



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo Fin de Grado

REVISIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DEL AJUSTE EMOCIONAL A LA DISCAPACIDAD VISUAL.

Alumna: Irene Hervás Jiménez

Tutor: Manuel Miguel Ramos Álvarez
Dpto: Metodología de las ciencias del
comportamiento

Octubre, 2015

Índice

Resumen	4
Abstract	4
1. Introducción	5
2. Objetivos	10
3. Metodología	11
4. Procesos de ajuste emocional a la deficiencia visual	13
4.1 Teóricos de las fases	13
4.2 Descriptores de la adaptación	13
4.3 Modelos estructurales	14
5. Revisión de los instrumentos de evaluación	15
5.1 Instrumentos específicos para la evaluación del ajuste	15
5.2 Instrumentos generales para la evaluación del ajuste	17
5.2.1 Escala de ajuste de Nottingham (NAS)	18
5.2.2 Escala de ajuste a la pérdida visual relacionada con la edad (AVL)	22
5.2.3 Cuestionario Tarragona de ansiedad para ciegos (CTAC)	25
6. Conclusión	27
Referencias bibliográficas	29
Anexos	
Anexo I	34
Anexo II	38
Anexo III	41

Resumen

Los estudios demuestran por un lado la importancia y el valor de la evidencia empírica, tanto a la hora de elegir el medio de intervención adecuado para cada paciente, como a la hora de elaborar cuestionarios. Es de gran importancia seguir elaborando cuestionarios adaptados a los diferentes sectores de la población, ya que existen sectores, como puede ser el de la deficiencia visual, que se encuentran vacíos de dichos instrumentos. Hemos decidido centrarnos en los instrumentos de evaluación del ajuste emocional a la deficiencia visual, ya que consideramos que dicho proceso de ajuste y el proceso de evaluación son importantes y cruciales para su posterior intervención. Trataremos de analizar los diferentes instrumentos que existen actualmente en nuestro país adaptados a dicha población y por último destacaremos aquellos más utilizados en nuestro sector.

Palabras clave: ajuste a la deficiencia visual, discapacidad, instrumentos de evaluación, proceso de ajuste emocional.

Abstract

The studies show the one hand the importance and value of empirical evidence, both when choosing the appropriate means of intervention for each patient, as when create questionnaires. It is of great importance develop questionnaires adapted to different sectors of the population, since there are sectors of population as the visual impairment that are empty of such instruments. We decided to focus on assessment instruments emotional adjustment to visual impairment, as we consider the adjustment process and the evaluation process is important and crucial for further intervention. Try to analyze the various instruments that exist in our country, adapted to this population and finally highlight those most commonly used in our industry.

Key words: adjustment to visual impairment, disability, evaluation instruments, process emotional adjustment

1. Introducción

Las investigaciones sobre los efectos de los tratamientos psicológicos han ido cambiando de postura, comenzando en una postura de validación y apoyo empírico y terminando en una práctica profesional basada en la evidencia. El modelo teórico de la psicología basado en la evidencia empírica se ha asumido del método científico de otras disciplinas que, a través del control experimental, han sido capaces de demostrar sus presupuestos empíricamente. El modelo inicial comenzó en el ámbito de la ciencia médica y posteriormente se ha ido ampliando a otras disciplinas de las ciencias de la salud, hasta llegar a la Psicología. Los tratamientos psicológicos más eficaces cuentan con una evidencia válida, trabajan con expertos clínicos y desarrollan teorías comprensibles y coherentes. Actualmente contamos con una gran cantidad de tratamientos psicológicos por lo que en la actualidad exigen un exhaustivo control de la calidad de dichos.

Para hablar de las primeras prácticas en el ámbito de la psicología basadas en la evidencia empírica nos tenemos que remontar al año 1896, en el cual Witmer fue el primero en utilizar dicho modelo como base para su tratamiento. Pero hasta el año 1925 no se reconoció dicho método de forma convincente, todo esto fue gracias a los estudios de Fisher sobre las pruebas de significación estadística.

En la década de los 90 surgió la corriente que denominamos Práctica basada en la evidencia empírica. Dicho enfoque se basa en dos principios:

- El hecho de que las revisiones sistemáticas cuentan con un alto convencimiento.
- La necesidad de poseer un canal de comunicación para que la evidencia llegue de forma rápida, tanto al público como profesionales, políticos y gestores.

Hoy en día *“la validez de las conclusiones de los estudios meta-analíticos sobre la eficacia de intervenciones sociales, psicológicas, educativas, etc., descansa en la calidad de los estudios primarios integrados”* (Meca, Boruch, Petrosino y Rosa, 2002 pag 2). Por ello debemos prestar gran atención a la validez tanto interna como externa con la que cuentan los estudios primarios.

El meta-análisis es un método muy útil, en el que se pueden integrar de una forma cuantitativa todos los resultados, es el más utilizado a la hora de trabajar bajo la evidencia empírica. Además sigue la normativa del método científico el cual cuenta con: sistematización, objetividad y replicabilidad. Esto hace que podamos trabajar de una forma mucho más segura y fiable.

Recientemente se ha creado la Colaboración Campbell, relacionada con los contextos educativos, ciencias sociales y del comportamiento. “Fundada en febrero de 2000 en Filadelfia (Pennsylvania, USA), la Colaboración Campbell surge como una respuesta a las necesidades de implantar la práctica y la política basada en la evidencia” (Petrosino, Boruch, Soydan, Duggan y Sánchez-Meca, 2001 p.46).

Persigue los objetivos de desarrollar, diseminar y mantener revisiones sistemáticas de las investigaciones de los ámbitos ya citados. Para conseguir dichos objetivos se fundamenta en nueve principios: promover la comunicación y toma de decisiones, involucrar y dar apoyo a profesionales con diversas experiencias, evitar que las investigaciones sean duplicadas, reducir los sesgos en las investigaciones, actualizar las nuevas investigaciones, elaborar materiales relevantes, promover que los distintos profesionales puedan acceder a la Colaboración Campbell, asegurar una alta calidad de las revisiones y asegurar una continuidad de las revisiones.

En el año 1892 aparece la American Psychological Association (APA) cuyo director fue Ronald F. Levant, doctor en educación nombrado por los miembros de la APA. En el año 1993 se crea una división (división 12) encargada de proporcionar listados de tratamientos basados en la evidencia empírica. Esta comisión estaba dirigida por Dianne Chambless. Más tarde dicha comisión comenzó a elaborar criterios para delimitar los tratamientos que podrían considerarse basados en apoyo empírico (TAEs) (*empirically supported treatments*). Dichos criterios marcados por la actual política de la APA 2002, deben ser evaluados a través de dos dimensiones:

-La primera dimensión es la eficacia del tratamiento, la sistemática y científica evaluación de la funcionalidad de dicho tratamiento.

-La segunda dimensión es la utilidad clínica, la aplicabilidad, viabilidad y utilidad de la intervención en el ámbito local o específico donde es que se ofrezca. Esta dimensión también incluye la determinación de la generalización de una intervención cuya eficacia se ha establecido. (APA, 2002, p.1053)

Con respecto a la eficacia, se establecen criterios para la evaluación de la fuerza de las pruebas relacionadas con el establecimiento de relaciones causales entre intervenciones y afecciones en tratamiento. En la dimensión de utilidad clínica, se incluye la consideración de la evidencia científica disponible y la importancia de tener en cuenta la generalización, factibilidad (debemos tener en cuenta la aceptación del cliente) y los costos y beneficios de dicha intervención.

Posteriormente la APA creó la División 17 (Psicología de asesoramiento) la cual llevó a cabo un examen de tratamientos con apoyo empírico en psicología (Wampold, Lichtenberg, y Wæhler, 2000).

Del mismo modo en España se ha creado la ASBE (Asistencia Sanitaria Basada en la Evidencia). Sackett y cols (1996), consideran que es una estrategia que permite el uso de la mejor evidencia científica disponible para tomar decisiones clínicas dentro de un ámbito asistencial real. Permite plantearse preguntas sobre problemas clínicos concretos, buscar información y aplicar los resultados relevantes, una vez analizados y sintetizados, en nuestra práctica diaria.

