



## Agradecimientos

*A mi familia, por darme la oportunidad de elegir y estudiar la carrera que quise y poder formarme profesionalmente, por apoyarme y confiar en mí.*

*A aquellas personas que de forma desinteresada colaboraron en mi proyecto, por su tiempo, dedicación y paciencia, en especial a mi futura colega Euge Coronel, mi compañero Gonzalo Alonso, y a José Ibáñez por poner su magia.*

*A la directora de la carrera, Ada Pucheta y la asesora de tesis Ana Aymat, quienes me ayudaron y guiaron en este proceso final.*

*A mis queridas amigas, por estar en todo momento, por su ánimo y cariño, .*

*A mi compañera de ruta Mariel Soria, por darme más fuerzas para seguir y compartir juntas ésta etapa.*

# Índice

## Contenido

<b>Resumen</b> .....	<b>5</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>9</b>
<b>Capítulo 1: Planteamiento del problema de investigación</b> .....	<b>11</b>
Objetivos .....	12
Interrogantes .....	12
Justificación.....	12
<b>Capítulo 2: Antecedentes de investigación</b> .....	<b>15</b>
ANTECEDENTE N° 1 .....	16
ANTECEDENTE N° 2.....	17
ANTECEDENTE N° 3.....	17
<b>Capítulo 3: Marco Teórico</b> .....	<b>19</b>
Terapia Ocupacional .....	20
Discapacidad visual.....	25
Tipos de Baja Visión.....	27
Rol del Terapeuta Ocupacional en discapacidad visual .....	32
Centro de Rehabilitación para Personas con Baja Visión .....	39
<b>Capítulo 4: Metodología</b> .....	<b>45</b>
Tipo de estudio .....	46
Alcance de la investigación .....	46
Diseño de estudio.....	46
Formulación de hipótesis.....	46

Definición de variables .....	47
Población.....	48
Consideraciones éticas .....	49
Justificación del instrumento .....	49
Técnicas de recolección de datos y presentación del instrumento.....	53
Análisis de datos .....	54
<b>Capítulo 5: Resultados .....</b>	<b>55</b>
Características de la Muestra.....	56
Análisis Descriptivo .....	58
<b>Capítulo 6: Conclusión, Discusión y Propuestas .....</b>	<b>64</b>
Conclusión y Discusión .....	65
Propuestas .....	69
<b>Bibliografía .....</b>	<b>70</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>73</b>

## Resumen

**Introducción:** La discapacidad visual adquirida repercute de manera negativa en el desempeño efectivo de las actividades diarias de la persona, constituye un fuerte golpe emocional sumado a los cambios que se producen a nivel personal por la incertidumbre de conservar el empleo y cumplir con las obligaciones familiares.

Para las personas discapacitadas, el desarrollo profesional no es sólo una necesidad vital, sino también una vía de integración en la sociedad, donde una buena formación es determinante.

**Objetivos:** Específicos: Identificar el número de personas que asistieron al Centro de Rehabilitación para Personas con Baja Visión (CRPBV) que pudieron conservar su empleo. Identificar el número de personas que asistieron al CRPBV que intentaron acceder a un empleo. Identificar el número de personas que asistieron al CRPBV que intentaron acceder a un empleo y lo lograron. Describir si en el área de T.O del CRPBV se brindaron herramientas para acceder o conservar un puesto de trabajo.

**Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo, no experimental u observacional, transversal. Se aplicó la encuesta estructurada de Situación Laboral 1 y 2 y la Evaluación de actitudes, habilidades y hábitos para el empleo a discapacitados visuales a 10 pacientes que asistieron al CRPBV de San Miguel de Tucumán, 2016.

### Resultados y Conclusiones:

Se pudo determinar que el 50% de las personas encuestadas logró conservar su empleo previo a la discapacidad visual, mientras que el 50% restante no lo logró. Cabe recalcar que el porcentaje de pacientes que consiguió conservar su empleo trabajaban de forma independiente, mientras que los que no pudieron mantener su empleo eran contratados.

El 40% de las personas que no lograron conservar su empleo intentó acceder a uno nuevo y solo la mitad de este porcentaje consiguió el acceso.

El 90% de las herramientas que se brindaron desde el área de TO del CRPBV fueron proporcionadas parcialmente

En base a lo expuesto, considero que desde el área de Terapia Ocupacional se brindaron y/o entrenaron las habilidades necesarias para acceder o conservar un trabajo, sin embargo a la hora de aplicar para un puesto aún se observa la falta de un nexo entre el CRPBV y las empresas en las que aspiren. De aquí surge la necesidad de un Terapeuta Ocupacional que cumpla el rol de recalificador laboral.

**Palabras clave:** Baja Visión, Situación- Laboral- Terapia Ocupacional

## Abstract

**Introduction:** Acquired visual impairment has a negative impact on the actual performance of a person's daily activities as well as a strong emotional shock caused by changes that occur on a personal level due to the uncertainty of keeping a job and fulfilling family obligations.

For the disabled, professional development is not only a vital necessity, but also a way to integrate into society, relying on good training is important.

**Objectives:** Specific: Identify the number of people who attended the CRPBV who were able to keep their job. Identify the number of people who attended the CRPBV who tried to get a job. Identify the number of people who attended the CRPBV who tried to get a job and achieved it. Describe whether tools were provided in the T.O area of the CRPBV to access or retain a job.

**Materials and Methods:** Descriptive, non-experimental or observational, cross-sectional study. The structured survey of Work Situation 1 and 2 and the Evaluation of attitudes, skills and habits for the employment of the visually impaired were applied to 10 patients attending the CRPBV of San Miguel de Tucumán, 2016.

**Results and Conclusions:** It was found that 50% of those surveyed managed to retain their employment prior to the visual impairment, while the remaining 50% did not. It should be noted that the percentage of patients that managed to keep their jobs worked independently, while those who could not keep their jobs were hired.

40% of people who failed to keep their jobs tried to access a new one and only half of this percentage gained work.

90% of the tools provided from the TO area of the CRPBV were provided in part.

Based on the above, I consider that the Occupational Therapy area provided and/or trained the necessary skills to access/keep a job, however at the time of applying for a job it is evident the lack of connection between the CRPBV and the companies in

which they aspire to work for. From this arises the need for an Occupational Therapist who fulfils the role of occupational 're-qualifier'.

**Keywords:** Low Vision, Situation- Labor- Occupational Therapy

## Introducción

Conforme a los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) obtenidos en Octubre de 2013, 285 millones de personas en el mundo presentan discapacidad visual, de las cuales 39 millones son ciegos y 246 millones presentan baja visión(OMS, 2014).

La discapacidad visual adquirida repercute de manera negativa en el desempeño efectivo de las actividades diarias de la persona ya que con el sentido de la vista indemne podía efectuar múltiples tareas de forma automática a diferencia del daño congénito donde el niño aprende de modo diferente. Este hecho constituye un fuerte golpe emocional sumado a los cambios que se producen a nivel personal por la incertidumbre de conservar el empleo y cumplir con las obligaciones familiares. En consecuencia el entorno actúa como protector limitando la oportunidad para tomar decisiones y actuar de forma independiente (ONCE,2011).

Para las personas discapacitadas, el desarrollo profesional no es sólo una necesidad vital, sino también una vía de integración en la sociedad, donde una buena formación es determinante.

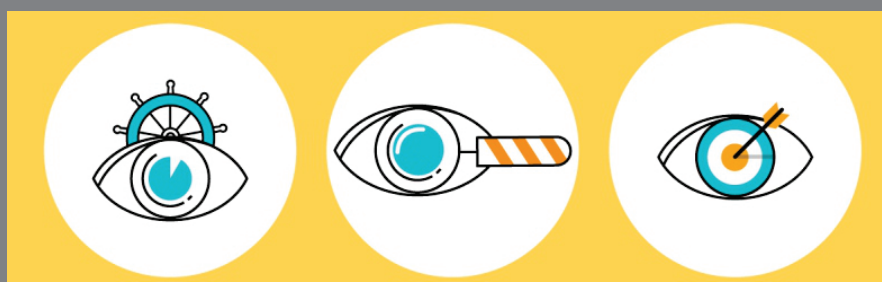
La misión del Centro de Rehabilitación para personas con Baja Visión (CRPBV) es ser una institución para la recuperación de las personas con baja visión, rehabilitación que lleva como fin mejorar su calidad de vida en el ámbito doméstico, como así también su reinserción social y laboral, empleando mecanismos de entrenamientos con personal especializado conformado por un equipo interdisciplinario. El terapeuta ocupacional de dicha institución diseña y aplica programas de rehabilitación que potencien las capacidades de la persona con discapacidad visual, proporcionando estrategias que le sirvan para adaptarse a su nueva situación, con la finalidad de que pueda realizar de forma autónoma las actividades de la vida diaria (AVD) (CRPBV, 2015).

Según datos obtenidos en el censo 2010, se estima que la Provincia de Tucumán tiene alrededor de 7.240 personas ciegas y 24.620 personas con Baja Visión. Ubicándose el 50% de ellos en los departamentos de Capital y Cruz Alta. En ese mismo año la Junta de Discapacidad había entregado 1486 certificados por discapacidad visual, de los cuales el 34% corresponde a personas ciegas y el 66% a personas con baja visión (CRPBV,2015).

Por medio de este trabajo se pretende otorgar visibilidad a los problemas de inserción laboral de las personas con discapacidad visual que asisten al CRPBV tanto para acceder a un trabajo como para conservarlo y, a la vez, sensibilizar a la opinión pública, con miras a modificar prejuicios en torno a las potencialidades laborales de esta población en particular.

Desde la Terapia Ocupacional (TO), se busca potenciar las oportunidades de inclusión y formación profesional de estos pacientes.

## Capítulo 1: Planteamiento del problema de investigación.



## Objetivos

### Objetivos Generales

- Determinar la situación laboral de los pacientes que asisten al CRPBV durante el año 2016
- Analizar si las actividades que se realizan desde Terapia Ocupacional pueden mejorar la inclusión laboral de pacientes que asisten al CRPBV

### Objetivos Específicos

- Identificar el número de personas que asistieron al CRPBV que intentaron acceder a un empleo, quienes lo conservaron, y a su vez quienes accedieron y conservaron el empleo.
- Describir si en el área de T.O del CRPBV se brindaron herramientas para acceder o conservar un puesto de trabajo.

## Interrogantes

- ¿Cuántas personas que asistieron al CRPBV pudieron conservar su empleo?
- ¿Cuántas personas que asistieron al CRPBV intentaron acceder a un empleo?
- ¿Cuántas personas que asistieron al CRPBV lograron acceder a un empleo?
- El CRPBV, ¿Le brindó las herramientas suficientes para acceder/conservar un puesto de trabajo?

## Justificación

Una vez finalizada esta investigación, se podrá constatar la situación laboral de los pacientes afectados por una discapacidad visual que asisten al CRPBV y si las

herramientas brindadas desde el área de terapia ocupacional fueron o no relevantes en la misma.

El Art. 27 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, establece el derecho de las mismas a trabajar en igualdad de condiciones con las demás personas; ello incluye el derecho a tener la oportunidad de ganarse la vida mediante un trabajo libremente elegido o aceptado en un mercado y un entorno laboral que sea abierto, inclusivo y accesible a las personas con discapacidad.

Al hablar de un individuo con baja visión no debe tomarse como un hecho aislado el que la persona tendrá dificultad para movilizarse como antes. Convivir con una discapacidad visual representa un gran impedimento para el desempeño de actividades que para muchos son cotidianas y se realizan de forma automática. Ésta nueva condición acarrea temores, inseguridades y sentimientos de torpeza que generan dudas acerca de su capacidad para desenvolverse en el mundo social y laboral. A éstos sentimientos del paciente se suma el entorno que suele desconfiar de las capacidades del mismo tornándose sobreprotector y confirmando negativamente lo que anteriormente se pensaba a cerca de la ceguera y la discapacidad visual, en donde eran vistas como sinónimo de dependencia.

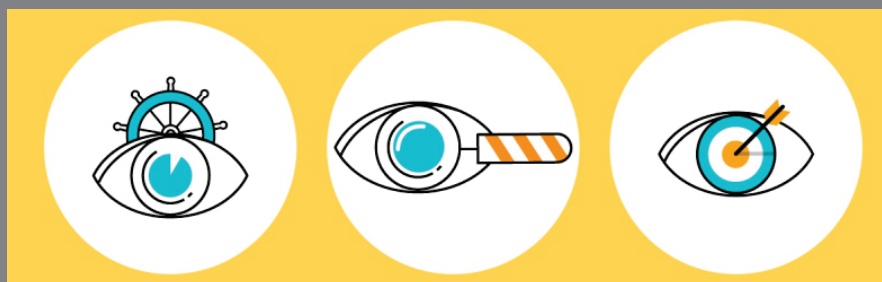
En respuesta a ésta convicción, el CRPBV tiene como objetivo entrenar y dotar a los pacientes de instrumentos y recursos que les permitan realizar las actividades cotidianas y participar de forma activa en cualquier ámbito. La recuperación de la actividad visual aumenta la autoestima y confianza del paciente, potenciándolo para su integración social, familiar y laboral. Aquí, la función principal del Terapeuta Ocupacional consiste en diseñar y aplicar programas de rehabilitación que potencien las capacidades de la persona con discapacidad visual, proporcionando estrategias que le sirvan para adaptarse a su nueva situación, con la finalidad de que pueda realizar de forma autónoma las actividades de la vida diaria (AVD).

Es importante que los pacientes que pasan por el centro de rehabilitación salgan con la convicción de que tener una discapacidad visual ya no es un impedimento para acceder al mundo laboral. Ésta investigación busca llevar a tomar conciencia sobre la

importancia de la integración laboral de discapacitados visuales, brindando información para contrarrestar el desconocimiento y los prejuicios que funcionan como barrera en la inclusión permitiendo impulsar la generación de nuevos espacios en el mercado laboral.

