo interfiere la vida personal y de relación, con el correspondiente agravamiento de los sentimientos de incapacidad y depresión.

Los ancianos llegan a estas edades de la vida no solo con su enfermedad visual, sino también con dos o más enfermedades crónicas asociadas que contribuyen a aumentar el grado de dependencia para las AVD. La co-morbilidad se relaciona con mayor probabilidad de aparición de discapacidad y se considera un fuerte factor de riesgo para el surgimiento de las mismas, no solo por el incremento en su número, sino por los efectos de combinaciones específicas entre ellas que elevan el riesgo y la severidad de las alteraciones funcionales, físicas y mentales.

Un estudio sobre la valoración funcional del adulto mayor con discapacidad en el municipio 10 de Octubre, La Habana, reporta alteraciones visuales con 43,7% de las causas de discapacidad, entre ellas las distrofias retinocoroideas. Al aplicar el Índice de *Barthel*, permanecían independientes 16,9%; con dependencia leve, 32,4%; con dependencia moderada, 28,2%; con dependencia grave, 12,7% y con dependencia total, 9,9%.²¹

Un estudio realizado en Castilla y León, España,²² señala que debido a las alteraciones visuales, 53,2% de su casuística tiene dependencia ligera y 38% es independiente, en la valoración del propio anciano. Resultados similares se encontraron tras la valoración por parte de enfermería, en este caso con valores

respectivos de 44,3% y 39,2% en relación proporcional entre el aumento del índice de dependencia y el incremento de la edad en todas las escalas de valoración funcional y otro del Departamento de Geriátrica del Instituto Nacional de Ciencias Médicas Salvador Zubirán, México,²³ sobre la dependencia funcional por enfermedades crónicas en ancianos mexicanos (entre ellas las visuales), arrojó que 24% de la muestra resultó dependiente en ABVD, en su mayoría en grado leve (14%). Las actividades más afectadas fueron la continencia urinaria, el autocuidado y el desplazamiento. En cuanto a las AIVD, encuentra que 23% de la muestra resultó dependiente, 12,5% con dependencia severa y 10,5% con dependencia leve. Las actividades más afectadas fueron la incapacidad para realizar compras y preparar alimentos.

Autores como *Gispert y cols.*,²⁴ en un estudio sobre el perfil de la dependencia, plantean la asociación entre la gravedad de la dependencia y el tipo de discapacidad, y la disminución de la supervivencia ante el deterioro visual por su repercusión funcional, psicológica y social.

Un estudio sobre discapacidad visual en el municipio Artemisa, La Habana,²⁵ demuestra cómo el deterioro para el desempeño de las AIVD se incrementa con la edad, estando entre las causas encontradas la DMRE. Otros, sobre prevalencia de ceguera y limitación visual severa en personas mayores de 50 años en Ciudad de La Habana, reportan que la discapacidad visual grave tiene un notable impacto en el desarrollo socioeconómico de los individuos y las sociedades, con prevalencia de discapacidad para la realización de las AIVD por baja visión según edad en aumento conforme avanza esta.^{26,27}

Una investigación sobre el impacto de la Ley de Dependencia en España, de acuerdo con la encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de la población de más de 65 años, de los 2 072 652 de personas discapacitadas, 697 778 sufren algún tipo de deficiencia visual, por lo que tienen dificultades para desarrollar las AVD.²⁸

El déficit visual en el anciano no solo afecta la posibilidad de realizar las AVD, sino también la esfera psico-emocional. Un trabajo realizado en Argentina, comprueba la existencia de trastornos depresivos en 57% de los ancianos por esta causa.²⁹

Dentro de los resultados de una encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia en España, las mayores tasas de discapacidad se registran entre personas de 75 a 79 años (16,2%) y 80 a 84 años (10,2%); que los principales grupos de discapacidad son los de movilidad (6%), vida doméstica (4,9%) y autocuidado (4,3%), con valores mayores entre las mujeres y que 74,0% tiene dificultades para realizar las AVD, la mitad de las cuales refiere no poder hacer alguna de estas actividades si no recibe ayuda. Dentro de las causas más frecuentes señalan las alteraciones visuales y dentro de ellas las degeneraciones y distrofias de vítreo-retina.³⁰