En el año 2005 se creó un equipo de trabajo llamado Task Force, formado por científicos y profesionales de diversos ámbitos dentro del campo de la psicología. Dicho equipo de trabajo tenía como objetivo definir de forma concreta lo que significaba la práctica basada en la evidencia, adaptado por Sackett, Straus, Richardson, Rosenberg y Haynes (2000). Por el Instituto de Medicina (2001) en el cual podemos observar la siguiente cita "*La práctica basada en la evidencia es la integración de la mejor evidencia de la investigación con la experiencia clínica y los valores del paciente*" (p. 147)

El grupo de trabajo Task Force recibió instrucciones en las cuales especificaban que solo debían limitarse al ámbito de la salud en los cuales prestaran servicio los psicólogos. Dicho grupo tenía la labor de definir y explicar la importancia de la evidencia empírica basada en la práctica psicológica y decidieron definir la EBPP como "*La integración de las mejores investigaciones disponibles con la experiencia clínica en el contexto de las características del paciente, la cultura, y preferencias*".

Esta definición de EBPP se asemeja mucho a la definición mencionada anteriormente de la práctica basada en la evidencia, aprobada por el Instituto de Medicina (IOM, 2001, p 147.) como una adaptación de Sackett y colaboradores (2000).

En los artículos 17 y 18 del Código Deontológico del Psicólogo podemos observar la responsabilidad del profesional que tiene la obligación de ofrecer tratamientos con validez en sus efectos, contar con apoyo empírico y destaca la importancia de que el psicólogo siga una formación continua de los diferentes tratamientos.

De la misma forma en el artículo 33 se recoge que "*Todo/a psicólogo/a, en el ejercicio de su profesión, procurará contribuir al progreso de la ciencia y de la profesión psicológica, investigando en su disciplina, ateniéndose a las reglas y exigencias del trabajo científico y comunicando su saber a estudiantes y otros profesionales según los usos científicos y/o a través de la docencia.*"

Turner, Beidel, Spaulding y Brown (1995), afirmaron que los tratamientos pueden ser:

- Eficaces, si realmente han obtenido resultados positivos para los usuarios, en investigaciones controladas y siguiendo los presupuestos señalados anteriormente.
- Efectivos, si son útiles en la práctica clínica habitual.

Instrumentos de evaluación del ajuste emocional a la discapacidad visual

- Eficientes, si su aplicación obtiene los mayores beneficios y menores costes que otras alternativas al problema.

Es evidente que si elegimos un tratamiento siguiendo los requisitos establecidos para la evidencia empírica, nos asegurara una mayor probabilidad de eficacia, ya que ha pasado controles experimentales en los cuales han obtenido resultados positivos.

Hay múltiples diseños de investigación que contribuyen a la práctica basada en la evidencia empírica y existen diferentes diseños de investigación más adecuados para este modelo de preguntas (Greenberg y Newman, 1996). Estos autores proponen:

- Observación clínica: La cual incluye estudios de caso único.
- Investigación cualitativa: sirve para describir la experiencia vivida desde una forma subjetiva, desde la perspectiva de los participantes.
- Estudios de casos sistemáticos: son muy utilizados a la hora de comparar a los pacientes con otros con características similares.
- Diseños experimentales de caso único: son muy útiles para poder establecer las relaciones causales en los contextos del individuo.
- Ensayos clínicos aleatorizados: son utilizados de forma estándar para elaborar inferencias causales sobre los efectos de la intervención.

El tema del que estamos tratando es de gran importancia ya que el profesional de la psicología clínica no puede basar su profesión simplemente en su experiencia, sin poseer ninguna prueba científica que avale dicha práctica. Esto es de gran importancia a la hora de evaluar e intervenir ya que debemos seleccionar técnicas psicológicas que contengan la mejor evidencia empírica y que se hayan demostrado tener grandes efectos.

Dentro de la psicología basada en la evidencia también están incluidos los objetivos de formar a los profesionales para que comprendan y empleen la metodología de investigación, que sean capaces de ser críticos para poder discriminar la información, capaces de sistematizar y organizar relevante.

Por todo ello podemos llegar a la conclusión que los contenidos metodológicos cuentan con una gran trascendencia para los profesionales dedicados al ámbito de la Psicología, lo cual justifica la relevancia del tema que estamos tratando.

Centrándonos un poco más en el tema del que va a tratar el trabajo, veo conveniente recalcar la importancia que tiene la evidencia empírica a la hora de revisar y desarrollar instrumentos de evaluación. *“Dentro de los múltiples y variados instrumentos que pueden ser empleados en un contexto de investigación psicológica, la utilización de test de evaluación es algo*

más que frecuente, sin olvidar igualmente lo generalizado que está el uso de éstos dentro de la práctica profesional que genera la Psicología como disciplina” (Carretero-Dios y Pérez, 2007, p. 3).

Los psicólogos trabajamos con fenómenos que en ocasiones no son directamente observables, por ello habría que resaltar la importancia de las respuestas que obtenemos a través de los test. Dichas respuestas obtenidas son utilizadas para múltiples objetivos y son de gran importancia para los resultados de cualquier investigación (Padilla, Gómez, Hidalgo y Muñiz, 2006,2007).

Distintos organismos como la Asociación Americana de Psicología (APA) y Consejo Nacional de Medición de la Educación (SNEM), unidos desde 1996, crearon los Standars for Educational and Psicological Testing formado por American Educational Research Association (AERA), intentaron dar solución a esta temática que crea una gran problemática a la hora de crear y adaptar el uso de los test. Estos estándares sirven de referencia para los investigadores encargados de crear y adaptar test, sirviendo como guía para su trabajo. Los debates sobre dichos estándares están en continuo cambio (Linn, 2006) y sujetos a continuas sugerencias para perfeccionarlos. A la hora de realizar un estudio no podemos olvidar la importancia que tiene el hecho de seleccionar de forma correcta los test que vamos a utilizar, debiendo de justificar el porqué de dicha elección. Aun así existen estudios en los cuales no existe ninguna justificación del porqué han elegido dichos test. Hogan y Agnello (2004) descubrieron que solo el 55% de 696 publicaciones científicas mencionaba de forma evidente sobre la validez de los cuestionarios elegidos para dichos estudios, sabiendo de ante mano los investigadores que los resultados que van a obtener del proceso de investigación depende de la selección de esas pruebas.

Se agrava aún más el tema ya que la mayoría de las pruebas publicadas no cumplen los requisitos mínimos exigidos en los Standars for Educational and Psicological Testing (AERA, APA y NCME, 1999). Por lo que no podemos fiarnos de todos los cuestionarios publicados, ya que como hemos mencionado anteriormente, muchos de ellos no cuentan con los requisitos mínimos. En ocasiones cuentan con muy poca información sobre el proceso de elección de los ítems, la justificación del número de ellos, controles que han aplicado para garantizar la calidad de los ítems, modificación, sustitución o eliminación de ellos, etc.

Según Carrero-Dios y Pérez (2005) los apartados a seguir para la selección de las pruebas son los siguientes:

- Delimitación del constructo de evaluación.
- Información sobre la construcción cualitativa de los ítems.
- Resultados del análisis estadístico de los ítems.

- Evidencias empíricas de la estructura interna de la prueba.
- Resultados de la estimación de fiabilidad.
- Evidencias externas de la validez de las puntuaciones.

Para concluir, los profesionales antes de comenzar cualquier investigación donde vayan a utilizar test, deben de contestarse a la preguntas ¿por qué estos test?

Para una mejor comprensión de este trabajo, hay que aclarar que:

- Cuando mencionamos discapacidad, nos referiremos a *“un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (una condición de salud) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales)”* (CIF, Organización Mundial de la Salud. 2001 pág. 24).
- Cuando hablamos en general de ceguera o deficiencia visual nos estamos refiriendo a condiciones caracterizadas por una limitación total o muy seria de la función visual. Más específicamente, hablamos de personas con ceguera para referirnos a aquellas que no ven nada en absoluto o solamente tienen una ligera percepción de luz (pueden ser capaces de distinguir entre luz y oscuridad, pero no la forma de los objetos). Por otra parte, cuando hablamos de personas con deficiencia visual queremos señalar a aquellas personas que con la mejor corrección posible podrían ver o distinguir, aunque con gran dificultad, algunos objetos a una distancia muy corta (O.N.C.E 2015).

2. Objetivos

El objetivo principal que tiene este trabajo es revisar y reunir la información disponible sobre los instrumentos que existen para evaluar el ajuste emocional a la deficiencia visual.