Se espera que sirva para demostrar que si bien la Terapia Ocupacional está implicada en la rehabilitación de las personas desde sus inicios, en nuestra provincia no desempeña un papel extenso en la inclusión de las mismas en el mercado laboral, sentando precedentes para un abordaje más integral, reafirmando la importancia de la Terapia Ocupacional dentro de las empresas como nexos y facilitadores de la inclusión al igual que en el proceso de rehabilitación.

## Capítulo 2: Antecedentes de Investigación.



### **ANTECEDENTE N° 1**

*Desarrollo de habilidades y destrezas manuales previas a la integración laboral de las personas ciegas.* Morales A. (2002) Universidad Tecnológica Equinoccial, Facultad de Ciencias Sociales y Comunicación. Quito, Ecuador.

La investigación realizada por la Licenciada Anabelle Morales está destinada al diseño de una propuesta de actividades manuales y su posterior implementación, dirigida a personas ciegas de la ciudad de Quito para desarrollar habilidades y destrezas que le permitan la inserción laboral.

El instrumento utilizado fue una ENCUESTA realizada a personas ciegas entre 25 y 40 años de edad de la Ciudad de Quito. También llevó a cabo encuestas a dueños de micro emprendimientos artesanales pertenecientes al Mercado Artesanal.

- Los resultados obtenidos por la autora fueron:

El mayor porcentaje de los encuestados manifestó conocer sobre: dibujo, costura y trabajos en madera, además consideró que al desarrollar habilidades y destrezas manuales ayudaría a su inserción laboral. Por otro lado, la mayoría de las personas encuestadas manifestaron que la costura, bisutería y tejido en lana son actividades manuales que pueden ser remuneradas y que si conocen y aplican varias habilidades y destrezas manuales podrían obtener un trabajo con mayor facilidad.

El 100% consideró que los no videntes pueden realizar eficazmente un trabajo remunerado.

Manifestaron también que es muy importante que se reconsidere el programa de capacitación laboral de la persona ciega fundamentada en el desarrollo de habilidades y destrezas manuales que le den la posibilidad de integrarse al sector remunerado.

Al mismo tiempo están las empresas y microempresas artesanales que a través de los resultados manifestaron la confianza en la creatividad de la persona ciega, aclarando que pueden demostrarse como seres productivos de la sociedad.

## **ANTECEDENTE N° 2**

*Inserción laboral de las personas con discapacidad visual de la Asociación de invidentes de Loja.* Galván M. (2013) Universidad Nacional de Loja. Loja, Ecuador.

La investigación realizada por Mercy Galván buscó visualizar la situación laboral, las condiciones de trabajo y el cumplimiento de las leyes y la participación en varios convenios que ha realizado el gobierno para mejorar la calidad de vida de este grupo a través de la inclusión laboral.

Para la recolección de datos utilizó la técnica de la encuesta impresa en braille y la entrevista para conocer la opinión de los socios acerca del tema en análisis, donde se pudo revelar las dificultades para coordinar acciones y fundamentalmente se detectó que la sociedad mantiene prejuicios contra estas personas aislándolas y vulnerando sus derechos.

La autora pudo concluir que la importancia del trabajo en la vida de las personas con discapacidad es trascendental, ya que al igual que todos los seres humanos, tienen metas y deseos de superación. Entre los principales hallazgos se determinó que menos de la mitad trabajan de acuerdo a su profesión, un grupo significativo se ha sentido desvalorizado por su discapacidad a la hora de postularse para un empleo, y la mayoría consideró que el ambiente físico con rampas, señales en braille, software y otros instrumentos son necesarios para desempeñarse eficientemente en un puesto de trabajo.

## **ANTECEDENTE N° 3**

*Inserción laboral de personas con discapacidad motriz y/o visual en las empresas hoteleras marplatenses de 5 estrellas.* Hufschmid A. & Canobra F. (2012) Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Psicología.

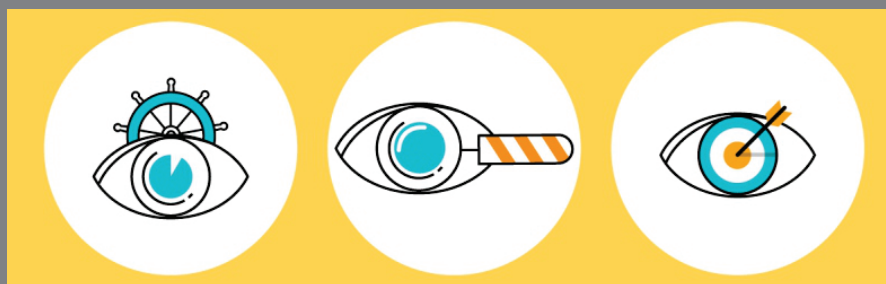
El propósito de este estudio fue llevar a cabo un relevamiento de datos acerca de la existencia de antecedentes en materia de inserción laboral de personal con discapacidad motriz y/o visual en las empresas hoteleras marplatenses de 5 estrellas.

Se llevó a cabo un análisis crítico en relación al concepto de discapacidad y nociones tales como la inclusión, la exclusión, estigma social, que se enmarcan en el escenario del proceso de inserción laboral. Por otra parte, se realizó un análisis acerca del panorama actual del proceso de integración en los hoteles 5 estrellas, en función de los datos obtenidos en el trabajo de campo y a la vez teniendo en cuenta lo que dispone la ley de discapacidad 22.431 y la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad. Por último, la metodología consistió en un estudio cualitativo de análisis crítico mediante un rastreo bibliográfico y entrevistas semi-estructuradas a hoteles de alta categoría de Mar del Plata.

De acuerdo a los resultados obtenidos, pudieron concluir que no existen actualmente personas con discapacidad motriz y/o visual trabajando en los hoteles de 5 estrellas de la ciudad de Mar del Plata, así como tampoco intenciones por parte de dichas empresas de generar proyectos para la incorporación de personas con discapacidad. De este modo la discapacidad aparece como un factor interviniente en lo referente a la empleabilidad. Sumado a esto, pudieron determinar que la legislación argentina no constituye un instrumento que exija a los sectores privados la inserción laboral.

A la vez, la 63 Convención Internacional de los Derecho de las Personas con Discapacidad es un documento que posee buenos propósitos, pero en la práctica pareciera no lograr materializar los resultados propuestos. Lo antes dicho, dejó en claro que la igualdad de oportunidades, la libre elección de empleo, las condiciones dignas de trabajo, quedan en un discurso retórico que no se cumple en la práctica cotidiana.

### Capítulo 3: Marco Teórico.



## Terapia Ocupacional

La Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT) define a la Terapia Ocupacional (TO) como una profesión que se ocupa de la promoción de la salud y el bienestar a través de la *ocupación*. El principal objetivo de la TO es capacitar a las personas para participar en las actividades de la vida diaria (AVD). Los terapeutas logran este resultado mediante la habilitación de los individuos para realizar aquellas tareas que optimizaran su capacidad para participar, o mediante la modificación del entorno para que éste refuerce la participación.

La *ocupación* en TO proviene del uso más antiguo de la palabra, y significa de qué modo las personas emplean u ocupan su tiempo, como tal, la TO se refiere a todas las actividades que ocupan el tiempo de las personas y dan significado a sus vidas (AOTA). La *ocupación* hace referencia a la involucración o compromiso en la realización de actividades, tareas y roles con un propósito productivo (de trabajo u educación), de automantenimiento, distracción o relajación (Sánchez Rodríguez, Polonio López, & Pellegrini Spangenberg, 2013).

Christiansen (1991) desarrolla el concepto de pirámide de las ocupaciones, refiriendo a la jerarquía de la ocupación. La base de la pirámide es la actividad, la cual consiste en un comportamiento específico orientado hacia una meta. En el segundo nivel están las tareas, que son el conjunto de actividades que comparten un propósito. Por último, en el nivel más alto se encuentran los *roles*, que se definen como los comportamientos y expectativas sociales. Cada uno de los roles que desempeñan las personas tienen tareas y actividades relacionadas con dicho rol.



La TO visualiza la función a un nivel que considera la relación dinámica de las personas, ocupaciones y ambientes, y asume que contexto, factores temporales, fenómenos físicos y psicológicos son inseparables. El resultado de esta interacción es lo que se denominan desempeño ocupacional.

El *desempeño ocupacional* se refiere a la capacidad para ejecutar aquellas tareas que hacen posible desarrollar los roles ocupacionales de una manera que sea satisfactoria y apropiada en relación con la edad del individuo, la cultura y el entorno (Polonio López, 2001)

Polonio López (2001) define a las áreas de desempeño ocupacional como amplias categorías de la actividad humana que forman parte de la vida cotidiana, dentro de estas se encuentran:

- Actividades de la vida diaria (AVD).
- El trabajo.
- El juego / ocio.

Las AVD son aquellas que se realizan en mayor o menor medida a lo largo del día. Se dividen en:

- Básicas (AVDb): encuentran los hábitos cotidianos de higiene, vestido y alimentación
- Instrumentales (AVDi): son más complejas que las anteriores, se incluyen el preparado de alimentos, manejo del dinero, toma de la medicación, cuidado de otros, uso de los sistemas de comunicación, entre otros.
- Avanzadas (AVDa): no son indispensables para el mantenimiento de la independencia y están en relación con el estilo de vida del sujeto. Son actividades que permiten al individuo desarrollar sus papeles: ocio, participación en grupo, contactos sociales, viajes, deportes

El trabajo puede definirse como todas aquellas actividades productivas remuneradas o no, es decir, aquellas que proporcionan un servicio a la sociedad. Es una fuente constituyente de identidad y proporcionan un sentimiento de utilidad y confianza personal. Las actividades productivas están organizadas dentro de los

denominados roles vitales importantes, posiciones que la persona ocupa en la vida y son reconocidas por el entorno social.

### Composición de la ocupación

Según J. Pujol (1987) una ocupación o actividad productiva es el resultado de la agrupación de puestos de trabajo cuyas tareas principales son análogas y exigen aptitudes, habilidades y conocimientos similares. Los puestos de trabajo quedan incluidos, en muchas ocasiones, en distintas ocupaciones. *Las tareas se entienden como una fracción importante del trabajo realizado en el ejercicio de un puesto de trabajo que se realiza en respuesta a un propósito definido por medio de la aplicación de un método específico.* El conjunto de tareas de las que se compone un puesto de trabajo permite responder a las preguntas:

- ¿Qué hace el trabajador?
- ¿Por qué lo hace?

Las *operaciones* son parte importante de una tarea y poseen una identidad clara y definida. La combinación de varias operaciones da como resultado una tarea. El conjunto de operaciones que compone una tarea es la respuesta a la pregunta: ¿Cómo se realiza el trabajo?

### El análisis de la actividad y sus requerimientos con relación a otras áreas

Como en el caso de una actividad de automantenimiento o esparcimiento, las actividades productivas comparten algunos de sus requerimientos con el resto de las ocupaciones y otros son específicos de la actividad laboral.

Los requerimientos compartidos con otras áreas son los funcionales (sensoperceptivos, cognitivos, motrices, interpersonal e intrapersonal).

Los *requerimientos específicos* son los relacionados con los procesos de trabajo, la cultura de trabajo, la conducta adaptativa laboral que tiene que ver con los hábitos de trabajo (responsabilidad, cumplimiento de tiempos, orden, prolijidad, limpieza y organización, aceptación de supervisión, respeto de las normas, etc.), el conocimiento de métodos y técnicas, el manejo del gesto profesional y el conocimiento de materiales y herramientas.

El *requerimiento ambiental* en relación con otras áreas de la ocupación varía según el puesto de trabajo, e inclusive en puestos de trabajo que poseen la misma denominación ocupacional. En muchos casos, la forma o cultura de trabajo impuesta por la organización influye inexorablemente sobre el ambiente en el que se encuentra inserto el puesto de trabajo.

Una visión, cada vez más aceptada es la de que un problema de salud puede afectar todos los aspectos de la vida y no solo el estado físico y mental del individuo. De acuerdo con las definiciones de ocupación, queda claro que los componentes ocupacionales en la vida del individuo son fundamentales para su salud y bienestar (Grieve & Gnanasakaran , 2009).

Los trastornos cerebrales, estructurales o funcionales, hereditarios o adquiridos, pueden generar dificultades en la forma de pensar, de sentir o de actuar de las personas, estas dificultades pueden ocasionar la pérdida de capacidades y habilidades, o la capacidad para adquirirlas o conservarlas. En el contexto de la ocupación, los déficits perceptivos pueden impactar en varios aspectos de la vida. La TO es un componente esencial de la rehabilitación (Grieve & Gnanasakaran , 2009), donde se busca capacitar a la persona para lograr un equilibrio en las ocupaciones, mejorando el desempeño de las mismas a través del desarrollo de habilidades que le permitirán funcionar a un nivel satisfactorio para él y para los demás.

El Marco Aplicado de Referencia (MAR) Perceptivo-Cognitivo trata los problemas funcionales derivados de los trastornos perceptivos y/o cognitivos. Este modelo tiene como premisas:

- La percepción y la cognición son requisitos esenciales para la ejecución funcional.
- Si la recepción o el reconocimiento de la información es defectuoso, o la respuesta apropiada no está organizada, el individuo no será capaz de ejecutar actividades funcionales.
- Al haber alguna lesión en el cerebro, se puede ver afectada la capacidad para interpretar información. Esto puede llevar a una dificultad en la ejecución esperada, debido a incorrectas interpretaciones del entorno y/o a un control motor defectuoso.

- Los déficits perceptivos y/o cognitivos pueden mejorar mediante práctica intensiva y reentrenamiento.
- Existencia de posible compensación de los déficits perceptivos y/o cognitivos.