La vejez es una etapa de la vida en la que las obligaciones laborales y domésticas reducen su exigencia, pero también en la que la pérdida progresiva de las capacidades hace que su realización precise mayor esfuerzo y requiera del apoyo de familiares o miembros de la red de apoyo. La aparición de un déficit visual grave, como el observado en estadios avanzados de la DMRE, provoca, además del inmediato impacto emocional, la disminución de la eficacia de los recursos habituales para resolver las cuestiones cotidianas y, en consecuencia, una serie de limitaciones que pueden afectar gravemente la realización de actividades habituales de la vida diaria, y puede llegar a provocar dependencia. Generalmente la deficiencia visual evoluciona progresivamente, causa cambios en el comportamiento, limita la autonomía, incrementa la pasividad y la dependencia, y

altera el estado emocional del anciano. La discapacidad es el resultado de la interacción entre el déficit visual y sus limitaciones sobre la que ejercerán un efecto modulador diferentes variables como el contexto ambiental en el que reside la persona, las variables personales (experiencias vitales de pérdida y los recursos habituales de afrontamiento a situaciones estresantes) y la red de apoyo informal (familia, amigos y vecinos) que, en la vejez, puede llegar a ser fundamental.³¹

Cuba cuenta con un Programa de Atención a los Discapacitados, auspiciado por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social en coordinación con otros ministerios y el Estado, que incluye programas de rehabilitación dirigidos a mejorar su calidad de vida y a perfeccionar las estrategias de atención médica, educativa, de comunicación y asistencia social.

La visión constituye uno de los sentidos más importantes del ser humano. Al prescindir de ella, el anciano pierde gran parte del vínculo con el mundo y las referencias espaciales que devienen de este, lo que origina grandes dificultades para realizar las AVD, básicas e instrumentales de la vida diaria, lo que demuestra la importancia de conocer su estado de salud ocular, así como de la valoración geriátrica, teniendo en cuenta la necesaria intersectorialidad. Para que se produzca una longevidad satisfactoria se necesita un envejecimiento saludable con estilos de vida satisfactorios, reservas funcionales, prevención de enfermedades y discapacidades y una sociedad más amigable con los ancianos.

Para que se produzca una verdadera integración de los discapacitados a la sociedad, se debe aspirar a que posean los mismos derechos y deberes que el resto de los ciudadanos y que se erradiquen de la sociedad las barreras físicas y mentales en torno a ellos, cuando no se considera que pueden desempeñar, como otro cualquier ciudadano, funciones sociales a partir del desarrollo de sus aptitudes y capacidades personales.

CONCLUSIONES

La mayoría de los ancianos con DMRE presenta diferentes grados de dependencia funcional por la debilidad visual o ceguera legal que padece, con mayor frecuencia de ancianos dependientes con demanda de ayuda. La disminución de la capacidad funcional repercute psicológica y socialmente en su vida diaria, y disminuye su calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez Sintés R, Díaz Alonso G, Salas Mainegra I, Lemus Lago ER, Batista Moliner R. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001, p. 169.
2. Reichel W. Aspectos clínicos del envejecimiento. Buenos Aires: El Ateneo; 1978, p.65-8.
3. García Alcolea EE. Repercusión funcional de la pérdida visual en pacientes geriátricos. Rol del médico general. GerolInfo 2008; 4(1): 1-16.