Los objetivos específicos son los siguientes:

- Realizar una revisión mucho más minuciosa sobre los tres grandes instrumentos que se utilizan actualmente en nuestro país.
- Definir los diferentes procesos de ajustes por los que pasan las personas que sufren dicha discapacidad.
- Recalcar la gran importancia que tiene la practica basada en la evidencia empírica, en este caso basado en la elaboración y utilización de los instrumentos.

3. Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión exhaustiva y sistemática de la bibliografía existente sobre los instrumentos que evalúan el ajuste emocional a la deficiencia visual. Se han utilizado artículos, revistas científicas y algunos libros destacados en el trabajo. No solo se ha utilizado bibliografía de este país si no que se ha recabado información de otros muchos países para poder obtener así una visión mucho más global y completa. Las principales bases de datos utilizadas han sido Medline, PsycInfo, Scopus, Dialnet y Google académico.

4. Procesos de ajuste emocional a la deficiencia visual

Con el término “ajuste” se hace referencia a la forma que tiene cada persona de reaccionar ante la aparición de un déficit visual y como consigue dicha persona seguir adelante con su vida. Checa (2000) se refirió al ajuste como el proceso exitoso de adaptación a una situación traumática, como es la pérdida de la visión, siendo una situación nueva para nosotros. El proceso de ajuste comienza inmediatamente tras la pérdida de la visión, siendo este un momento de cambios de máxima intensidad en todas las facetas de la vida y que obliga a la persona a adaptarse para posteriormente recuperar su homeostasis (Checa y Pallero 2003).

Existen dos tipos de ajuste:

- Ajuste emocional: reajuste de la situación emocional y vuelta al sentimiento de homeostasis en el que se encontraba el individuo previamente.
- Ajuste psicosocial: reincorporación a las actividades y relaciones sociales que disfrutaba el individuo anteriormente.

El proceso de adaptación no sería equivalente al de ajuste, pero si al revés, ya que el proceso de ajuste se refiere al proceso en sí, mientras que el de adaptación se refiere al resultado final.

Turner y McLean (1989) plantean la diferencia entre la existencia de dos tipos de ajuste: ajuste a la vida y ajuste a la ceguera. El primero hace referencia a un proceso de ajuste continuo e ilimitado, con el que utilizarán estrategias específicas ante distintas situaciones de la vida. Mientras que el ajuste a la ceguera hace referencia a la etapa posterior de dicha pérdida, como ya hemos

comentado anteriormente. Puede tener una duración variable, desde varios meses hasta uno o más años.

Lazarus y Folkman (1986) consideran que dicha pérdida de visión provoca en el sujeto un estrés crónico que puede reforzarse por acontecimientos cotidianos pero perturbadores por la situación. Por ejemplo enhebrar una aguja o llamar por teléfono.

Según Bayes (2001) la valoración que hace cada individuo de sus privaciones, amenazas, recursos personales, ambientales y de apoyo influye de forma determinante en la evolución de dicho proceso.

Algunos autores (Tuttle y Tuttle, 2006) consideran que un individuo está ajustado cuando alcanza la autoaceptación y autoestima propia de una persona que no sufre ningún desajuste emocional.

Muchos autores se basan en el modelo de Ellis (1962) para poder explicar dicho proceso. Apareciendo una situación de gran estrés (A), por los cambios en la vida de la personas debido a esta situación de desajuste, la persona va a experimentar sentimientos (C) ansiógenos y depresivos. Estos sentimientos no son consecuencia de (A) sino de las interpretación que realiza la persona de esa situación (B).

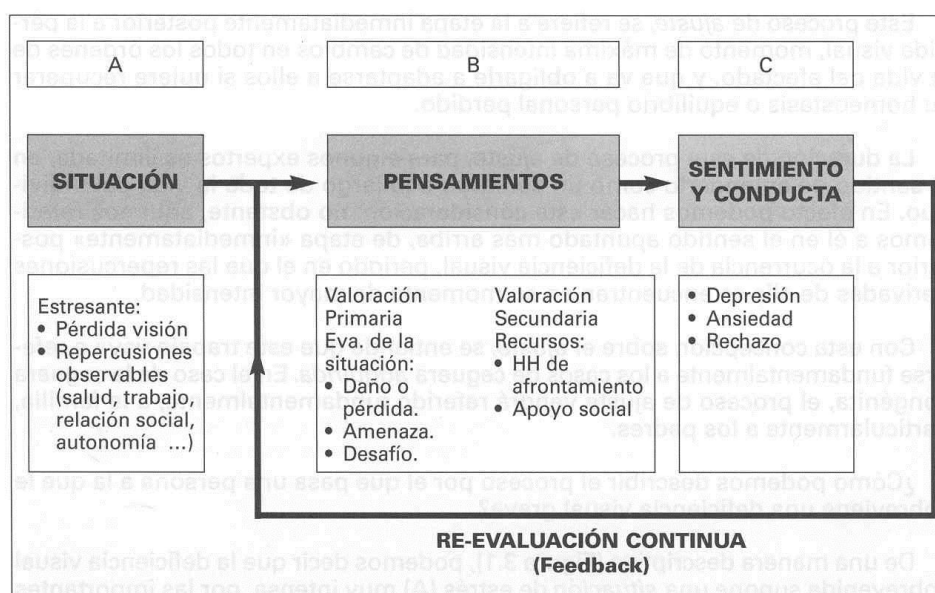


Figura 1: Representación de un modelo descriptivo de la respuesta habitual a la situación de pérdida de visión (adaptación sobre los modelos de Ellis (1962) y Lazarus (1993)).

Existen diferentes corrientes para la explicación de dicho proceso de ajuste, aparecen en primer lugar los autores que se clasifican en la corriente de teóricos de las fases, posteriormente aparecen los descriptores de la adaptación y finalmente los autores encasillados en la corriente de los modelos estructurales.

4.1 Teóricos de las fases

Esta agrupación de autores defiende la idea de la existencia de fases que permiten elaborar el duelo “perdida de la visión”. Cholden (1958) y Carroll (1961) exponen la existencia de las siguientes fases:

- a) Estado de shock o periodo defensivo anestésico: la persona quedaría incapacitada para cualquier función sensitiva y sensorial. No se recomienda intervención ninguna.
- b) Depresión o reacción emocional: en esta fase aparecen los problemas de la resistencia al cambio experimentado.
- c) Aceptación de la ceguera

Schulz (1977) matiza que no todas las personas deben pasar por estas tres fases si no que depende de los factores de personalidad y características de la pérdida.

Hicks (1979) desarrolla un modelo llamado “the grief syndrome”. Dicho modelo incluye una fase que destaca la importancia del reaprendizaje y adquisición de habilidades nuevas.

Tuttle (1984) declara la existencia de siete fases por las que pasan las personas que sufren dicha adaptación a la ceguera:

1. Trauma físico o social.
2. Shock y negación inicial.
3. Afiliación e ira: encierro.
4. Hundimiento y depresión.
5. Reevaluación y reafirmación.
6. Enfrentamiento y puesta en marcha.
7. Autoaceptación y autoestima.

4.2 Descriptores de la adaptación

Estos autores realizan investigaciones para concluir que significa en sí estar bien ajustado al déficit visual.

M. K. Bauman (1963) realizó un estudio con una muestra de 443 personas estudiadas de formas longitudinales y evaluadas por la escala verbal de Wechsler (1958). Obtuvo los siguientes resultados:

a) Bien ajustado: corresponde con la posesión de un empleo autónomo e independencia en el desplazamiento, vida doméstica satisfactoria, buenas relaciones sociales, ocio y comunidad y un correcto cuidado personal e higiene.

b) Ajuste moderado: con las mismas características que el apartado anterior pero sin poseer empleo.

c) Mal ajustado: características opuestas al apartado a).

Lowenfeld (1959) siendo un autor con una gran relevancia considera, que el impacto del déficit en cada persona es distinto, dependiendo de las características de cada individuo. Este autor considera que el ajuste se consigue cuando la persona es capaz de realizar las cosas de forma realista y aumentando la confianza que tiene en sí mismo.

Needman y Ehmer (1980) basándose en la teoría de Albert Ellis, consideran que la falta de ajuste depende de las creencias irracionales que posea cada persona respecto a la ceguera.