Se puede definir la percepción como la conciencia de los elementos del entorno a través de la sensación física; la impresión de un objeto obtenida mediante el uso de las sensaciones. Utilizamos el sentido del tacto, la visión, el gusto, el oído y el olfato para aprender sobre nuestro entorno y sobre nosotros mismos. Una persona necesita saber dónde está en relación con el mundo, con la actividad y con la situación, para poder interactuar con el entorno.

La cognición comprende todos los procesos mentales que nos permiten realizar actividades significativas en la vida cotidiana, se puede decir que el complejo sistema cognitivo funciona como un todo y contiene subsistemas que interactúan en diferentes niveles de procesamiento. Cada habilidad cognitiva subyacente, respalda una función, y una alteración en el mismo impacta en el sistema como un todo. La cognición abarca una serie de conceptos como conciencia, atención, orientación, iniciación, secuenciación, resolución de problemas, memoria, percepción. Otros componentes como el razonamiento, la organización, la planificación, la son necesarios para un desempeño competente.

El MAR perceptivo-cognitivo hace hincapié en la valoración y tratamiento de los déficits, utilizando actividades funcionales apropiadas a la edad y circunstancias del individuo. La implementación y desarrollo del tratamiento se fundamenta en los hallazgos de la valoración y en el estudio de los potenciales y puntos débiles del paciente, para utilizar un abordaje reparador, en el caso de que la habilidad pueda mejorar, o un abordaje compensatorio, en el caso de que no haya esperanzas de recuperación.

El abordaje rehabilitador implica entrenamiento o reentrenamiento de las habilidades perceptivas/cognitivas mediante práctica intensiva. La recuperación que se alcance al final de la intervención puede ser completa o parcial, gracias a la plasticidad cerebral.

El abordaje compensatorio implica contrarrestar los déficits que presenta la persona mediante el uso de sus capacidades, proporcionando adaptaciones, señales o avisos adicionales en el entorno.

### **Discapacidad visual**

Es la pérdida de la capacidad visual. Cubre los rangos comprendidos entre la pérdida visual leve y la ceguera total, y, además, no solo contempla la afectación de las estructuras oculares, sino también las limitaciones que puede representar, pilar sobre el que se apoya la rehabilitación.

August Colenbrander (1977) Oftalmólogo holandés, ha aportado numerosos estudios sobre terminología y clasificación de la discapacidad visual. Establece seis categorías de visión funcional:

*Deficiencia visual ligera:* Capacidad para poder funcionar visualmente, reduciendo ligeramente la distancia de trabajo y/o utilizando gafas convencionales

*Deficiencia visual moderada:* Se pueden realizar las tareas visuales de forma casi normal con una sencilla ayuda, como una lupa de pocos aumentos.

*Deficiencia visual grave:* Capacidad suficiente para efectuar una actividad apoyándose en la visión pero con productos de apoyo para ver y necesitando más tiempo y/o con mayor fatiga.

*Deficiencia visual profunda:* Incluso utilizando productos de apoyo para leer y desplazarse, los resultados son limitados, por lo que necesitan el uso complementario del resto de los sentidos.

*Deficiencia visual casi total:* La visión no es fiable, y es imprescindible el uso de la información que llega a través de otros sentidos.

*Deficiencia visual total:* Es necesario el apoyo total con otros sentidos.

Con arreglo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10, actualización y revisión de 2006), la función visual se subdivide en cuatro niveles:

- visión normal;
- discapacidad visual moderada;
- discapacidad visual grave;
- ceguera.

La discapacidad visual moderada y la discapacidad visual grave se reagrupan comúnmente bajo el término «Baja Visión »

Una persona con Baja Visión es quien tiene un impedimento del funcionamiento visual y, aun después de tratamiento y/o corrección, tiene una agudeza visual de 6/18 (0,3) hasta percepción de luz, o un campo visual de 10° desde el punto de fijación, pero que usa la visión para la planificación y/o ejecución de una tarea visual.

Es un grado de pérdida, que no puede ser corregida adecuadamente con [gafas](#) convencionales, lentes de contacto, medicamentos o cirugía.

Baja Visión no significa ceguera, pero califica como ceguera legal; ésta se utiliza para delimitar legalmente la situación visual y calificar la discapacidad, básicamente con la finalidad de otorgar ayudas económicas, servicios educativos especiales, pensiones, etc. No debe confundirse con ceguera total. La mayoría de los países occidentales ha adoptado como límites de la ceguera legal una agudeza visual de 20/200 (0,1) en el mejor ojo y con la corrección correspondiente, o un campo visual inferior a 20°. No obstante, algunos la sitúan por debajo de estos parámetros (ONCE, 2011).

El resto visual (el porcentaje de visión que la persona conserva) contiene dos parámetros de definición visual: la agudeza y el campo visual.

La *agudeza visual* es el poder de resolución o potencia visual para distinguir detalles y formas de los objetos, a corta y larga distancia. Se mide por el objeto más pequeño que el ojo puede distinguir, e influyen: el tamaño real del objeto, la distancia desde éste al ojo, y su iluminación y contraste con el fondo.

La agudeza visual evalúa el funcionamiento de la zona central de la retina

Los valores de agudeza visual se obtienen en las pruebas realizadas con “optotipos” –láminas con filas de letras, números o símbolos de tamaño decreciente-. Los modelos de cada fila están calculados para responder a una determinada agudeza visual, y la fila más pequeña que se pueda leer dará la medida.

En términos clínicos, se utiliza la medida agudeza, como la razón que existe entre la distancia a la que se realiza la prueba (6m) y la distancia a la que un observador con visión “normal” puede discriminar las letras o cifras de ese tamaño. La agudeza visual normal, por tanto, será la representada por el quebrado 6/6, donde el numerador significa la distancia a la que puede discriminar un detalle una persona concreta, y el denominador a la que lo discrimina un observador con visión normal.

El *campo visual* es el conjunto de lo que el ojo puede abarcar con un solo golpe de vista desde los 60° en dirección nasal, hasta los 180° en dirección temporal.

Presenta dos zonas diferenciadas: la central y la periférica. La primera corresponde a los 30° desde la fijación y proporciona información de las formas, los detalles y los objetos, así como de la posición de estos. La parte periférica abarca el resto del campo y se utiliza preferentemente para analizar las relaciones espaciales y favorecer los desplazamientos.

La extensión del campo visual está limitada por la nariz y las cejas. El campo visual monocular normal es un óvalo ligeramente irregular que mide, desde la fijación, aproximadamente 60° hacia la parte interna, entre 70° y 75° hacia abajo, y de 100° a 110° hacia la parte externa (ONCE,2011).

### **Tipos de Baja Visión**

La Baja Visión puede ser causada por diferentes patologías las cuales fueron divididas en grupos funcionales según la agudeza y el campo visual.

**Grupo 1:** Se encuentran las patologías con afectación del Campo Visual Central, es decir que producen una alteración de la visión central. Éstas son:

- Degeneración Macular relacionada con la edad
- Enfermedad de Stargardt
- Toxoplasmosis
- Maculopatías miópicas

Los pacientes afectados por alguna de éstas patologías se benefician con diferentes ayudas ópticas, como

- Lentes microscópicos
- Lentes prismáticas
- Monóculos
- Telemicroscopios
- Telescopios
- Lupas de mano o con apoyo, con o sin luz
- Ayudas no ópticas
- Diferentes tipos de iluminación,
- Atriles,
- Filtros de absorción, entre otros.

**Grupo 2:** Se encuentran los Trastornos de la Motilidad Ocular que causan una imagen movida. El más importante es el Nistagmus asociado a catarata congénita y trastornos neurológicos

Para este tipo de pacientes, se indican:

- Telescopios
- Telemicroscopios
- Lentes desde hipercorrecciones a lentes más complejas como monóculos
- Lentes esféricas

- Lentes prismáticas
- Lupas con y sin luz.
- Filtros de absorción
- Correcta iluminación
- Atriles para mantener distancia de foco y
- Buena postura al realizar tareas.

**Grupo 3:** Está compuesto por aquellas patologías que llevan a una alteración del Campo Visual Periférico, como:

- Glaucoma
- Atrofia de papilas
- Amaurosis de Leber
- Trombosis venosa
- Retinosis pigmentaria
- Albinismo.

En este grupo de pacientes, la indicación de ayudas ópticas es reducida. Responden al uso de filtros de absorción que mejoran la calidad de las imágenes, favorecen la adaptación a distintos tipos de iluminación y protegen la retina de rayos UV.

Se indica:

- Orientación y movilidad
- Terapia Ocupacional
- Educación Física Adaptada
- Psicología

**Grupo 4:** Se encuentran aquellas patologías sin alteración específica del campo visual con visión borrosa. Éstas son:

- Miopía magna
- Cataratas congénitas
- Aniridia
- Retinopatía del prematuro
- Retinopatía diabética

Se indican al igual que en el Grupo 2:

- Telescopios
- Tele microscopios
- Lentes desde hipercorrecciones a lentes más complejas como monóculos
- Lentes esféricas
- Lentes prismáticas
- Lupas con y sin luz
- Filtros de absorción
- Correcta iluminación
- Atriles para mantener distancia de foco
- Buena postura al realizar tareas

**Grupo 5:** Comprendido por las Hemianopsias que producen la falta de visión o ceguera que afecta únicamente a la mitad del campo visual. Esta condición puede ser causada por:

- Tumor occipital.
- Tumor temporal.
- Craneofaringioma de hipófisis.

La indicación de ayudas ópticas es limitada en este grupo. Según la lesión se puede indicar lentes prismados. La re-educación del paciente se realiza fundamentalmente con técnicas de rehabilitación visual. También se indica el uso de bastón para orientación y movilidad.

### **Rol del Terapeuta Ocupacional en discapacidad visual**

Los terapeutas ocupacionales (TO) trabajan para asegurar que las personas puedan participar en sus comunidades a pesar de la discapacidad visual. Son también parte de la rehabilitación coordinada de equipos que permiten a los adultos en edad activa con discapacidad visual adquirir o continuar una vida independiente y productiva en el empleo.

Como expertos en el análisis de la actividad y la modificación del medio ambiente, determinan como la visión deteriorada ha limitado la capacidad de la persona para realizar las tareas diarias. El TO modifica entonces la tarea y / o el medio ambiente para reducir al mínimo o eliminar esas limitaciones. Por ejemplo, un TO podría reestructurar una tarea para eliminar un paso que lleve a la visión dependiente, tales como la programación de un teléfono de emergencia de marcación rápida de números. También evalúa cuidadosamente los entornos en los que la persona completa sus actividades para determinar todo aquello que facilitan o inhiben la participación, la seguridad, la independencia y además proporciona recomendaciones y modificaciones. Por ejemplo, el Terapeuta puede recomendar la adición de la iluminación y el contraste para aumentar la visibilidad en el medio ambiente o la eliminación de alfombras para reducir el riesgo de caídas.

Los TO también aplican su experiencia con dispositivos de adaptación y tecnología de asistencia para permitir a las personas utilizar dispositivos ópticos y no ópticos para completar las AVD.

Entre ellos podemos mencionar a las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) y las Tecnologías Adaptativas que son actualmente el recurso más importante para que las personas con discapacidad visual puedan acceder a los medios de comunicación y puedan realizar tareas de lectura y escritura en forma autónoma. El desarrollo alcanzado por la tecnología informática es fundamental para que estas personas queden incluidas en la sociedad de la información y en el mundo laboral, consiguiendo autonomía para el desarrollo de sus tareas.

A modo de ejemplo, las personas con discapacidad visual, pueden a través de las TIC y la Tecnología Adaptativa, adquirir autonomía para:

- Leer un libro, diario, facturas de servicios, prospectos de medicamentos, documentos impresos en tinta, etc.
- Escribir una carta, leerla para revisar la escritura, corregir errores con autonomía.
- Contar con una casilla de e-mail y administrarla.
- Buscar información en Internet.
- Participar de Chat, foros y redes sociales
- Publicar contenidos en la Web.
- Acceder al teléfono móvil
- Ver televisión

Esto puede lograrse a través del entrenamiento en el uso de lupas, programas de magnificación de pantalla, diferentes software o ayudas para el sistema operativo.

Por último, también puede trabajar con la persona para utilizar un dispositivo óptico prescrito tal como una lupa de mano para completar las compras, o un dispositivo no óptico tal como un "talking glucometer" para completar el autocontrol de la diabetes.

El trabajo en el mundo es uno de los temas de mayor demanda de abordaje, y la Terapia Ocupacional como disciplina de la ocupación humana se encuentra ampliamente comprometida para responder a las demandas de las personas con discapacidad visual en materia de integración laboral.

En la sociedad actualmente resulta complicado acceder a un puesto de trabajo para cualquier persona, y más aún cuando la persona presenta una discapacidad, ya sea física, psíquica o sensorial.

Además de la propia minusvalía, las personas discapacitadas deben superar no solo las barreras de tipo arquitectónico, sino también las denominadas barreras

psicosociales, tales como la sobreprotección familiar, los déficits educativos y de formación o las secuelas que todo ello genera en la personalidad del sujeto.

Para Jurado (2005), la incorporación de las personas con discapacidades al mundo del empleo plantea la relevancia de tres factores: aquellos vinculados con la adaptación de los contextos, la utilización de tecnologías adaptadas y la formación previa a la incorporación al mundo del trabajo. De esto se puede inferir la necesidad de planteamientos y políticas eficaces para generar una transición desde la situación actual a un estado de inclusión total, puesto que las personas con discapacidad están sometidas, más que otras, a los estigmas sociales y a la atención institucional.

De esta manera, el **primer paso** de la intervención del Terapeuta Ocupacional es la ***Orientación Laboral***.

Se la define como, el proceso en el cual se asiste y orienta a la persona para determinar la formación profesional y laboral, evaluando sus intereses, aptitudes, capacidades, habilidades y desventajas profesionales, relacionadas con la posibilidad de integración al medio laboral.