4. Egea García C, Sarabia Sánchez A. Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad No.50/2001: 15-30.
5. Proyecciones de la Salud Pública de Cuba para el año 2015. Discapacidad [serie en Internet]. [citado 23 mayo 2010]. Disponible en: <http://www.infomed.sld.cu>
6. GeriCuba. Red Cubana de Gerontología y Geriatria [sitio en Internet]. Cuba es ya un ejemplo de país en desarrollo con un envejecimiento importante [actualizado mayo 2007; citado mayo 2007]. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/gericuba/temas.php?idv=13176>
7. Marticorena J, Gómez-Ulla F, Lago JR. Degeneración macular asociada a la edad. Madrid: Prous Science; 2005, p. 29-31.
8. Elmann MJ. Exudative age-related macular degeneration. En: Ryan SJ. Retina Vol. II. St. Louis: Mosby Company; 1989, p.175-200.
9. Sedden JM. Epidemiology of age-related macular degeneration. En: Ryan SJ. Retina Vol. II. St. Louis: Mosby; 2001, p.1039,1065-9.
10. Guides to Evaluation of Permanent Impairment 15th ed. The Visual System American Medical Association. 2001.
11. Estándares Visuales. En: Vaughan D. Oftalmología General. México D.F.: El Manual Moderno; 2001, p. 487.
12. Instrumentos de evaluación en Geriatria. [serie en Internet]. [citado 12 mayo 2010]. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/gericuba/temas.php?idv=7056>
13. Yesavage JA, Brink TL. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiat Res. 1983;17: 37-49.
14. Friedman DS, O'Colain BJ, Muñoz B. Eye Diseases Prevalence Research Group. Prevalence of age-related macular degeneration in the United States. Arch Ophthalmol 2004;122:564-72.
15. López Astaburuaga JM. Degeneración macular relacionada con la edad. En: Afecciones retinales. Escuela de Medicina UDA, Chile: Curso de Oftalmología; 2002.
16. Jonasson F, Arnarsson A, Sasaki H, Peto T, *et al*. The prevalence of age-related maculopathy in Iceland. Arch Ophthalmol 2002;120: 379-85.
17. Tasman W, Rovner B. Age-related macular degeneration. Treating the whole patient. Arch Ophthalmol. 2004;122: 168-9.
18. West SK, Muñoz B, Rubin GS, Schein OD, Bandeen-Roche K, Zeger S, *et al*. SEE Project Team. Function and Visual Impairment in a Population-Based Study of Older Adults. Invest Ophthalmol Vis Sci. 1997;38: 72-82.
19. Fong DS, Benson WE, Crooks VC. Helping patients experience the emotions of vision loss. Arch Ophthalmol. 2003;121: 1041-2.
20. Serrano Garijo P, Ramírez Sebastián JM. Edad, salud y deterioro de la visión: la disminución visual como síndrome geriátrico. Integración Rev Ceg Defic Visual. 2008;55: 9-19.

21. Rodríguez Borges Y, Díaz Ontivero CM. Valoración funcional del adulto mayor con discapacidad. *Rev Cub Med Gen Integ.* 2009; 1(2).
22. Jiménez Navascués L, Hajar Ordovas CA. Los ancianos y las alteraciones visuales como factor de riesgo para su independencia. *Rev Soc Esp Enfer Geria Gerona.* 2007; 18(1):23-30.
23. Barrantes Monge M, García Mayo EJ, Gutiérrez Robledo LM, Miguel Jaimes A. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. *Salud Pub Mex.* 2007; 49(supl. 4):459-66.
24. Gispert Magarolas R, Clot-Razquin G, Rivero Fernández A, Freitas Ramírez A, Ruiz Ramos M, Ruiz Luque C, *et al.* El perfil de la dependencia en España: un análisis de la encuesta de discapacidades de 1999. *Rev Esp Salud Pub.* 2008; 82(6): 653-65.
25. Moreno Pérez L, Miranda Hernández T, Herrera Ramos LF. La discapacidad visual en el municipio de Artemisa. *Rev Cien Med Hab.* 2004; 10(2).
26. Osorio Illas L, Hitchman Barada D, Pérez Pérez JA, Padilla González CM. Prevalencia de baja visión y ceguera en un área de salud. *Rev Cub Oftalmol.* 2003; 19(5).
27. Cabrera Martínez A, Ríos Torres M, Hernández Silva JR, Padilla González CM. Prevalencia de ceguera y limitación visual severa en personas mayores de 50 años de Ciudad de La Habana. *Rev Cub Oftalmol.* 2007; 20(2).
28. González S, Coco Martín MB, del Álamo Martín MT, de Lázaro Yagüe JA, Cuadrado Asensio R, Coco Martín RM. El impacto de la Ley de Dependencia en los pacientes con baja visión. *Arch Soc Esp Oftalmol.* 2007; 82(7):393-4.
29. Alberto Vidal D. Factores de riesgo suicida en el anciano. *Rev Arg Clin Neuropsiq.* 1999; 8(2):103-12.
30. Esparza Catalán C, Abellán García A. Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia (EDAD 2008). Primeros resultados. Datos 2008. [serie en Internet]. [citado 13 noviembre 2008]. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pm-estadisticas-edad-2008-01.pdf>.
31. Palleró González R, Díaz Salabert M, Ferrando Piera PJ. Escala de ajuste a la pérdida visual relacionada con la edad: adaptación española de la Age-related Vision Loss Scale de Horowitz y Reinhardt. *Integración Rev Ceg Defic Visual.* 2006; 49: 7-16.

Recibido: 7 de Marzo de 2013
Aprobado: 4 de Junio de 2013