Lambert, West y Carlin (1981) destacan que para que una persona esté ajustada deba tener autosuficiencia física, respeto hacia sí misma, sentimiento de integración social y viabilidad económica.

Por otro lado autores como Horowitz y Reinhardt (1998) conceptualizaban la importancia del ajuste en la vejez, describiéndolo como un proceso dinámico que varía con el tiempo, teniendo un gran papel los recursos personales y sociales que tenga la persona. De la misma forma es de gran importancia tener en cuenta las características del déficit y el uso o no de servicios para una rehabilitación.

4.3 Modelos estructurales

Allan G. Dodds es un autor que ha realizado grandes avances en este ámbito, dándole la importancia que merece a las variables cognitivas, emocionales y sociales en dichos procesos. Utiliza el modelo de Bandura y Walters (1974) para explicar esa falta de motivación que poseen dichas personas. Propuso un modelo alternativo al del duelo, el cual estaban presentando otros autores. Defendió que dichas personas experimentarían una disminución de sus habilidades que podrían generar en el sujeto sentimientos de indefensión e incompetencia. Por ello propone una rehabilitación, la cual consiste en realizar un entrenamiento de aquellas actividades que antes podía

realizar y que ahora le resultan mucho más complicadas. De esta manera estarían modificándose los diferentes recursos de afrontamiento que poseyera la persona, evitando de este modo posibles disminuciones de autoestima, situaciones de ansiedad o depresión. De la misma forma la percepción de autoeficacia, atribuciones de éxito y autoestima se verían afectadas por la pérdida visual. Todo esto provocó que Dodds y sus colaboradores diseñaran la Nottingham Adjustment Scale (1991), la cual les permitía poder evaluar el ajuste emocional de estas personas. Las variables son las siguientes:

- a) Ansiedad/depresión.
- b) Autoestima.
- c) Autoeficacia.
- d) Recuperación del locus de control.
- e) Actitudes hacia el déficit visual.
- f) Aceptación del propio déficit.
- g) Estilo atributivo.

5. Revisión de los instrumentos de evaluación del ajuste

5.1 Instrumentos específicos de evaluación del ajuste

Tras la previa búsqueda de instrumentos que evalúen el ajuste emocional a la discapacidad visual, se ha encontrado que existen varios pero aparece poca información detallada, también algunos no han sido adaptados al castellano y otros no han sido elaborados específicamente para población con ceguera. Aun así resulta conveniente su exposición para el conocimiento de ellos. La principal característica que los diferencia del siguiente bloque de instrumentos es que estos realizan una evaluación mucho más específica, centrándose la mayoría de ellos en una única dimensión. Destacar que algunos han sido utilizados para la elaboración de los instrumentos que aparecen más adelante, que sirven para evaluar el ajuste de forma más general, evaluando diferentes dimensiones en un mismo instrumento. Los más destacados son los que se presentan a continuación.

Escala de desarrollo de niños ciegos

Leonhardt en 1992 elaboró un cuestionario para evaluar la atención en niños ciegos de 0-2 años, dicho cuestionario está formado por 173 ítems, dividido en seis áreas distintas:

Instrumentos de evaluación del ajuste emocional a la discapacidad visual

- Postura-Motricidad: formada por 42 ítems que se dividen en postura, desplazamiento y deambulación y autonomía.
- Sentido auditivo: consta de 30 ítems, divididos en dos niveles.
- Interacción-comunicación: consta de 40 ítems que se organizan en la área de interacción, comunicación y adquisición del habla.
- Sentido táctil y motricidad fina: formada por 42 ítems y dividida en área inicial, objetal y mirar con las manos.
- Desarrollo cognoscitivo: incluye 28 ítems.
- Hábitos: formada por 16 ítems.

Se tomó una muestra de 19 sujetos procedentes de la ONCE de Alicante, Barcelona, Cádiz, Coruña, Madrid, Pontevedra y Tarragona. Para la elección de la muestra no se realizó restricción de tipo socio-cultural. Siendo el nivel cultural de las familias de muy bajo-medio alto.

Han participado en la recogida de datos 13 profesionales expertos en la materia y el lugar de observación y registro fue tanto en el domicilio del niño, escuela infantil y delegación de la ONCE. La recogida sistemática duro 6 años.

Anxiety Scale for the Blind

Hardy (1968) diseñó la (Anxiety Scale for the Blind (ASB), siendo una adaptación del cuestionario de Taylor (1953), pero en este caso para personas ciegas. El cuestionario posee dos opciones de respuesta, verdadero-falso y consta de 78 ítems, siendo estos muy generales. Los ítems miden más rasgo que estado y la sección A de Nottingham la cual mide, sobre todo, rasgos depresivos tanto esta escala como la escala de Taylor, miden principalmente la tendencia a manifestar respuestas de ansiedad. El cuestionario se administró a 122 sujetos de 13-22 años de edad.

Inventario de estrategias de afrontamiento

El inventario de estrategias de afrontamiento, fue adaptado en el 2007 por Cano, Rodríguez y García. Fue aplicado a una muestra de 337 sujetos de Sevilla y provincia que mostraban características sociodemográficas diversas. Con edades comprendidas entre 17 y 55 años. La escala es de tipo Likert de cinco puntos. Posteriormente, el análisis factorial fue utilizado como comprobación de la validez de constructo, para calcular la consistencia interna se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach y para obtener la validez convergente el coeficiente de correlación de Pearson. Se obtuvo un coeficiente de alfa de Cronbach entre 0.82-0.90.

En el primer análisis de 72 ítems se obtuvo un 48% de explicación de la varianza. Se eliminaron los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 9, 14, 28, 37, 45, 54 y 61 por presentar correlaciones menores a 0.30. En el segundo análisis factorial, en este caso con 61 ítems se obtuvo un 53% de explicación de la varianza. Se eliminaron los ítems 6, 49, 40, 64, y 11. Tras el tercer análisis factorial, en este caso de 55 ítems se obtuvo una explicación de 59% de la varianza

Lista de Observación de Conductas de Interacción

La Lista de Observación de Conductas de Interacción (Verdugo y Caballo, 1993) se aplicó para niños ciegos y deficientes visuales. La muestra estaba formada por 57 sujetos de la provincia de Salamanca y Zamora, las edades estaban comprendidas entre 6-15 años y se dividió en dos grupos. Uno de los grupos formado por 29 sujetos con deficiencia visual y el otro grupo formado por 28 sujetos sin deficiencia visual. Se utilizó un procedimiento multimodal y un diseño bivariado naturalista simultáneo (Catell, 1988). Dicho cuestionario evalúa: las habilidades de interacción entre igual y adultos, expresión de sentimientos, habilidades de juego, habilidades de clase y autoconcepto.

Primero se realizó un análisis comparativo de las puntuaciones obtenidas de la muestra total, en la segunda comparación fueron eliminados aquellos sujetos que mostraban otras deficiencias aparte de la visual y finalmente se analizó la correlación entre las puntuaciones obtenidas en habilidades sociales y las de aceptación social.

5.2 Instrumentos generales para la evaluación del ajuste

En este apartado en el cual los instrumentos que aparecen poseen muchas más información específica se va a revisar los procedimientos que han utilizado para la traducción, la metodología, la dimensión, la estructura de las escalas, la fiabilidad y validez con la que cuentan, la capacidad discriminativa, la distribución de las puntuaciones y el proceso de validación requerido.

Tras la búsqueda realizada sobre este tema, se ha encontrado oportuno centrarse en el proyecto Tarragona, ya que son los cuestionarios más significativos y más utilizados en esta área, tal y como recogen Checa, Díaz y Pallero en su libro “Psicología y Ceguera” (2003):

- Escala de ajuste a la pérdida visual relacionada con la edad (AVL).
- Escala de ajuste de Nottingham (NAS).
- Cuestionario Tarragona de ansiedad para ciegos (CTAC).

Vamos a proseguir introduciendo los estudios que abalan estos tres cuestionarios adaptados y validados por diferentes estudios dentro del Proyecto Tarragona realizado por la O.N.C.E en colaboración con la Universidad Rovira y Virgili de Tarragona, siendo hoy en día utilizados por los Psicólogos de la O.N.C.E.

El Proyecto Tarragona tenía como objetivo poner a disposición de los Psicólogos instrumentos validados para poder evaluar de forma correcta y segura el ajuste psicosocial de las personas que sufren pérdida de visión.