En la Orientación Laboral se evalúan:

- Intereses
- Aptitudes
- Capacidad de aprendizaje
- Capacidad funcional residual
- Capacidad potencial
- Independencia personal
- Conducta adaptativa social
- Hábitos de trabajo
- Contraindicaciones laborales

- Esta evaluación permite obtener resultados sobre:
- Capacidad de aprendizaje
- Capacidad funcional general
- Desventajas profesionales
- Conducta adaptativa laboral.

Es importante partir del conocimiento de dichas limitaciones y posibilidades, de los puntos débiles y los puntos fuertes, con el objetivo de orientar adecuadamente a la persona con discapacidad visual hacia el mejor desarrollo de sus capacidades e intereses para proceder posteriormente a la formación profesional o laboral.

Las limitaciones y restricciones de la persona van a depender de factores como el momento de inicio de la deficiencia visual y el grado de visión, así como de los recursos personales, familiares y sociales disponibles.

El TO entrenará en habilidades de búsqueda de empleo, promoviendo una actitud positiva hacia el trabajo, puesto que una persona con discapacidad, adecuadamente cualificada, pero con una pobre actitud hacia el trabajo, reduce mucho sus probabilidades de encontrar y mantener un empleo.

El **segundo paso** de la intervención del Terapeuta Ocupacional es el proceso de **Formación Laboral**.

Se define como un *proceso dinámico y sistemático, cuya acción está dirigida a detectar y desarrollar en las personas, aptitudes, capacidades y habilidades que les permitan, prepararse para desempeñar en forma eficiente una actividad profesional o laboral que convenga a sus intereses y a los de la comunidad* (Battaini, 2001).

La Ley Nacional de Sistemas de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad, define formación laboral como *el proceso de capacitación que implica evaluación, orientación específica, siendo su finalidad la preparación adecuada de una persona para su inserción en el mundo del trabajo* (Ley 24.901, 1997).

La formación resulta eficiente cuando culmina con la ubicación de la persona en el empleo para el cual ha sido preparada o en otro similar, pudiendo permanecer en él.

Los objetivos de la formación laboral son:

- Desarrollar y adecuar las capacidades intereses, aptitudes y habilidades según las posibilidades de cada individuo.
- Posibilitar la utilización de capacidades y habilidades para el aprendizaje de un oficio o profesión que le permita a la persona integrarse a un trabajo acorde a sus intereses y a los de la comunidad.
- Desarrollar conductas adecuadas al medio laboral.
- Crear hábitos de trabajo.
- Seleccionar las tareas, puesto de trabajo u ocupación a enseñar en relación a las capacidades del individuo y a los requerimientos del mercado.
- Utilizar métodos activos de enseñanza – aprendizaje laboral de acuerdo a las condiciones de las personas.
- Realizar estudio de mercado previo a la elaboración de los programas de formación profesional.

El proceso de formación profesional posee distintos niveles de aprendizaje:

Adaptación Profesional: adecuación de los intereses, aptitudes, capacidades y habilidades de la persona en situación real de trabajo para obtener su formación profesional o laboral.

Readaptación Profesional: reentrenamiento en las actividades laborales de las personas que ya tenían una formación profesional y por diversas razones de enfermedad, discapacidad o desventaja profesional ocurridas posteriormente, no están en condiciones de reintegrarse a su trabajo anterior o a uno similar.

Capacitación Profesional: preparación profesional o laboral de las personas a través del aprendizaje sistemático de un oficio o profesión en situación real de trabajo, dirigida a la inserción de un trabajo competitivo.

En la etapa de formación laboral resulta fundamental que las personas con Baja Visión cuenten con autonomía personal. Debido a su discapacidad necesitan un entrenamiento previo a esta etapa para desarrollar habilidades para la vida diaria, así

como la orientación y la movilidad consiguiendo utilizar de forma autónoma los medios de transporte y reduciendo la dependencia de familiares y amigos para resolver gestiones.

En el caso de requerir una adaptación del puesto de trabajo, ésta se deberá llevar a cabo de forma adecuada ya que la persona puede mostrarse insegura en el entorno laboral. El TO ajustará las expectativas a la realidad, informándoles sobre la formación que necesitan para alcanzar el perfil necesario para el puesto que quieren acceder.

Es importante que el paciente desarrolle hábitos de trabajo, logre interiorizar las normas como la puntualidad, asistencia continuada al trabajo, implicación activa en el trabajo en equipo, responsabilidad, organización, relaciones de trabajo, etc. y las relaciones interpersonales, ya que se pueden detectar dificultades en habilidades sociales como, dirigirse al jefe, iniciar una conversación, proporcionar y solicitar información relevante, presentarse, despedirse o introducirse en un grupo.

El último paso es la **Ubicación Laboral** donde se produce la integración de la persona al trabajo. Esta integración puede ser:

**Normal, corriente:** sin adecuación o selección alguna de puestos de trabajo.  
**Selectiva:** cuando se selecciona el o los puestos de trabajo q más le convenga a la persona.

La Ubicación Laboral puede efectuarse en personas normales o discapacitadas. Comprende las siguientes acciones:

- Conocer las características, condiciones y formación del trabajador.
- Conocer las características y los requerimientos del puesto de trabajo.
- Adecuar y/ o adaptar las condiciones de la persona a los requerimientos del trabajo.
- La Ubicación laboral se concreta cuando la persona se integra al trabajo y permanece en el.

Se pueden mencionar diferentes tipos de trabajo:

**Trabajo Competitivo**: Corresponde al desempeño de un puesto de trabajo que tiene requerimientos y calificaciones establecidas, en situaciones normales y jornada normal de trabajo, con exigencias, competencias y rendimiento. Otros trabajos competitivos:

Cooperativas de discapacitados: siguiendo los principios del sistema cooperativo, pueden establecerse cooperativas de trabajadores discapacitados que estén preparados para realizar los distintos trabajos bajo este sistema.

Trabajo Independiente por cuenta propia: establecimiento y administración de un comercio propio; establecimiento de un taller artesanal. Esta actividad se caracteriza por la acción independiente por parte de la persona discapacitada.

**Trabajo Protegido**: empleo remunerado, bajo condiciones especiales y preparadas para satisfacer las necesidades de empleo temporario o permanente de personas discapacitadas que poseen una formación profesional y no están en condiciones de desempeñar un empleo competitivo. El trabajo protegido se realiza en talleres protegidos. Otras formas de trabajos protegidos son:

Trabajo protegido en domicilio.

Trabajo domiciliario en relación de dependencia con un taller protegido.

Trabajo protegido en cooperativa.

Trabajo protegido en unidades cerradas para discapacitados dentro de empresas comunes, estatales o privadas.

Realizada la Ubicación Laboral se realiza el **seguimiento** que comprueba el grado de adaptación de la persona al trabajo en el que ha sido integrado; el nivel de eficiencia en el desempeño del puesto de trabajo; el rendimiento productivo; las dificultades que pudiese presentar. Así se podrá efectuar ajustes para el buen desempeño de la actividad que realiza en el puesto de trabajo.

### **Centro de Rehabilitación para Personas con Baja Visión**

En el año 2010 la Junta de Discapacidad entregó 1486 certificados por discapacidad visual, de los cuales el 34% corresponde a ciegos y el 66% a baja visión.

Por esta gran necesidad de una atención adecuada y accesible para una población tan grande con Baja Visión es que se llevó adelante la tarea de crear el **Centro de Rehabilitación para personas con Baja Visión (CRPBV)**.

A partir del mes de Agosto de 2011 se dio inicio al Programa de Baja Visión, desarrollado por la Dirección General del Ministerio de Salud de la Provincia de Tucumán, funcionando en la actualidad en el horario vespertino en las instalaciones de la Junta de Discapacidad de manera provisoria con la clara misión de estimular el uso del resto visual disponible de todas las personas que la padecen, ayudándolos a mejorar su calidad de vida y recobrar su autoestima.

Es importante tener en cuenta que a nivel nacional en el ámbito público existen Centros de Rehabilitación de Baja Visión para Niños, no así para adultos, por lo que este Centro de Rehabilitación Visual para Adultos es pionero en nuestra provincia.

### **Plan Médico Funcional 2015**

#### **Objetivos:**

- Ayudar a los pacientes a mejorar su calidad de vida, recobrar su autoestima y reintegrarse familiar, social y laboralmente.
- Estimular adecuada y gradualmente la capacidad visual para contribuir en el desarrollo de la eficiencia visual.
- Promover el aprendizaje de habilidades multisensoriales y el uso de ayudas ópticas y no ópticas que permitan percibir e interactuar con el mundo que lo rodea.

- Generar un ámbito de contención para el paciente.
- Capacitar continuamente a profesionales a fin de incorporar el tratamiento de los pacientes con baja visión en la práctica diaria.
- Informar a la comunidad sobre el trabajo que realiza en el Centro de Rehabilitación de Baja Visión a través de charlas informativas y difusión en los diferentes medios de comunicación.

### Equipo de trabajo

Se desarrolló un modelo interdisciplinario de rehabilitación para abordar las distintas necesidades del paciente, no sólo la oftalmológica. Esto se debe principalmente a que la baja visión es una discapacidad que impone una gran dependencia. La rehabilitación les permite, por un lado, lograr una autonomía funcional en su vida diaria, reconociendo sus capacidades y limitaciones; y por el otro, acceder o retomar actividades laborales, educativas y recreativas.

El éxito en el proceso de rehabilitación de cada paciente está determinado en gran medida por el trabajo conjunto, simultáneo y coordinado de las distintas áreas de esta Institución:

- **Médico Oftalmólogo:** Toma conocimiento de la historia clínica, solicita estudios complementarios, orienta al paciente sobre su diagnóstico y pronóstico, y prescribe ayudas ópticas en caso de ser necesarias.
- **Licenciado en Rehabilitación Visual:** Trata de proporcionar al paciente una mejor calidad de vida mediante el uso óptimo de su baja visión y ayuda en el desarrollo de otras habilidades y en el manejo de ayudas ópticas y no ópticas.
- **Profesor de Orientación y Movilidad:** Procura que el paciente adquiera técnicas que le posibiliten autonomía, seguridad y confianza en sí mismo, a fin de brindarle la mayor independencia posible al momento de trasladarse de un lugar a otro.

- **Profesor de Educación Física A daptada:** Estimula al paciente para la realización de actividades físicas acorde a sus necesidades e intereses, previa evaluación de las capacidades físicas y funcionales y de su reconocimiento del esquema corporal.
- **Licenciado en Psicología:** Genera un ámbito de contención para el paciente con baja visión y su familia, y ayuda al paciente a obtener una mejor calidad de vida contribuyendo a recuperar su autoestima y su reinserción en la sociedad.
- **Trabajador Social:** desarrolla distintas estrategias para la reintegración de la persona con baja visión a su medio familiar y social. Asesora en la obtención del certificado de discapacidad y las ayudas ópticas indicadas.
- **Terapia Ocupacional:**

La función principal del Terapeuta Ocupacional consiste en diseñar y aplicar programas de rehabilitación que potencien las capacidades de la persona con discapacidad visual, proporcionando estrategias que le sirvan para adaptarse a su nueva situación, con la finalidad de que pueda realizar de forma autónoma las Actividades de la Vida Diaria (AVD).

La intervención suele ser individual, aunque las sesiones con otros pacientes o familiares resultan en muchos casos de gran utilidad. El Terapeuta Ocupacional debe evaluar el potencial personal para proporcionar recursos y estrategias que conduzcan al progreso.

El paciente es el principal responsable de dirigir sus progresos y sus propias decisiones, ya que no se pueden tomar decisiones en su nombre, aunque parezca la más conveniente para él. A su vez deben mantenerse los niveles de motivación para que el individuo perciba la rehabilitación como una herramienta eficaz para mejorar a través de su propio esfuerzo diario.

### **Objetivos generales**

- Mejorar calidad de vida
- Promover independencia
- Inclusión social y laboral

### **Objetivos Específicos**

- Incrementar desempeño en AVD Básicas e Instrumentales
- Promover autonomía en AVD Básicas e Instrumentales
- Reforzar hábitos
- Favorecer componentes cognitivos: Aprendizaje, Atención, Memoria
- Incentivar exploración de intereses
- Incentivar ejecución de actividades motivacionales durante el tiempo libre
- Promover uso de las TIC
- Integrar a la persona con baja visión a una ocupación acorde con sus capacidades remanentes, habilidades, destrezas y aspiraciones

### **Plan de Acción**

- Valorar la ejecución ocupacional de la persona y medir cualquier progreso futuro.
- Entrenar AVDB y AVDI
- Organizar las rutinas de forma satisfactoria
- Mejorar áreas de déficit específicas.
- Mejorar el auto concepto del individuo facilitando el reconocimiento de sus capacidades y potencial, desarrollando la confianza como resultado del logro y desarrollo personal.
- Proporcionar una imagen social (adaptada) a través de la actividad.
- Ayudar al paciente a adquirir nuevas habilidades y recursos personales.
- Incorporar programas para el uso y disfrute del tiempo libre (vida comunitaria, deportes, arte y cultura)

## **Actividades**

Las actividades que se realizan pueden variar según el paciente, ya que son ellos los que deben manifestar sus propios objetivos que estarán ligados a sus intereses. Antes de cualquier actividad, se inicia con un reconocimiento del espacio y de los elementos de trabajo a través de la técnica de contraste de colores o del tacto.

Posterior a esto se organiza la actividad, que consiste en secuenciarla por pasos, cumpliendo con el orden pautado hasta haber concluido la tarea. Para esto será importante tener previamente organizados y al alcance, todos los elementos que serán utilizados. A partir de lo anteriormente descrito, el TO da comienzo al entrenamiento en AVD.

## **Abordaje interdisciplinario**

El aporte de otras áreas como la Rehabilitación Visual, Orientación y Movilidad y la Psicología son fundamentales para que el TO pueda lograr más fácilmente los objetivos que corresponden a su área.

Trabajar el entrenamiento en AVD Básicas e Instrumentales no es posible si el paciente no adquiere un buen desempeño en relación cuerpo espacio, así como la independencia que se logra a través del uso del bastón. Para enfrentar este proceso la persona debe estar dispuesta a recibir ayuda y a trabajar en la superación del duelo que implica perder visión, para lo cual se hace necesario un equilibrio de sus propias emociones y ansiedades.

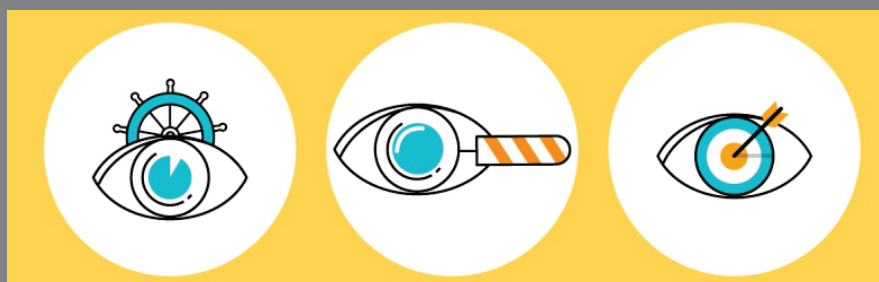
Desde la Terapia Ocupacional y el trabajo específico en AVD se requiere independencia en:

- Orientación y Movilidad para que la persona pueda realizar la actividad que desea sin depender de un tercero, ya sea para movilizarse hasta el baño del hogar o para salir a comprar pan para su desayuno.

- Desde el área de psicología el trabajo estabilizador de emociones, da mayor seguridad a la hora de tomar decisiones y refuerza autoestima, permitiendo que la persona pueda llegar a valerse por sí misma.
- La Rehabilitación Visual en conjunto con la disciplina de oftalmología serán los encargados de evaluar y valorar el tipo de ayudas ópticas que serán útiles para hacer tareas de manera más sencillas, o en su defecto determinaran si desde esa área no puede lograrse nada más, proponiendo objetivos más complejos desde el área de T.O.

La intervención se dirige también al ámbito familiar y al entorno más próximo para que colaboren en el fomento y la consolidación de los aprendizajes, apoyando la realización y manteniendo los niveles de motivación, siendo el trabajo en conjunto del equipo interdisciplinario, el paciente y la familia un punto clave para conseguir éxito en la rehabilitación.

## Capítulo 4: Metodología.



### **Tipo de estudio**

Cuantitativo

### **Alcance de la investigación**

Descriptiva.

### **Diseño de estudio**

- Según el propósito del investigador: Descriptivo; ya que buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis (Dankhe, 1986; citado por Hernández Sampieri, 1998).
- Según si se manipulan o no las variables: No experimental u observacional, Definido según Hernández Sampieri (1998) como aquellos que se realizan sin manipular variables. Se observan fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos.
- Según la dimensión temporal: Transversal, debido a que la recolección de datos se realizará en un solo corte de tiempo.

### **Formulación de hipótesis**

**Hipótesis 1:** Las personas con baja visión que asistieron al CRPBV no pudieron conservar su empleo

**Hipótesis 2:** Las personas con baja visión que asistieron al CRPBV intentaron acceder a un empleo

**Hipótesis 3:** Las personas con baja visión que asistieron al CRPBV lograron acceder a un empleo

**Hipótesis 4:** Las herramientas que se brindaron desde el área de Terapia Ocupacional del CRPBV fueron suficientes para acceder o conservar un puesto de trabajo.

### **Definición de variables**

#### **VARIABLE 1: Persona con Baja Visión**

**Definición Conceptual:** Persona que tiene una agudeza visual de 6/18 (0,3) hasta percepción de luz, o un campo visual de 10° desde el punto de fijación, aun con correcciones ópticas.

**Definición Operativa:** Para determinar la agudeza visual se utilizaron las pruebas realizadas con optotipos y el campo visual se determinó a través de un fondo de ojos.

#### **VARIABLE 2: *Conservar su empleo***

**Definición conceptual:** Hace referencia a mantener o preservar el empleo al que se dedica actualmente.

**Definición operativa:** para determinar si las personas con baja visión conservaron o no su empleo, se llevará a cabo la encuesta estructurada de Situación Laboral 1 por parte del investigador. La encuesta califica a las variables según la nomina *Logró conservar su empleo – No logró conservar su empleo.*

#### **VARIABLE 2: *Intención de acceso y acceso efectivo a un empleo***

**Definición conceptual:** Hace referencia a la obtención de una ocupación laboral.

**Definición operativa:** Para determinar si las personas con baja visión intentaron acceder o no a un empleo, se llevará a cabo la encuesta estructurada de Situación Laboral 2 en donde la pregunta nº2 “a” califica a las variables según la nomina *Intentó acceder a un nuevo empleo – No intentó acceder a un nuevo empleo* En la misma encuesta la pregunta nº 2 “b” calificará a las variables según la nomina *Accedió a un empleo – No accedió a un empleo.*

#### **VARIABLE 3: *Herramientas para el puesto de trabajo brindadas por el TO***

**Definición conceptual:** Capacidades necesarias para desempeñarse en un puesto de trabajo brindadas y/o entrenadas por el TO.

**Definición operativa:** Se aplicará la Evaluación de actitudes, habilidades y hábitos para el empleo a discapacitados visuales.

La evaluación consta de 3 puntos a valorar en el sujeto (Autonomía personal, Procesado de la información, Actitudes ante el trabajo). Está compuesta de diez ítems, los cuales deberán ser puntuados como:

1. Si
2. No

A través de la misma se recabaran los datos en donde dependiendo de la mayoría de los números recogidos en cada encuesta se podrá hacer una valoración de los resultados, entendiéndose que mientras haya 10 ítems completados con "Si" quiere decir que las herramientas fueron proporcionadas completamente, de 4 a 9 ítems con respuesta "SI", fueron proporcionadas parcialmente y menos de 4 respuestas "SI", quiere decir que las herramientas no fueron proporcionadas o se proporcionan pobremente.

### **Población**

- Todas las personas con baja visión que asistieron al CRPBV desde el inicio en 2012 hasta la actualidad (Diciembre 2016).

### Criterios de exclusión:

- Pacientes con baja visión que no hayan accedido a un empleo antes de la discapacidad.
- Pacientes que rechacen participar del estudio.
- Pacientes que no brinden el consentimiento informado.
- Personas menores de 18 años.
- Adultos mayores de 65 años.
- Pacientes con compromiso psiquiátricos mentales.

### **Consideraciones éticas**

Se solicitó autorización a la directora del Centro de Rehabilitación para Personas con Baja Visión. Una vez obtenida se solicitó por escrito el consentimiento informado a las personas con discapacidad visual que asisten a dicho centro luego de haber explicado los fines del estudio. Se garantiza completo anonimato y confidencialidad de los datos suministrados para llevar a cabo la investigación como así también el abandono de la participación del sujeto de estudio en cuanto así lo desee él o su responsable legal.

### **Justificación del instrumento**

Para éste requisito, se tomó como punto de referencia la Escala INICO-FEAPS de calidad de vida. Es un instrumento que permite a los profesionales que trabajan en la provisión de servicios a personas con discapacidad intelectual o del desarrollo llevar a cabo prácticas basadas en la evidencia mediante la evaluación de resultados personales relacionados con la calidad de vida.

El modelo propuesto por Schalock y Verdugo, sirve como base para el desarrollo del instrumento de evaluación que aquí presentamos, por ser éste uno de los modelos con mayores evidencias de validez y fiabilidad en el ámbito nacional e internacional, lo que le permitió extenderse a otros colectivos como el de las personas con discapacidad visual, personas con drogodependencias, personas con lesión medular, entre otras.

No obstante, sus aplicadores pusieron de manifiesto algunas limitaciones que era preciso superar, lo que llevo a plantear el desarrollo de la Escala INICO FEAPS.

En ese proceso se ha puesto énfasis en construir un instrumento que permita evaluar las ocho dimensiones del modelo por Schalock y Verdugo (2002/2003) con evidencias adecuadas de validez y fiabilidad. Para ello, seleccionaron y propusieron ítems e indicadores centrales de calidad de vida para evaluar cada una de las dimensiones contempladas en el modelo. A continuación, se desarrolló un riguroso estudio en el que participaron 12 expertos en el concepto de calidad de vida, así como

en la evaluación y aplicación del constructo en servicios dirigidos a personas con discapacidad intelectual o del desarrollo.

Una vez realizado el trabajo de campo, se llevó a cabo un primer análisis de la consistencia interna de los ítems. Los resultados de tales análisis dieron lugar a la eliminación de 16 ítems que presentaban valores bajos. Por tanto, la escala quedó configurada por 72 ítems, nueve en cada una de las ocho dimensiones.

Con el fin de determinar la fiabilidad inter-evaluadores de la versión "informe de otras personas", se solicitó a dos evaluadores externos que evaluaron a una misma persona. De este modo se evaluó a 87 personas donde se pudo concluir que existen evidencias de fiabilidad adecuadas.

Con objeto de proporcionar evidencias de validez basadas en la estructura interna de la escala, se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio (AFC). El modelo sometido a prueba fue el propuesto por Schalock y Verdugo (2003/2003), en el que la calidad de vida se entiende compuesta por ocho dimensiones correlacionadas entre sí. Los resultados del AFC muestran un buen ajuste del modelo de ocho dimensiones a los datos.

Tanto la subescala "Informe de otras personas" como el "Autoinforme" cuentan con ítems paralelos ( los ítems evalúan el mismo contenido en las dos versiones de la escala) cuyo contenido hace referencia a alguna de las ocho dimensiones centrales de calidad de vida, de tal modo que cada una de ellas proporciona puntuaciones cuantitativas diferenciadas cada una de dichas dimensiones. Asimismo, cada subescala proporciona un Índice general de Calidad de Vida. Todas las puntuaciones obtenidas pueden presentarse gráficamente en un Perfil de Calidad de Vida que facilita la interpretación de los resultados, así como el análisis de coincidencias y discrepancias obtenidas entre ambas subescalas.

Más concretamente, la versión "Informe de otras personas" consta de 72 ítems enunciados en tercera persona y con un formato de respuesta de cuatro puntos: nunca, algunas veces, frecuentemente, siempre. Es completada por un informador que conoce bien a la persona cuya calidad de vida se quiere evaluar; en el caso de desconocer

algún aspecto, puede consultar a los informadores para obtener una información precisa y completa, pero nunca a la propia persona con discapacidad que se está evaluando.

La versión "Autoinforme" consta de los mismos 72 ítems contenidos en la versión anterior pero esta vez enunciados en primera persona y con un lenguaje más simplificado. El formato respuesta también es de 4 puntos. Esta subescala debe ser cumplimentada por la persona con discapacidad intelectual, pero en el caso de que no cuente con las habilidades de comunicación y expresión necesarias, puede ser cumplimentada por dos personas que la conozcan bien (desde hace al menos seis meses)

#### Definición operativa de la Escala INICO-FEAPS

Dimensión	Indicadores
AUTODETERMINACIÓN	<b>Autonomía;</b> metas, opiniones y preferencias personales; decisiones y elecciones.
DERECHOS	<b>Ejercicio de derechos; conocimiento de derechos;</b> intimidad; privacidad; confidencialidad.
BIENESTAR EMOCIONAL	Satisfacción con la vida; <b>autoconcepto;</b> ausencia de estrés o sentimientos negativos.
INCLUSIÓN SOCIAL	<b>Integración; participación; apoyos.</b>
DESARROLLO PERSONAL	Formación y aprendizajes; competencia en el trabajo; resolución de problemas; <b>habilidades de la vida diaria ayudas técnicas.</b>
RELACIONES INTERPERSONALES	<b>Relaciones familiares; relaciones sociales;</b> relaciones sexuales-afectivas.
BIENESTAR MATERIAL	Ingresos; condiciones de la vivienda; condiciones del lugar de trabajo; acceso a la información; posesiones; servicios.

BIENESTAR FÍSICO	Descanso; higiene; actividades físicas; ocio; medicación, atención sanitaria.
------------------	---

Teniendo la posibilidad de asistir al CRPBV y compartir con los pacientes, se pudo resolver la elaboración de una encuesta que valore la calidad de vida planteando la relación que existe entre la persona con baja visión, las herramientas brindadas por el TO y su posibilidad de conservar o acceder a un puesto de trabajo.

Relación de las dimensiones de la escala INCO-FEAPS y el cuestionario realizado para el estudio situación laboral de las personas con discapacidad visual del centro de rehabilitación para personas con baja visión.

DIMENSIONES	PREGUNTA
Autodeterminación	¿Necesita asistencia para la resolución de actividades relacionadas a su autonomía personal? <b>¿Buscó empleo sin intermediación de terceros?</b>
Derechos	<b>¿Conoce los procedimientos para acceder a un puesto de trabajo? ¿Tiene acceso a los medios de comunicación?</b>
Bienestar Emocional	¿El entrenamiento recibido le permite sentirse más seguro ante situaciones adversas? <b>¿Conoce el tipo de empleo que quiere y le conviene buscar?</b>
Inclusión social	<b>¿Depende de terceros para resolver trámites, la utilización de los medios de transporte y/o comunicación?</b>
Desarrollo personal	¿Las herramientas brindadas le han abierto puertas en cuanto a formación, aprendizaje, resolución de problemas o el

	día a día? <b>¿Requiere asistencia en orientación y desplazamiento?</b> <b>¿Necesita entrenamiento en AVDI?</b>
Relaciones interpersonales	¿El entrenamiento recibido fomentó las relaciones personales con personas de su entorno? <b>¿Realiza encargos o tareas que se le encomiendan?</b>
Bienestar material	¿Éstas técnicas le proporcionan ambientes seguros?
Bienestar físico	Los recursos aprendidos ¿le facilitan acceder a la información, maximizar su movilidad, colaboran a su bienestar físico?