5.2.1 Escala de ajuste de Nottingham (NAS)

La escala NAS (Dodds, 2006) surgió tras cinco años de trabajo con muestras de más de 450 adultos con pérdida visual reciente. Surge ante la necesidad de dar respuesta a dicho ámbito, pudiendo detectar la necesidad psicológica que presentaban los usuarios.

Es conveniente señalar que antes de la adaptación de dicha técnica se realizó una revisión de las escalas previamente existentes (Pallero, Díaz, Lorenzo, Ferrando y Marsal, 2001):

- Emotional Factor Inventory de M.K.Bauman (1963).
- Cuestionario de Evaluation of Adjustment to blindness (EA) Fitting (1954).
- Nottingham Adjustment Scale de A.G. Dodds (1993).
- Cuestionario de S. Kef (1999).

Estos autores concluyeron que el Cuestionario Emotional Factor Inventory contenía 170 ítems y era excesivamente largo para poder administrar. Además el cuestionario no se encuentra validado. Mientras que el Cuestionario de Evaluación of Adjustment to blindness, es un cuestionario bastante interesante ya que recogía las mismas variables que estos autores utilizan para evaluar el ajuste, pero solo se reconocen datos normativos del año 1954. Por último el Cuestionario de S. Kef, es bastante amplio ya que contiene 138 ítems y tiene como objetivo de estudio exclusivamente población adolescente.

Para dicha adaptación se siguieron las directrices de la Comisión Internacional de Test (Muñiz y Hambleton, 1996, 2000) para garantizar que dicho cuestionario contara al menos con la misma calidad que el cuestionario original.

El cuestionario es de administración individual, leído por el psicólogo al usuario. Las variables que se evalúan son las siguientes: indicadores de ansiedad/depresión, ideación suicida, autoestima, actitudes hacia la discapacidad visual, aceptación de la discapacidad, autoeficacia y estilo atributivo. El tiempo de administración es de 30 min aproximadamente, la población a la que

se dirige es a personas mayores de 16 años con agudeza inferior a 0.1 o campo visual reducido a diez grados. Las puntuaciones obtenidas en el cuestionario se tipifican mediante la escala T y baremos en centiles.

Se realizó una primera administración piloto a una muestra de 50 personas para comprobar la correcta comprensión y evaluación, el cuestionario en un primer momento constaba de 165 ítems, de todos ellos consiguieron seleccionar 55 ítems. Posteriormente se le administro la escala a una muestra de 200 personas y por otro lado a otra muestra de 425 personas. En estas dos pruebas piloto concluyeron que deberían seleccionar en unos 43 ítems y en otros 47 ítems.

Pero finalmente el equipo investigador decidió reducir la escala a 55 ítems como habían obtenido en la primera prueba piloto.

Los investigadores del estudio plantearon que podría existir un sesgo de respuesta en las escalas de aceptación y actitudes, ya que muchas personas podrían no tener aún claro que piensan sobre la deficiencia visual en sí y al ser dicha escala administrada por un psicólogo especializado en ese ámbito, podrían mostrarse de acuerdo con los ítems establecidos en dichas subescalas.

Para demostrar si realmente existía ese sesgo o no, decidieron seguir dos procedimientos, en el primer caso se unieron los ítems de las dos escalas alternando los ítems positivos y negativos, dicho procedimiento fue administrado a 469 personas. También sustituyeron la palabra “ciego” por “deficiente visual”. Se centraron únicamente en las respuestas de los ítems negativos y a la muestra anterior de 469 se les añadieron 90 más. La correlación entre las dos subescalas fue estrecha en ambas muestras. En el segundo caso se crearon dos subgrupos para cada grupo de muestra y utilizaron las puntuaciones obtenidas en la escala ansiedad-depresión del NAS. Las personas con puntuaciones de 47 o 48 fueron asignados al grupo de baja ansiedad y los que obtuvieron puntuaciones de 35 o inferiores fueron asignados al grupo de alta ansiedad. Se obtuvieron las medias de los ítems negativos de los diferentes grupos y posteriormente se compararon entre sí. Encontraron que los individuos que pertenecían al grupo de baja ansiedad se encontraban en desacuerdo con las afirmaciones negativas mientras que los individuos del grupo de alta ansiedad se encontraban de acuerdo con dichas afirmaciones negativas. Finalmente Dodds concluyo manifestando que no encontraba evidencia.

Traducción

Para dicho proceso se elaboraron dos traducciones de forma independiente y posteriormente se discutieron y compararon ambos resultados, consultándole las dudas al autor de la escala original

Metodología del estudio piloto

Participaron en el estudio piloto 15 psicólogos de la O.N.C.E expertos en administración y evaluación de pruebas y contaron con una muestra de 80 participantes.

Análisis y resultados

En este apartado pretendían evaluar la capacidad discriminativa de cada ítems, acordando que se mantendrían exclusivamente los ítems que se encontraran entre 0.2-0.8. Finalmente todos los ítems se encontraron entre dicho baremo y no hubo necesidad de eliminar ninguno.

Estudio de la dimensionalidad y análisis factorial de los ítems

Para dicho estudio vieron conveniente ampliar la muestra a 225 participantes, siendo 104 mujeres y 121 hombres. Con edades comprendidas entre 15-87 años. Se utilizó un análisis factorial con un procedimiento de extracción por máxima verosimilitud y una rotación procustea semiespecificada buscar significado (Browne ,1972). El proceso de rotación se basó en la matriz diana de ocho factores, cada factor está formado por los ítems de cada escala.

Análisis y resultados

Se descubrió que los ítems de la escala D Locus de control saturaban de forma muy dispersa, por lo que se decidió eliminar dichos ítems, también decidieron agrupar en factores diferentes los ítems de la subescala ansiedad-depresión.

El orden de las subescalas fue el siguiente:

- Subescala A1: Ansiedad-depresión. Los ítems que la forman son: A1, A2, A3, A4, A5, A6 y A10.
- Subescala A2: Ideación suicida. Ítems A7, A8, A9, A11 y A12.
- Subescala B: Autoestima. Ítems B1, B2, B3, B4, B5, B6, B7, B8, Y B9.
- Subescala C: Actitudes. Ítems C1, C2, C3, C4, C5, C6 Y C7.
- Subescala E: Aceptación. Ítems E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8 y E9.
- Subescala F: Autoeficacia. Ítems F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7 y F8.
- Subescala G: Estilo atributivo. Ítems G1, G2, G3, G4, G5 y G6.

Tras realizar la matriz de correlaciones entre las subescalas, concluyeron que las correlaciones entre las diferentes subescalas eran más que aceptables.

Fiabilidad

	Subescala A1	Subescala A2	Subescala B	Subescala C	Subescala E	Subescala F	Subescala G
Fiabilidad (α)	0.86	0.89	0.8	0.74	0.9	0.83	0.64

Como podemos observar, las puntuaciones obtenidas fueron bastante altas en la mayoría de las subescalas, destacando la subescala E que muestra la consistencia interna más alta, pudiendo considerarla como excelente y la subescala G presenta una consistencia interna cuestionable ya que es inferior a 0.7 que se considera aceptable.

Relaciones entre las subescalas.

“Una vez determinadas las subescalas resultantes se quiso comprobar si al nivel de las subescalas se obtenía un modelo explicativo parecido al que el autor original había sugerido y puesto a prueba en algunos estudios anteriores. En este modelo se hipotetiza una estructura bidimensional que agrupa a los 7 factores obtenidos por Dodds. Para ello se recuperó la subescala Locus de Control (en su formato fuente de cuatro ítems) con el objetivo de verificar su relación con el modelo”. (Pallero, Ferrando, Diaz y Lorenzo, 2002, p. 17)

El modelo se ajustó con el programa Lisrel 8 (Jöreskog y Sörbom, 1996). Se utilizó chi cuadrado, índice de RMSEA y el coeficiente de fiabilidad de Tucker-Lewis, como medidas de bondad de ajuste. Los resultados fueron los siguientes: $\chi^2= 97.2$ con 19 grados de libertad, RMSEA= 0.13 y Tucker-Lewis (NNFI)= 0.83. Viendo que los valores de este ajuste no eran los apropiados, decidieron analizar las escalas a través del análisis factorial exploratorio, obteniéndose entonces ajustes más adecuados: $\chi^2= 24.11$ con 13 grados de libertad, RMSEA= 0.061 y Tucker-Lewis (NNFI) = 0.97.