En base a las preguntas resaltadas en negrita se elaboró una encuesta (Ver Anexo 4) que permita medir los datos de forma precisa y de modo tal que la persona pudiera contestar sin dificultad.

Para poder clasificar los resultados por grupo, también se pidieron datos como situación laboral previa a su discapacidad visual y al momento del alta de CRPBV.

### **Técnicas de recolección de datos y presentación del instrumento**

Una vez seleccionada la institución con la que se trabajó se solicitó la autorización correspondiente a las autoridades del Centro de rehabilitación para personas con baja visión situada en Alberdi 416- San Miguel de Tucumán.

Posteriormente, se llevó a cabo la recolección de datos, luego de haber obtenido el Consentimiento Informado de la población.

Para conocer el número de pacientes que pudo conservar o acceder a un empleo se utilizó como instrumento la ficha de encuesta de Situación Laboral 1 y 2, de elaboración propia. La n°1 (conservar su empleo) consta de una pregunta con dos opciones de

respuesta a marcar. La n°2 (acceder a un empleo) consta de dos preguntas con dos opciones de respuesta a marcar.

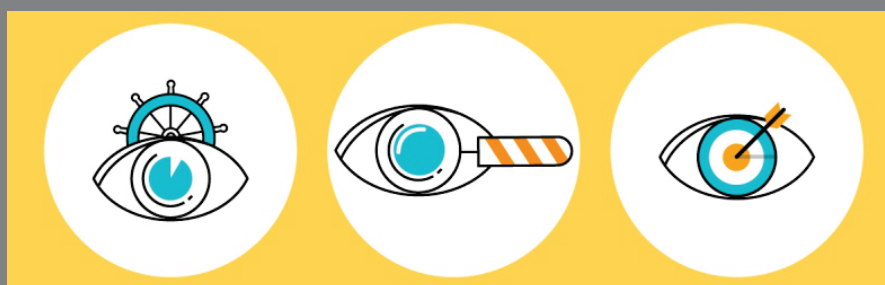
Para determinar si el CRPBV le brindo las herramientas para acceder/conservar el puesto de trabajo se aplicó la Evaluación de actitudes, habilidades y hábitos para el empleo a discapacitados visuales. El desarrollo de la misma nos permitió conocer el nivel de desarrollo de habilidades en dicha institución (Suficientes para acceder o conservar un puesto de trabajo - No fueron suficientes para acceder o conservar un puesto de trabajo)

El encuestador formuló las preguntas verbalmente. Al mismo tiempo procedió a marcar la opción elegida por cada persona.

### **Análisis de datos**

Se realizó un análisis descriptivo de los datos obtenidos y se elaboraron con tablas y gráficos para su presentación.

## Capítulo 5: Resultados.



## Resultados

Esta Investigación tuvo como propósito describir la situación laboral de personas adultas con edades comprendidas entre 34 y 60 años que presentan discapacidad visual y concurren al Centro de Rehabilitación para Personas con Baja Visión, al mismo tiempo se buscó determinar si en dicha institución se desarrollan habilidades que favorecen el acceso a un puesto de trabajo.

Se utilizó como instrumento de recolección de datos las fichas de Encuesta de Situación Laboral 1 y 2 y la Evaluación de actitudes, habilidades y hábitos para el empleo a discapacitados visuales, las cuales se aplicaron a 10 concurrentes de dicha institución.

A continuación se presentan los resultados encontrados.

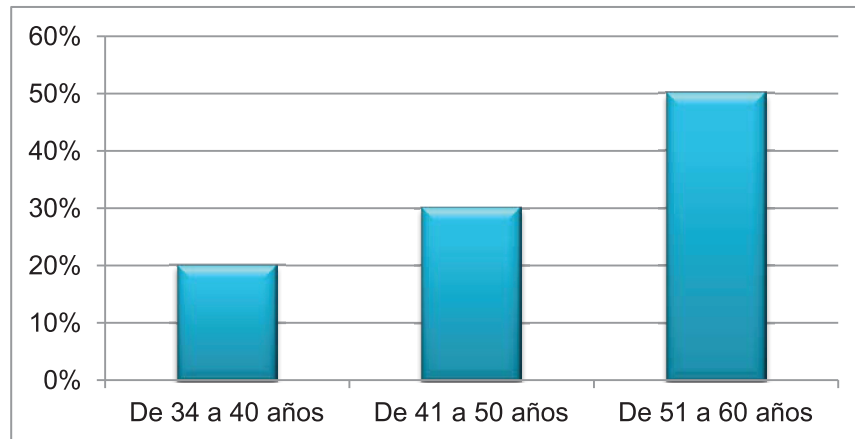
---

### **Características de la Muestra**

En relación a las **edades** se tomó una muestra de 10 personas entre 34 a 60 años. Cabe destacar que del total de la misma, el promedio de edades fue de 48,6 años.

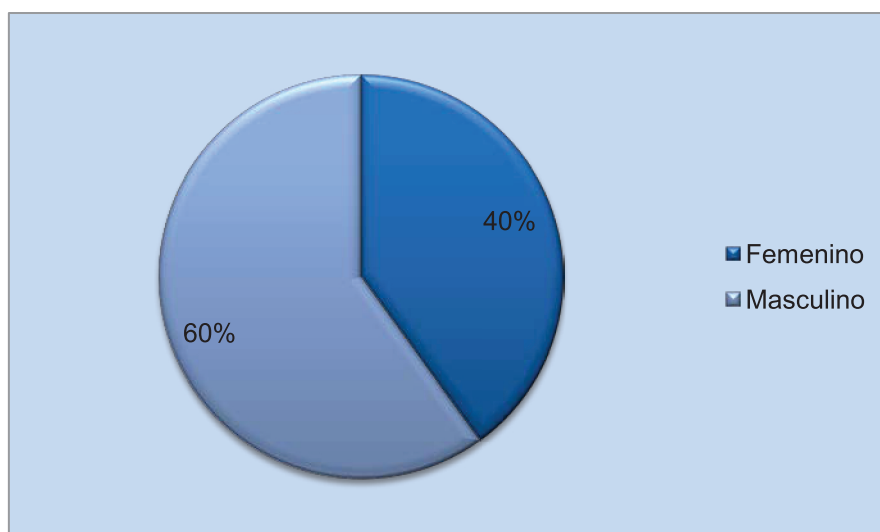
En el gráfico N°1 se observa que el grupo de pacientes con edades entre 34 a 40 años fue del 20% (n=2), el grupo de 41 a 50 años fue del 30% (n=3) y el de 51 a 60 años fue del 50% (n=5) representando éste último a la mitad de la muestra.

**Gráfico N°1: Distribución de la muestra según la edad (N= 10)**



En el gráfico N°2 , referido a la variable **sexo** , se encontró un predominio del sexo masculino con un 60% (n=6).

**Gráfico N°2: Distribución de la muestra según sexo (N=10)**

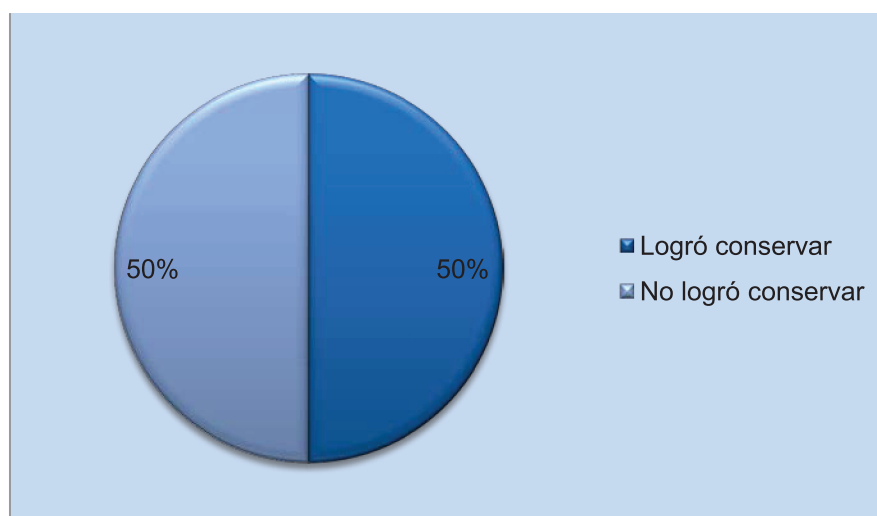


### Análisis Descriptivo

El instrumento que se utilizó para la recolección de datos fueron las fichas de Encuesta de Situación Laboral 1 y 2 y la Evaluación de actitudes, habilidades y hábitos para el empleo a discapacitados visuales.

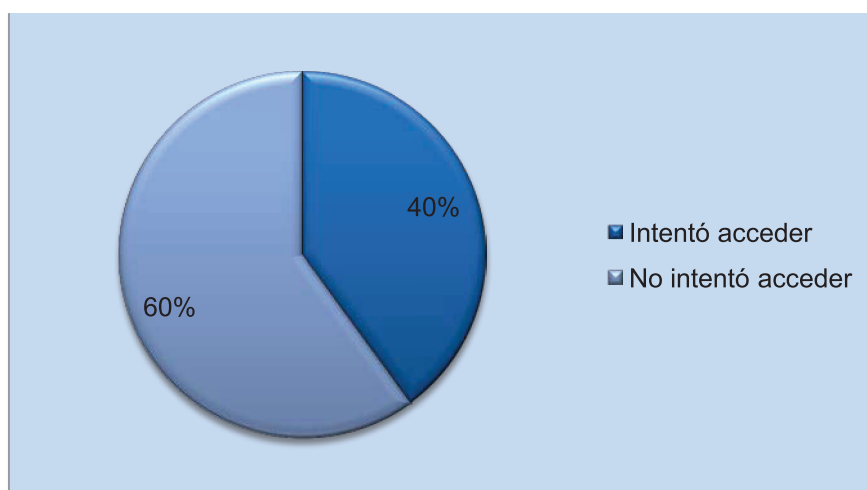
En el grafico **Nº3** se pudo observar que el 50% (n=5) de las personas con baja visión encuestadas logró conservar el empleo mientras que el 50% restante no lo logró.

**Gráfico Nº 3: Conservación de empleo (N=10)**



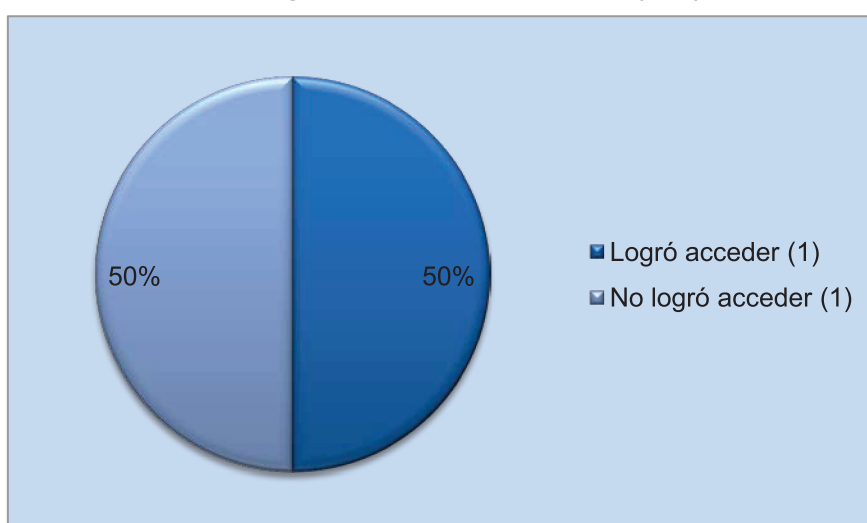
De las personas que NO LOGRARON conservar el empleo previo a la pérdida de la visión, el 60% (n=3) no intentó acceder a un empleo nuevo.

**Gráfico N° 4: Intento de acceso a un empleo. (N=5)**



En el siguiente gráfico se puede observar que, de las personas que SI INTENTARON acceder a un nuevo empleo (n=2) el 50% logró hacerlo, mientras que el 50% no lo logro.

**Gráfico N° 5: Logro de acceso a un empleo (N=2)**



Para determinar si en dicha institución se desarrollan habilidades que favorecen el acceso a un puesto de trabajo se aplicó la **Encuesta de actitudes, habilidades y hábitos para el empleo a discapacitados visuales** de elaboración personal.

En el siguiente gráfico se observa que el 70% (n=7) de las personas encuestadas requiere ayuda en la orientación y desplazamiento. Del mismo modo, el 70% de la población usa de forma independiente los medios de transporte y puede realizar encargos o tareas que se le encomiendan.