Finalmente concluyeron que las subescalas eran los indicadores exactos para evaluar el ajuste a dicho déficit y que las puntuaciones que indicarían un mejor ajuste emocional al déficit serían: puntuaciones bajas en la subescala de depresión-ansiedad y puntuaciones altas en las subescalas de actitudes, autoeficacia y aceptación.

5.2.2 Escala de ajuste a la pérdida visual relacionada con la edad (AVL)

La necesidad de adaptación de la Escala de ajuste a la pérdida visual relacionada con la edad (Horowitz y Reinhardt, 1998, 2006) viene dada tras la revisión de las afiliaciones en personas de más de 60 años.

“Se desarrolló para conocer e identificar necesidades en el campo de la rehabilitación de la visión y para evaluar el ajuste psicosocial a la pérdida de visión en las personas mayores” (Horowitz y Reinhardt, 1998 p. 19). El 39.97% de la población afiliada en España, corresponde a este sector. Debido a dicho porcentaje tan elevado, decidieron adaptar el cuestionario para poder evaluar de forma segura a la población de dicha edad. Al igual que en la escala NAS se tomaron las directrices de la Comisión Internacional de Test, para garantizar la misma calidad que el cuestionario inicial y para evitar errores que pudieran aparecer al adaptar el cuestionario de una cultura e idioma diferente.

La base teórica en la cual se sustenta es en las teorías del afrontamiento del estrés de Lazarus y Folkman (1986).

Dicho cuestionario es de administración individual, leído por el psicólogo, con un tiempo aproximado de administración de 30 minutos. La variable que evalúa dicho cuestionario es el indicador único de ajuste a la discapacidad aparecida en la vejez y pretenden cubrir la carencia de instrumentos fiables dirigidos a este sector de la población.

Va dirigido a la población mayor de 65 años y se encuentra tipificado en baremos en cantiles y en escala T.

Los pasos para su adaptación fueron los siguientes:

Equivalencia contextual

Tras la revisión del cuestionario por dos Psicólogos de la ONCE, concluyeron que los ítems por los que estaba formada la escala original eran aplicables a nuestra población.

Traducción

Se realizaron tres traducciones, dos de ellas las realizaron psicólogos expertos en dicha materia y la tercera la realizó un lingüista inglés (habiendo participado los tres en la traducción anterior del NAS). Posteriormente se intercambiaron dichas traducciones obtenidas y se discutieron los contenidos obtenidos por cada uno.

Prueba piloto

Se administró a una muestra de 59 sujetos con edades comprendidas entre 60-99 años. Mostrando una fiabilidad de alfa 0.81 e índices de discriminación superiores a 0.20, menos en el ítem 2 y 9. Decidieron mantener el ítem 2 y volver a redactar el ítem 9, tras considerar que podría interpretarse de forma ambigua.

Tras la elaboración del estudio piloto se obtuvo un cuestionario que contenía 24 ítems y contiene ítems binarios. Se administró a una muestra de 335 participantes con edades comprendidas entre 60-92 años, 202 mujeres y 103 hombres. En dicho estudio se utilizó un análisis factorial no lineal de McDonald (1967) con un modelo NOHARM (Fraser y McDonald, 1988) el cual se basa en el criterio de mínimos cuadrados y utiliza un análisis armónico.

Coefficiente de fidelidad

Consiste en sumar las puntuaciones obtenidas por los ítems de dicha escala, el resultado obtenido se denomina puntuación directa siendo en este caso de 0.99. Encontrándonos con un valor bastante elevado por lo que nos deja ver que la puntuación directa refleja de forma clara los niveles que se quiere medir del factor.

Fiabilidad

Este coeficiente indica hasta qué punto se encuentran libres de error las puntuaciones del test. Se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach (α) para obtener dicho resultado, se decidió utilizar este coeficiente por que los ítems son paralelos entre sí. Obtuvieron un índice de fiabilidad del 0.80 y el intervalo de confianza al 95% fue de 0.76 y 0.83. Dicho coeficiente varía en función de la consistencia interna de los ítems siendo en este caso relativamente baja ya que las puntuaciones fueron de 0,00 y 0,43, con una media de 0.14. Hay que aclarar que no es una propiedad fija del test, sino de las puntuaciones, por ello depende de la muestra. Se obtuvo una desviación típica de 4,26, error típico de 1,91. Si la escala se administra a grupos muy distintos, sería conveniente calcular de nuevo la fiabilidad de las puntuaciones o calcular el coeficiente de homogeneidad.

Por otro lado la capacidad discriminadora que corresponde a la capacidad del test de diferenciar entre dos individuos que responden al mismo y ha sido evaluada por el coeficiente delta de Ferguson (δ) obteniéndose una puntuación de 0.97, siendo una

puntuación buena ya que se aproxima a 1, lo que indica que las puntuaciones se distribuyen de forma casi uniforme.

Distribución de las puntuaciones

Las puntuaciones se distribuyen mediante asimetría negativa siendo una característica común de los instrumentos que miden alguna patología. Por lo tanto las puntuaciones altas muestran que las personas asumen su discapacidad de forma realista, mientras que las puntuaciones bajas, muestran falta de adaptación.

Estudio de validación

En dicho proceso se busca estudiar la relación de las puntuaciones de la escala y la media de otras variables. En este caso se buscaba la relación entre el bienestar general y el ajuste a la pérdida visual. Para dicho proceso se utilizaron otros instrumentos:

- Puntuaciones de la escala NAS correspondientes a las subescalas de ansiedad y depresión, ideación suicida, autoestima, actitudes, aceptación y autoeficacia.
- Escala de 9 ítems desarrollada para validar el CTAC, dicha escala evalúa la percepción de bienestar y cuestiones generales.
- Un cuestionario de solo un ítem que fue utilizado en la validación de la escala original.
- Un cuestionario de depresión, escala de depresión geriátrica de Brink, adaptación española en 1993 por Izal y Montorio.

Podemos concluir diciendo que:

- Se obtuvieron puntuaciones elevadas en las subescalas utilizadas del NAS (actitudes, autoestima y aceptación).
- Se observó una correlación más alta de lo esperado entre la subescala de ansiedad y depresión, muestra que bajos síntomas de ansiedad y depresión son un indicador de ajuste emocional.
- Los valores obtenidos en la escala de bienestar subjetivo, fueron los esperados.
- La correlación con la escala de depresión geriátrica fue la esperada, siendo alta.

5.2.3 Cuestionario Tarragona de Ansiedad para ciegos (CTAC)

El Cuestionario Tarragona abreviado como CATC (Pallero, Ferrando y Lorenzo, 2006) surge porque no existe ningún otro instrumento que evalúe dicho proceso y que este validado con población española con ceguera. El cuestionario es de administración individual, leído por el psicólogo y evalúa la ansiedad específica en las situaciones de déficit visual. La población destino a la que va dirigido es a mayores de 16 y su administración es de 20 minutos aproximadamente. Se tipifica mediante baremos en centiles y mediante la escala T.

Los autores recomiendan su administración de forma previa a los programas de rehabilitación y diseños de intervención. Se obtienen dos puntuaciones distintas, por un lado las de ansiedad cognoscitiva y por otro la fisiológica. Según Miguel y Cano (1997) ante la ansiedad cognoscitiva se utilizan técnicas como: autoinstrucciones y reestructuración cognitiva. Mientras que ante la ansiedad fisiológica, es conveniente utilizar: relajación, DS y biofeedback.

Spielberger (1973) definió la ansiedad como aquellos sentimientos conscientemente percibidos, desagradables, de tensión y aprehensión, unida a la activación del sistema nervioso autónomo.

Con ansiedad cognoscitiva según EySenck y EySenck (1985) nos referimos al interés por las consecuencias del fracaso y con ansiedad fisiológica se refiere al estado afectivo generador de dicha activación, se evalúa la percepción subjetiva del balance mediante medidas psicométricas.

Las fases del diseño del cuestionario son las siguientes:

- Primera fase de elaboración del cuestionario.