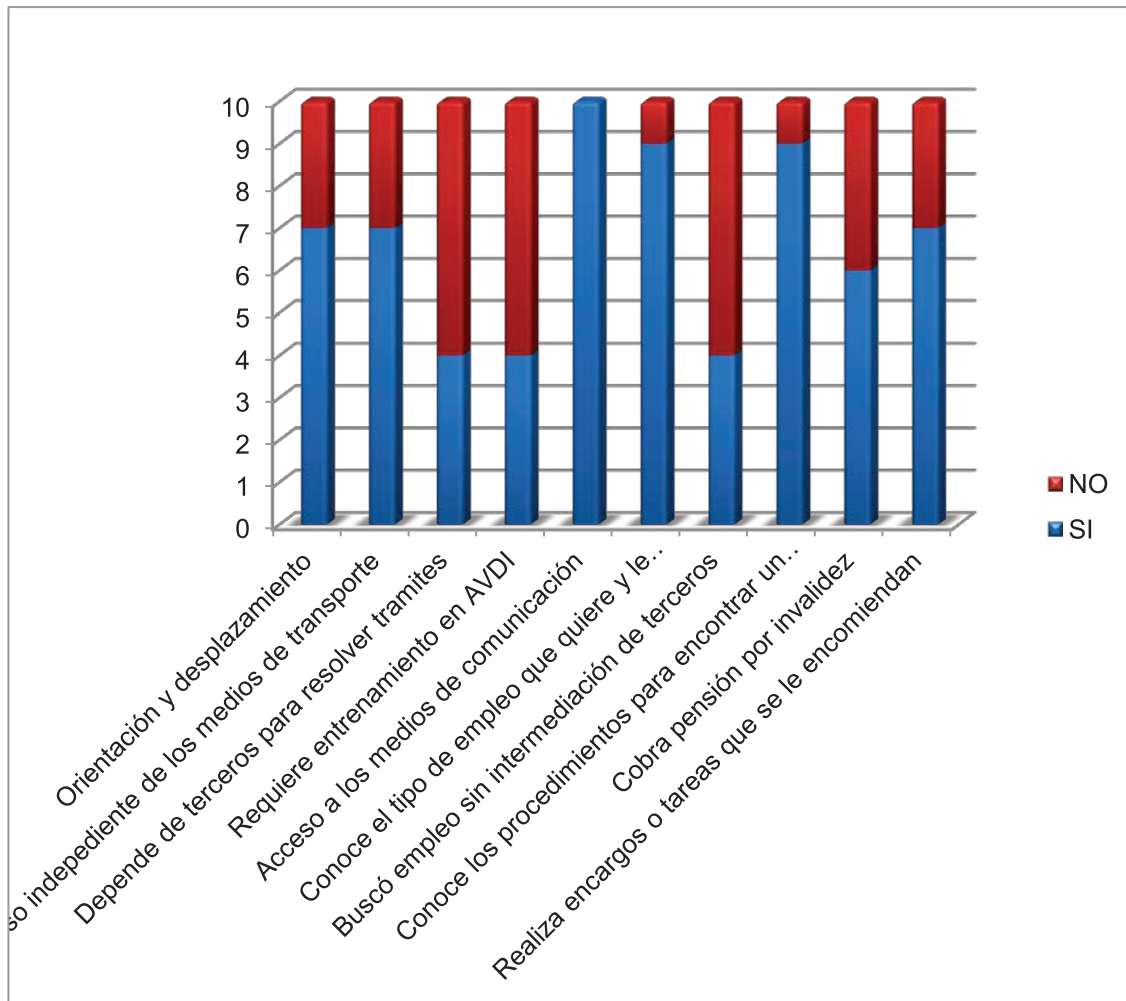
Se pudo apreciar también, que 4 de las 10 personas encuestadas depende de terceros para realizar trámites y requiere entrenamiento en las AVDI.

El total de las personas tiene acceso a los medios de comunicación.

El gráfico refleja una mayor proporción de las personas que tienen conocimiento del tipo de empleo que quieren y les conviene buscar y de los procedimientos para encontrar un puesto de trabajo (n=9). Al mismo tiempo, solo el 40% de la población (n=4) buscó empleo sin intermediación de terceros.

Por último, el 60% de la población (n=6) cobra pensión por invalidez.

**Grafico N° 6:** Distribución de la muestra según *Encuesta de actitudes, habilidades y hábitos para el empleo a discapacitados visuales (N=10)*



Las diez herramientas o habilidades presentadas en éste grafico fueron consideradas las más importantes a la hora de acceder o conservar un puesto de trabajo, por lo que se intentó determinar la forma en que las mismas fueron proporcionadas por el TO.

En el siguiente gráfico se observa que el 90% de las herramientas plasmadas en el gráfico de barras fueron proporcionadas parcialmente, ya que:

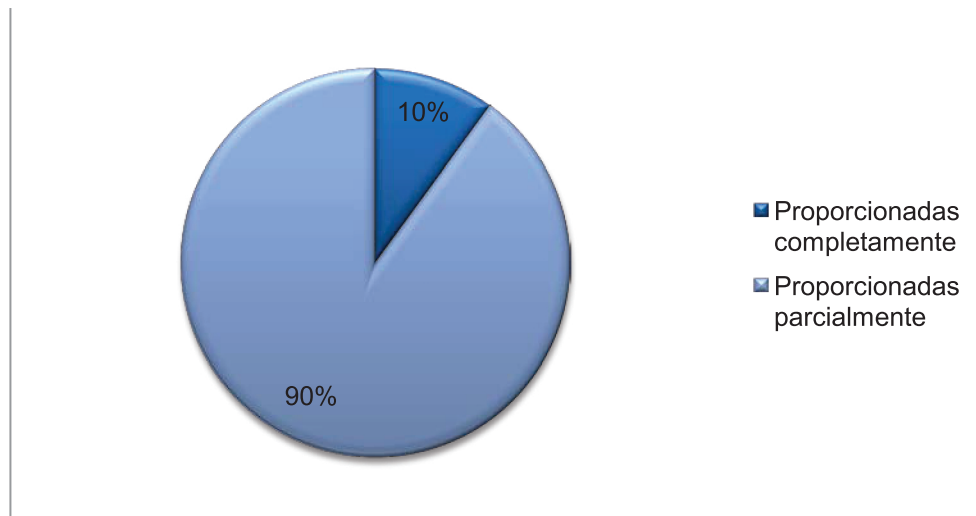
Mientras haya 10 ítems completados con "Si" quiere decir que las herramientas fueron **proporcionadas completamente**, de 4 a 9 ítems con respuesta "SI", fueron **proporcionadas parcialmente** y menos de 4 respuestas "SI", quiere decir que las herramientas **no fueron proporcionadas o se proporcionan pobremente**.

**En este caso se pudo determinar que:**

- Acceso a los medios de comunicación, 100% respuestas **SI**
- Conoce el tipo de empleo que quiere y le conviene buscar y conoce los procedimientos para encontrar un puesto de trabajo, 90% respuestas SI
- Requiere asistencia en Orientación y desplazamiento, uso independiente de los medios de transporte y realiza encargos o tareas que se le encomiendan, 70% respuestas SI
- Cobra pensión por invalidez, 60% respuestas SI
- Depende de terceros para realizar trámites, requiere entrenamiento en AVDI y buscó empleo sin intermediación de terceros, 40% respuestas SI

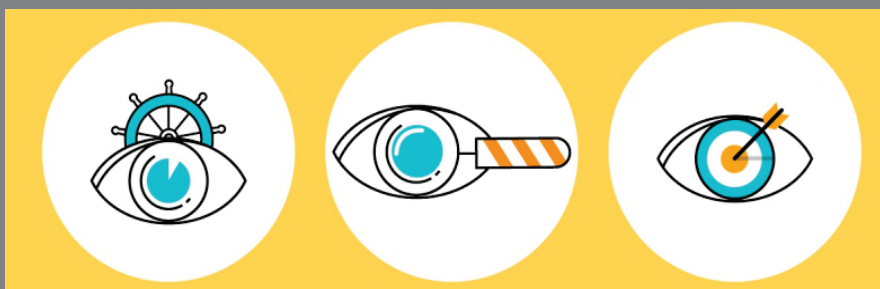
Por lo tanto, al haber 9 ítems que tienen entre 4 a 9 respuesta "SI", podemos decir que el 90% de las herramientas brindadas por el TO. fueron proporcionadas parcialmente y el 10% completamente.

Grafico N°7: Herramientas para el puesto de trabajo brindadas por el TO (N=10)



Por último, la mayoría de respuestas positivas nos lleva a determinar que las herramientas o habilidades brindadas por el TO, Si fueron suficientes para acceder o conservar un puesto de trabajo

## Capítulo 6: Conclusión, discusión y propuestas.



## **Conclusión y Discusión**

Ésta investigación tuvo por objetivo determinar la situación laboral de los pacientes que asisten al Centro de Rehabilitación para personas con baja visión y analizar si las actividades que se realizan desde Terapia Ocupacional pueden mejorar su inclusión laboral.

Con respecto a la primera hipótesis: "Las personas con baja visión que asistieron al CRPBV no pudieron conservar su empleo".

Se pudo determinar que el 50% de las personas encuestadas logró conservar su empleo previo a la discapacidad visual, mientras que el 50% restante no lo logró. Cabe recalcar que el porcentaje de pacientes que consiguió conservar su empleo trabajaban de forma independiente, eran profesionales o tenían un oficio, mientras que los que no pudieron mantener su empleo eran contratados.

En sus estudios de investigación Morales A.(2002) destaca la importancia de conocer y aplicar varias destrezas y habilidades manuales que le permitirán la inserción laboral, por lo que propone un programa de capacitación en actividades manuales que pueden ser remuneradas como costura, trabajos en madera, tejido en lana y bisutería. El aprendizaje de un oficio le da la oportunidad de generar sus propios ingresos y se convierte en un inicio ideal para aquellas personas que requieren comenzar a trabajar lo antes posible, pero que no cuentan con recursos o el tiempo para iniciar estudios profesionales.

Muchos factores podrían afectar la continuidad laboral de éstas personas, una de los más relevantes puede ser el desconocimiento por parte de su empleador de diferentes alternativas como la formación o reconversión profesional que permita una adaptación segura de la persona a su entorno y a su nueva condición. Otro factor importante a tener en cuenta es la presencia de miedo o tabú ante ésta nueva situación por parte de supervisores y compañeros de trabajo, ésta sensación, proveniente de lo desconocido, fácilmente podría resolverse brindando información adecuada a los mismos. El rol del Terapeuta Ocupacional queda evidenciado siendo el nexo entre la persona con baja visión y su antiguo empleo, se vuelve clave a la hora de presentar no solo una extensa variedad de dispositivos y aparatos, sino también en la modificación

de los procedimientos necesarios para realizar las tareas y en una adecuación de su espacio de trabajo.

Referido a la segunda hipótesis: "Las personas con baja visión que asistieron al CRPBV intentaron acceder a un empleo"

Sólo el 40% de las personas que no lograron conservar su empleo intentó acceder a uno nuevo

Además de los factores anteriormente mencionados, las personas con baja visión se encuentran ante una nueva realidad que en ocasiones les genera miedo, ansiedad e inseguridad. El tener que enfrentarse nuevamente al mundo laboral no es considerado una opción ahora que son "diferentes", la mirada del otro, el tratar de que no se den cuenta, la sobreprotección familiar y el hecho de creer que no son capaces juegan un papel fundamental a la hora de posicionarse como un ser ocupacional y en la definición de sus roles. Nuevamente aparece la importancia de la Terapia Ocupacional para darle sentido a su vida, buscando que la persona sienta que aún tiene control sobre ella, que le brinde estrategias que le permitan recuperar su autonomía y que refuerce la idea de que es posible hacer las cosas de una forma distinta.

En relación a la tercera hipótesis: "Las personas con baja visión que asistieron al CRPBV lograron acceder a un empleo"

Se pudo determinar que la mitad de las personas que intentaron acceder a un nuevo empleo consiguieron el acceso.

El hecho de que una parte de la población no logró acceder a un empleo coinciden con la investigación de Galván M. (2013) de la Universidad de Loja, que reveló las dificultades para coordinar acciones de inclusión laboral y detectó que la sociedad mantiene prejuicios contra estas personas aislándolas y vulnerando sus derechos, destacando en la misma que la importancia del trabajo en la vida de las personas con discapacidad es trascendental, ya que al igual que todos los seres humanos, tienen metas y deseos de superación.

El trabajo para las personas con discapacidad, es un apoyo a su autorrealización, al sentirse útiles personal y socialmente; y no dependientes, como una

"carga" familiar y sin otro propósito que el de la existencia. Asimismo genera lazos interpersonales llevando a una integración en dos sentidos: de las personas con discapacidad hacia los otros y de los otros hacia ellas.

Por último, haciendo referencia a la cuarta hipótesis: "Las herramientas que se brindaron desde el área de Terapia Ocupacional del CRPBV fueron suficientes para acceder o conservar un puesto de trabajo".

El 90% de las herramientas fueron proporcionadas parcialmente.

La mayor parte de los encuestados (90%) tiene **conocimiento del tipo de empleo que quiere y le conviene buscar y de los procedimientos para encontrar un puesto de trabajo** pero solo el 40% de la población **buscó empleo sin intermediación de terceros**, además el 60% de los pacientes **percibe pensión por invalidez**, lo que puede ser un factor determinante a la hora de buscar un trabajo de forma activa.

El 90% **logra acceder a los medios de comunicación** (Internet, TV, Diarios, Revistas, Teléfono Celular) de forma independiente a través de las TIC o las Tecnologías Adaptativas permitiéndoles realizar tareas de lectura y escritura en forma autónoma.

Al hablar de AVD, cabe mencionar que el grado de autonomía que alcance dependerá en gran medida de su actitud ante las diferentes situaciones cotidianas, su capacidad para resolver problemas y el ajuste personal a la pérdida visual. La carga emocional de la persona, al igual que su actitud son las que determinan la necesidad de ser o no autónomo.

El rol del Terapeuta Ocupacional se presenta desde éste aspecto como un motivador, alguien que fomente la voluntad para hacer algo conjugando no sólo un marco de trabajo rehabilitador, sino también un modelo de la ocupación humana.

Desde el CRPBV se buscó influir positivamente en éstos aspectos, facilitando las herramientas necesarias para alcanzar su independencia en las AVD tanto básicas como instrumentales. El trabajo que se realiza en el mismo es más amplio que el

demostrado en una encuesta, sin embargo se logró delimitar aquellas habilidades, que considero, resultan fundamentales a la hora de acceder o conservar un puesto de trabajo. De esto se pudo determinar que existe una **dependencia a la hora de realizar trámites** de tipo bancarios, obra social, entre otros, y que los pacientes **requieren de entrenamiento en las AVDI**, como el manejo de dinero, preparación de alimentos, administración de su medicación y cuidado del hogar.