Se revisaron varios cuestionarios de ansiedad relacionados con la deficiencia visual y en 1992 se elaboró un paquete de 150 ítems, llegando a ser reducidos a 104 ítems finalmente. Posteriormente fueron evaluados por diferentes jueces (10 psicólogos de la O.N.C.E, 4 técnicos en rehabilitación licenciados en Psicología y un catedrático de Psicología) quedándose finalmente en 42 ítems, de los cuales 27 median la ansiedad fisiológica y 17 la cognoscitiva.

- Segunda fase.

Se administró dicho cuestionario a una muestra de 162 personas, con problemas visuales. Se obtuvo una alta fiabilidad, buena capacidad discriminatoria y apropiada distribución de las puntuaciones.

- Tercera fase.

Para evaluar la dimensionalidad y validez del cuestionario decidieron reducirlo a 35 ítems (15 de la escala fisiológica y 20 de la escala cognoscitiva), siendo este formato el existente actualmente. Se amplió la muestra a 352 personas con lo que la recogida de datos resultó más problemática, por lo que se tuvo que recurrir a la ayuda de profesionales externos a la investigación.

Dimensionalidad y estructura

Para evaluar que el cuestionario medía dos dimensiones (ansiedad fisiológica y la ansiedad cognoscitiva) se utilizaron procedimientos de análisis factorial no restrictivo. Dicho cuestionario se evaluó mediante modelos factoriales de uno a cinco factores, utilizando el criterio de máxima verosimilitud. Se utilizó el índice de bondad de ajuste, índices descriptivos de bondad de ajuste, scree-plot y MAP. Los resultados fueron: que el modelo de un solo factor mostraba ajuste casi aceptable, el de dos factores mostraba un ajuste superior y podía considerarse aceptable y los siguientes mostraban mejoras mínimas en el ajuste. La conclusión a la que se llegó con dicho estudio fue que la hipótesis se podía considerar razonable.

Para evaluar la hipótesis estructural construyeron una matriz diana, mostrando que la solución rotada coincidía con la matriz diana propuesta. Obteniendo una correlación entre factores de $r= 0.71$, siendo una puntuación bastante alta. Las puntuaciones directas obtenidas de cada una de las escalas de ansiedad, refleja de forma precisa los niveles que posee el sujeto en esa dimensión. La correlación entre las puntuaciones directas de cada escala fue de 0.74, con ello justificaron la utilización de dichas puntuaciones directas para corregir el cuestionario.

Fiabilidad y capacidad discriminatoria

Se utilizó el estadístico (α), obteniéndose una puntuación de 0.88 con un intervalo de confianza de 0.86 y 0.90 al 95%, en la escala de ansiedad cognoscitiva. En la escala de ansiedad fisiológica se obtuvieron resultados prácticamente iguales, redondeando decimales. Aunque habría destacar que la escala que mide la ansiedad fisiológica muestra una mayor consistencia interna, ya que aunque las puntuaciones sean las mismas, esta escala está formada por menos ítems que la otra. Las puntuaciones totales mostraban una fiabilidad de 0.93 con un intervalo de confianza de 0.92- 0.94

Posteriormente se consideró que los datos eran aceptables. La capacidad discriminadora fue evaluada mediante el coeficiente delta (δ), obteniéndose una puntuación de 0.99 en la escala de ansiedad cognoscitiva, 0.99 en la escala fisiológica y 0.98 en la total, considerándose que la capacidad de las puntuaciones era excelente.

Debemos destacar que dicha propiedad no es fija y varía en función de la muestra a la que se le aplique el cuestionario.

Validez

Se trata de evaluar la validez del cuestionario, estudiando las relaciones que existen entre las puntuaciones obtenidas a través de la prueba y otras variables. En este caso las variables seleccionadas fueron:

- Puntuaciones de la subescala de STAI de Spielberger.
- Puntuaciones de las subescalas de NAS.
- Puntuaciones de una escala formada exclusivamente por 8 ítems, creada exclusivamente para esta investigación. Evalúa la percepción de bienestar relacionadas con el déficit.

Finalmente las correlaciones de la matriz forman el patrón que ya los autores esperaban, correlación alta entre las escalas del CTAC y STAI, NAS, y la escala de bienestar. Por lo que pudieron observar que la escala contaba con una elevada validez convergente.

Distribución de las puntuaciones

Las distribuciones de las puntuaciones tanto de la escala de ansiedad cognoscitiva, ansiedad fisiológica como ansiedad total, no se apartan de una distribución normal ($\alpha = 0,05$)

6. Conclusión

El presente trabajo ha tenido el objetivo de realizar una revisión de los últimos años de los instrumentos que evalúan el ajuste emocional a la discapacidad visual. Centrándonos principalmente en los elaborados o adaptados a población española. Las principales conclusiones que hemos podido obtener tras dicha revisión son las siguientes.

En primer lugar ha sido posible descubrir la escasez de escalas adaptadas a personas con deficiencia visual. Del mismo modo he observado que existen algunos en inglés, pero nos encontramos con una ausencia de cuestionarios adaptados a la población española. El problema con el que nos encontramos es que los psicólogos al trabajar dicha temática utilizan cuestionarios que no han sido validados en población con discapacidad visual, por lo que los datos que llegan a obtener solo son orientativos.

En segundo lugar sería conveniente que en futuras investigaciones se hiciese una división más exhaustiva de la revisión de los instrumentos, dividiendo las investigaciones en etapas evolutivas, ya que como hemos visto no se utilizan los mismos instrumentos en todas las edades y esto es algo a lo que hay que prestar gran atención.

En tercer lugar debemos destacar la labor que hizo y hace la O.N.C.E desde 2002 cuando creó el Proyecto Tarragona con la colaboración de la Universidad Rovira y Virgili de Tarragona. Gracias a dicho Proyecto los psicólogos de la O.N.C.E han podido utilizar dichas escalas de forma segura, sabiendo que los resultados eran fiables y válidos.

En cuarto lugar en consonancia con muchos expertos, sería necesario un incremento de la fiabilidad de la escala AVL, alargando la escala con ítems homogéneos, para poder llevar a cabo futuras investigaciones. Del mismo modo también resultaría conveniente examinar factores sociales (apoyo de la familia, miembros y amigos), factores psicológicos (estilo de afrontamiento) y factores visuales (gravedad de la pérdida inicial de la visión y el cambio con el tiempo) que influyen en la adaptación a la pérdida visual. Las puntuaciones que se obtienen en el NAS vienen divididas en cada subescala, por lo cual es algo muy útil para próximas intervenciones con los pacientes.

Como hemos ido pudiendo ver en este estudio, cada proceso de ajuste depende de la persona, de sus características y de los factores que le rodean por lo que no podemos hablar de un único proceso exclusivo. A pesar de ello, hemos podido observar que si existen etapas o fases comunes en varias personas.

Considero que para futuras evaluaciones, la escala que se encuentra más completa midiendo muchos más factores y resultando mucho más útil es la Escala de Ajuste de Nottingham. Dicha escala evalúa diferentes dimensiones y permite la utilización de las puntuaciones de cada dimensión por separado, abarca muchos rangos de edad, no resulta excesivamente larga ni cuenta con dificultades en su administración y como han mostrado los autores encargados de su traducción se encuentra libre de sesgos y muestra altas puntuaciones tanto en fiabilidad como en validez.

Para finalizar considero que deberían potenciarse más los estudios y las investigaciones de instrumentos exclusivos para personas con deficiencia visual, ya que la población de dicho sector es relativamente grande y como hemos podido observar es clave la evaluación del proceso emocional que cada individuo experimenta para posteriormente intervenir de forma segura y correcta.

Referencias bibliográficas

- American Psychological Association, American Educational Research Association y National Council on Measurement in Education. (1999). *Standards for educational and psychological tests*. Washington.
- American Psychiatric Association. APA. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales. DSM-IV-TR*.
- Bandura, A. y Walters, R. (1974). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Madrid: Alianza.
- Bauman, M.K. (1963). *Characteristics of blind and visually handicapped people in professional, sales and managerial work*. Harrisburg: Pennsylvania Office for the Blind.
- Bayés, R. (2001). *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Barcelona: Martínez Roca.
- Browne, M.W. (1972). Oblique rotation to a partially specified target. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 25(2), 207-212.
- Cano, F.J., Rodríguez, L. y García, J. (2007). Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Universidad de Sevilla*, 35(1), 29-39.
- Carretero-Dios, H. y Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 521-551.
- Carretero-Dios, H. y Pérez, C. (2007). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales: consideraciones sobre la selección de tests en la investigación psicológica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 863-882.
- Carroll, T.J. (1961). *Blindness: What it is, what it does and how to live with it*. Boston: Little Brown.
- Checa, J. (2000). *Psicopedagogía de la ceguera: Manual para la práctica educativa en personas con ceguera o baja visión*. Valencia: Promolibro.