El 70% **puede realizar encargos que se le encomiendan** (de tipo hogareño como ir al almacén) **y usan de forma independiente los medios de transporte**, es decir que pueden movilizarse en taxi o colectivo y conocen sus respectivas paradas y recorridos, pero al mismo tiempo **requiere ayuda en orientación y desplazamiento**, para poder trasladarse por la calle y usar el bastón cuando las condiciones de luminosidad no son las adecuadas.

En base a lo expuesto, considero que desde el área de Terapia Ocupacional se brindaron y/o entrenaron las herramientas necesarias para acceder o conservar un trabajo, sin embargo a la hora de aplicar para un puesto aún se observa la falta de un nexo entre el CRPBV y las empresas en las que aspiren. De aquí surge la necesidad de un Terapeuta Ocupacional que cumpla el rol de recalificador laboral, para determinar si el trabajador puede continuar en su puesto o debe ser reubicado evaluando las capacidades del trabajador y los requerimientos del puesto laboral, como así también las barreras arquitectónicas para poder incorporar adaptaciones si es necesario.

El hecho de incorporar la figura de un TO es beneficioso para ambas partes ya que se encarga de proteger el bienestar del trabajador y la productividad de la empresa, identificando y controlando riesgos que alteren el desempeño, y seleccionando el personal de acuerdo a las capacidades requeridas para el puesto. Por último tiene la función de orientar, formar y colocar a la persona para permitir que obtenga y conserve un empleo adecuado y progrese en el mismo promoviendo así la integración o reintegración a la sociedad.

## Propuestas

Los resultados de este estudio permiten generar información acerca de la situación laboral de las personas con baja visión que asisten al CRPBV y de la importancia de la intervención de la TO para posibilitar la inclusión.

El énfasis planteado sobre las personas con discapacidad visual no significa un marco de exclusividad, sino que muestra un camino actual y futuro, el cual nos puede ser de utilidad a la hora de priorizar acciones tendientes a fomentar la equidad, sobre todo en un mundo social y laboral, que está en continuo cambio.

Si bien se ha dado un avance en materia de contratación de personal con discapacidad por parte de las empresas, organismos públicos y organizaciones, todavía persisten ciertos mitos y prejuicios por parte de los empleadores al momento de tomar la decisión de contratar.

A partir del presente trabajo se propone:

Generar una mayor concientización de las leyes que acompañan el trabajo de personas con discapacidad. Podemos citar como ejemplo la Ley N° 22.431 (Sistema de protección a la persona con discapacidad modificada por ley N° 23.021, artículo 23): Los empleadores que contraten trabajadores con discapacidad por tiempo indeterminado gozarán de la exención del 50% de las contribuciones patronales por el período de un año. Deducción del 70% del impuesto a las ganancias o sobre los capitales.

Lograr un mayor reconocimiento de la figura del Terapeuta ocupacional en la adaptación de puestos de trabajo y en recalificación laboral, buscando abrirles las puertas a las empresas como parte integrante del equipo, lo que mejoraría no sólo la inclusión de mayor número de personas discapacitadas si no también su desempeño en el mismo. Pudiendo participar también en la eliminación de barreras arquitectónicas o su identificación.

## Bibliografía

- Battaini, E. A. (2005). *Rehabilitación Profesional: Concepto, Objetivos y Aplicación*. Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina: Universidad Nacional de Mar del Plata. Escuela de Ciencias de la Salud y del Comportamiento.
- Centro de rehabilitación para personas con baja visión (2015). *Plan médico funcional*.
- *El blog de un estudiante de terapia ocupacional*. (2009). Recuperado en Junio de 2016, de [www.Terapeutas.blogspot.com.es](http://www.Terapeutas.blogspot.com.es)
- Grieve, June; Gnanasakaran, Lina (2009): **Neuropsicología para Terapeutas Ocupacionales: Cognición en el desempeño ocupacional**. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires.
- Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C.; Baptista Lucio, P. (2006): **Metodología de la Investigación** Editorial McGraw-Hill Companies. 4º edición. México.
- Hernández Torres, M. A. (2000): *La Terapia Ocupacional en la Rehabilitación Funcional del Discapacitado Visual*. Editorial MON, F. España.
- Jiménez Lara, A; (2001). *La gestión de las discapacidades en el lugar de trabajo*. Discapnet. Ginebra. Recuperado de: <http://usuarios.discapnet.es/ajimenez/empleo/oit-draftcode.htm>
- Lalvay G; Estefanía M.(2016): *Trabajo social en la inclusión laboral de las personas con discapacidad*. Universidad de Cuenca. Ecuador.
- Ley 22.431. (16 de Marzo de 1981). *Sistema de Protección Integral de los Discapacitados*. Buenos Aires, Argentina.
- Ley 24.901. (5 de Noviembre de 1997). *Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a Favor de las Personas Discapacitadas*. Buenos Aires, Argentina.
- Martínez Abellán, R.(2010) *Orientación sociolaboral para personas con discapacidad visual*. España.

- Moreno, S; Sarmiento, Z; Serna, C.(2000): Terapia ocupacional y tecnología asistida en personas con baja visión. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá
- ONCE. (2011) Discapacidad visual y autonomía personal. Enfoque práctico de la rehabilitación. España.
- Perdomo, C; Sanabria Guerrero, M; Tapias Peñaloza, J.(2012): Inclusión Social: Experiencias de Vida de Tres Personas con Baja Visión. Aletheia. Colombia
- Pilla, M. (1998): Baja visión: Rehabilitación Visual: "Un trabajo en Conjunto". Editorial MON, F. España.
- Pilla, M; Pereira, S.(2001): Baja Visión: Una problemática a reconsiderar: Introducción a la problemática. Editorial MON, F. España.
- Polonio López, Begoña (2001):**Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional**. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires.
- Sánchez Rodríguez, Oscar; Polonio López, Begoña; Spangenberg Pellegrini, Mariel (2013):**Terapia Ocupacional en Salud Mental** . Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires.
- Universidad Virtual de Quilmes. (s.f.). Teoría de Terapia Ocupacional. Buenos Aires.
- Varela Penas, C. (2012). Terapia ocupacional en baja visión: aplicación de Nokia Magnifier como producto de apoyo en actividades de la vida diaria. Universidad de la Coruña. España
- Verdugo, M. A., Gómez, L.E., Arias, B., Santamaría, M., Clavero, D., y Tamarit, J. (2013). Escala INICO-FEAPS. Evaluación integral de la calidad de vida de personas con discapacidad intelectual o del desarrollo. Salamanca: INICO. Universidad de Salamanca.
- Vila López, J.M.(1994): Apuntes Sobre Rehabilitación Visual", ONCE.
- Willard & Spackman (2005): **Terapia Ocupacional**. Editorial Médica Panamericana. Madrid.
- Willard & Spackman (2011). Terapia Ocupacional (11ª Edición), China. Editorial Medica Panamericana

● Sitios web consultados

[www.incluyeme.com](http://www.incluyeme.com)

[www.sgp.gov.ar](http://www.sgp.gov.ar)

[www.who.int](http://www.who.int)

[www.aota.org](http://www.aota.org)

[www.afb.org](http://www.afb.org)

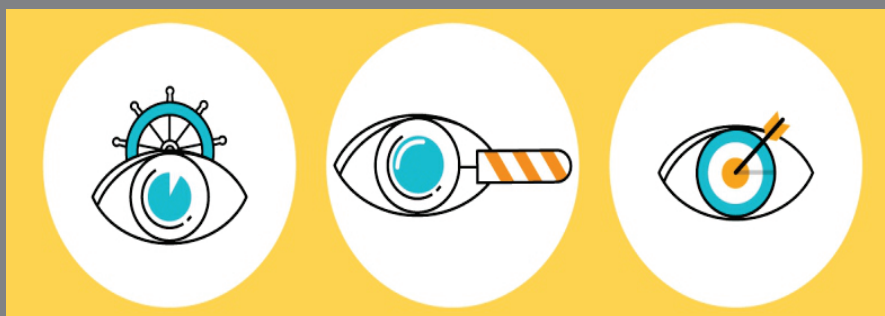
[www.once.es](http://www.once.es)

[www.revistaterapiaocupacional.uchile.cl](http://www.revistaterapiaocupacional.uchile.cl)

[www.terapiaocupacional.org](http://www.terapiaocupacional.org)

[www.alphaocupacional-plus.com](http://www.alphaocupacional-plus.com)

## Anexos.



ANEXO 1



**UNIVERSIDAD DEL NORTE SANTO TOMÁS DE  
AQUINO.  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
LICENCIATURA EN TERAPIA OCUPACIONAL**

San Miguel de Tucumán, 27 de Junio de 2016.-

Directora del Centro de Rehabilitación para Personas con Baja Visión

Dra. Diana Waisman

Presente

La Srta. Andrea Inés La Pena, DNI N°: 34067360, alumna de la Carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional, código de alumno UP 350097, de la Universidad del Norte Santo Tomás de Aquino, de la provincia de Tucumán, está desarrollando su trabajo de tesis final de grado en relación a la "*Situación laboral de las personas con discapacidad visual*". Por tal motivo, solicito autorización, en mi función de Directora de Carrera, para que la alumna pueda desarrollar observaciones, recolección de datos, encuestas a los internos, y otras dinámicas con el compromiso pleno de mantener las reservas y las confidencialidades correspondientes.

Una vez finalizado y aprobado el trabajo de investigación, la alumna cuenta con la posibilidad y libertad de socializar los resultados con Uds.

Si fuera necesario cubrir con otro requisito para dar curso a esta solicitud, les ruego remitirlo a la brevedad a mi casilla de correo [adapucheta@hotmail.com](mailto:adapucheta@hotmail.com)

A la espera de favorable y pronta respuesta, la saludo cordialmente.

## ANEXO 2

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente trabajo de Tesis de Licenciatura titulado ***Situación laboral de las personas con discapacidad visual que asisten al Centro de rehabilitación para personas con baja visión***, elaborado por la Srta. *Andrea Inés La Peña* estudiante de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Facultad de Ciencias De La Salud de la UNSTA.

El objetivo de este trabajo es:

- Determinar la situación laboral de los pacientes que asisten al CRPBV
- Analizar si las actividades que se realizan desde Terapia Ocupacional pueden mejorar la inclusión laboral de pacientes que asisten al CRPBV

La participación en este trabajo de investigación es estrictamente voluntaria. La información proporcionada será confidencial y no se usará para ningún propósito fuera de este trabajo.

En caso de tener duda al respecto, puede hacer la consulta que sea necesaria para completar su información. En caso de que algunas de las preguntas del cuestionario le resultaran incómodas o inconvenientes tiene el derecho de hacérselo saber al /la Sr/Srta, ó directamente negarse a responder.

Desde ya se agradece su participación.

Firma:

.....  
Apellido y Nombre del responsable del trabajo de Tesis

ANEXO 3

ACEPTACION

ACEPTO PARTICIPAR VOLUNTARIAMENTE en este Trabajo de Investigación, conducido por: *Andrea Inés La Pena*.

He sido informada/o que los fines de este trabajo son :

- Determinar la situación laboral de los pacientes que asisten al CRPBV
- Analizar si las actividades que se realizan desde Terapia Ocupacional pueden mejorar la inclusión laboral de pacientes que asisten al CRPBV

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y exclusiva para este trabajo. Se prohíbe utilizarla para cualquier otro propósito. He sido informada/o que puedo hacer preguntas sobre el trabajo en cualquier momento y que puedo no responder a las preguntas que me incomoden.

De tener preguntas sobre mi participación en este trabajo, puedo contactar a la Srta. Andrea Inés La Pena en los siguientes Nros. Telefónicos: 3814887142 - 4617011

Apellido y Nombre del Participante: -----

Firma: -----

Fecha: -----

ANEXO 4

ENCUESTA DE SITUACION LABORAL 1 - Conservar el empleo.

**1) Datos personales**

Nombre y apellido:

Fecha de nacimiento:

Diagnostico:

Fecha de evaluación:

**2)**

Logró conservar su empleo	
No logró conservar su empleo	

ANEXO 5

ENCUESTA DE SITUACION LABORAL 2 - Acceso al empleo

**1) Datos personales**

Nombre y apellido:

Fecha de nacimiento:

Diagnostico:

Fecha de evaluación:

**2- Posterior a la afección visual, usted:**

**a)**

Intentó acceder a un nuevo empleo	
No intentó acceder a un nuevo empleo	

Si su respuesta fue afirmativa

**b)**

Accedió a un empleo	
No accedió a un empleo	

EVALUACIÓN DE ACTITUDES, HABILIDADES Y HÁBITOS PARA EL EMPLEO A DISCAPACITADOS VISUALES

**1) Datos personales**

Nombre y apellido:

Fecha de nacimiento:

Diagnostico:

**2- Marque con una X según corresponda**

<b>Autonomía Personal</b>	SI	NO
¿Necesita ayuda en su orientación y desplazamiento?		
¿Utiliza de forma independiente los medios de transporte?		
¿Depende de terceros para resolver tramites?		
¿Necesita entrenamiento en AVDI? (Ej.: usar el teléfono, hacer compras)		
<b>Procesado de la Información</b>		
¿Tiene acceso a los medios de comunicación?		
<b>Actitudes ante el trabajo</b>		
¿Conoce el tipo de empleo que quiere y le conviene buscar?		
¿Buscó de forma activa un empleo sin intermediación de terceros?		
¿Conoce los procedimientos para encontrar un puesto de trabajo?		
¿Cobra pensión por invalidez?		
¿Realiza encargos o tareas que se le encomiendan?		

**Mayoría de respuestas positivas:** Si fueron suficientes para acceder o conservar un puesto de trabajo

**Mayoría de respuestas negativas:** No fueron suficientes para acceder o conservar un puesto de trabajo