- Checa, J., Díaz, P. y Pallero, R. (2003). *Psicología y ceguera. Manual para la intervención psicológica en el ajuste a la deficiencia visual*. Madrid: Organización Nacional de Ciegos Españoles.
- Cholden, L.S. (1958). *A psychiatrist works with the blind*. New York: American Foundation for the Blind.
- Davidson, K.W., Trudeau, K.J., Ockene, J.K., Orleans, C.T. y Kaplan, R.M. (2003). A primer on current evidence-based review systems and their implications for behavioral medicine. *Annals of Behavioral Medicine*, 26, 161-171.
- Díaz, M. y Pallero, R. (2003). El proceso de ajuste a la discapacidad visual. En: Checa, J.; Díaz, P.; Pallero, R. (coords.). *Psicología y ceguera. Manual para la intervención psicológica en el ajuste a la deficiencia visual*. Madrid: Organización Nacional de Ciegos Españoles.
- Dodds, A.G., Bailey, P., Pearson, A. y Yates, L. (1991). Aspectos multidimensionales del ajuste emocional a la pérdida visual sobrevenida: una alternativa cognitiva al modelo de pérdida. En: *Actas de la 6ª Conferencia Internacional de Movilidad*. Madrid: Organización Nacional de Ciegos Españoles.
- Dodds, A.G. (1993). «The Nottingham Adjustment Scale. A validation study. International». *Journal of Rehabilitation*, 16, 177-184.
- Dodds, A.G. (1989). Motivation reconsidered. The importance of self-efficacy in rehabilitation. *The British Journal of Visual Impairment*, 7, 11-15.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Eysenck, H.J. y Eysenck, M.W. (1985). *Personality and individual differences*. Nueva York: Plenum Press.
- Fitting, A. (1954). *Evaluation of adjustment to blindness*. New York: American Foundation for the Blind.
- Fraser, C. y McDonald, R.P. (1988). NOHARM: Least squares item factor analysis. *Multivariate behavioral research*, 23(2), 267-269.
- Greenberg, L.S. y Newman, F.L. (1996). An approach to psychotherapy change process research: Introduction to the special section. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(3), 435.
- Hardy, R. E. (1968-b). «A study of manifest anxiety among blind residential school students». *The New Outlook for the Blind*, 62, 173-180.
- Herbert, J.D. (2003). The science and practice of empirically supported treatments. *Behavior Modificación*, 27 (3), 412-430.

- Hicks, S. (1979). «Psycho-social and rehabilitation aspects of acquired visual handicap». *The New Beacon*, 747, 169-174.
- Hogan, T.P. y Agnello, J. (2004). An empirical study of reporting practices concerning measurement. *Educational and Psychological Measurement*, 64, 802-812.
- Horowitz, A. y Reinhard, J.P. (1998). Development of the adaptation to age-related vision loss scale. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 92, 30-41.
- <http://www.once.es/new/servicios-especializados-en-discapacidad-visual/publicaciones-sobre-discapacidad-visual/nueva-estructura-revista-integracion> [Consulta: Viernes, 17 de julio de 2015]
- Izal, M. y Montorio, I. (1993). Adaptation of the Geriatric Depression Scale in Spain: A preliminary study, *Clinical Gerontologist* 13, 83-91
- Jöreskog, K.G. y Sörbom, D. (1996). *LISREL 8: User's reference guide*. Scientific Software International.
- Kef, S. (1999). *Outlook on relations: Personal networks and psychosocial characteristic of visually impaired adolescents Amsterdam*: University of Amsterdam, Faculty of Social Sciences.
- Lambert, R.M., West, M. y Carlion, K. (1981). Psychology of adjustment to visual deficiency: A conceptual model. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 75, 193-196.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y Procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Leonhardt, M. (1992). *El bebé ciego. Primera atención, un enfoque psicopedagógico*. Barcelona: Masson.
- Leonhardt, M. (1992). *Escala Leonhardt: escala de desarrollo de niños ciegos de 0 a 2 años*. Centre de Recursos Educatius per a Deficients Visuals a Catalunya" Joan Amades".
- Linn, R.L. (2006). Following the Standards: Is it time for another revisions? *Educational Measurement: Issues & Practice*, 25, 54-56.
- Lowenfeld, B. (1959). The Blind. En: Garret, J.F. (Ed.), *Psychological aspects of physical disability*. Washington, D.C.: US Government Printing Office.
- McDonald, R.P. (1967). Numerical methods for polynomial models in nonlinear factor analysis. *Psychometrika*, 32(1), 77-112.
- Meca, J., Boruch, R., Petrosino, A. y Rosa, A.I. (2002) La colaboración Campbell y la practica basada en la evidencia. *Papeles del psicólogo*, (83), 44-48. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=896> .
- Miguel Tobal, J.J. y Cano Vindel, A.R. (1997). ISRA. Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad. Madrid: TEA.

- Moriana, J.A. y Martínez, V.A. (2011). La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 16(2), 81-100.
- Muñiz, J. y Hambleton, R.K. (1996). Directrices para la traducción y adaptación de tests. *Papeles del Psicólogo*, 66, 63-70.
- Navarro, M.D.F., Llobell, J.P. y Bort, H.M. (2004). Tratamientos psicológicos con apoyo empírico y práctica clínica basada en la evidencia. *Papeles del psicólogo*, (87), 1-3.
- Needman, W.E. y Ehmer, M.N. (1980). Irrational thinking and adjustment to loss of vision. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 74, 57-61.
- OMS (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.
- Padilla, J.L., Gómez, J., Hidalgo, M.D., y Muñiz, J. (2007). Esquema conceptual y procedimientos para analizar la validez de las consecuencias del uso de los test. *Psicothema*, 19(1), 173-178.
- Pallero, R., Díaz, M., Ferrando, P.J., Lorenzo, U. y Marsal, D. (2001). Spanish Adaptation of the AVLScale by A. Horowitz and J. P. Reinhardt. En: H. W. Wahl y H. E. Schulze (Eds.), *On the special need of blind and low vision seniors. Research and practice concepts*. Amsterdam: IOS Press.
- Pallero, R. (2001). Adaptación española de la escala Nottingham Adjustment Scale-NAS, de Allan G. Dodds. Trabajo experimental de programa de doctorado. Tarragona: no publicado.
- Pallero, R., Ferrando, P.J., Díaz, M. y Lorenzo, U. (2002). Adaptación española de la escala de ajuste de Nottingham. Estudio de fiabilidad e Integración, 40, 7-21.
- Pallero, R., Ferrando, P.J. y Lorenzo, U. (1998). Questionnaire Tarragona of anxiety for blind People. En: Sifferthman, E.; Williams, M.; Blasch, B. B. (eds.). *The 9 International Mobility Conference. O & M Moving into the Twenty-First Century*. Atlanta: Rehabilitation Research & Development Center.
- Pallero, R., Ferrando, P.J. y Lorenzo, U. (1999). Cuestionario Tarragona de ansiedad para ciegos. Hacia una nueva concepción de la discapacidad. Salamanca: Amarú.
- Pallero, R., Ferrando, P.J. y Lorenzo, U. (2004). Cuestionario Tarragona de ansiedad para ciegos. CTAC. Madrid: Organización Nacional de Ciegos Españoles.
- Petrosino, A., Boruch, R.F., Soydan, H., Duggan, L., y Sánchez-Meca, J. (2001). Meeting the challenges of evidence-based policy: The Campbell Collaboration. *The ANNALS of the American academy of political and social science*, 578(1), 14-34.

- Sackett, D.L., Rosenberg, W.M.C., Gray, J.A.M. y Richardson, W.S. (1996). Evidence based medicine. What it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71-72. Disponible en <http://bmj.com/cgi/content/full/312/7023/71>.
- Sackett, D.L., Straus, S.E., Richardson, W.S., Rosenberg, W., y Haynes, R.B. (2000). Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM Edinburgh. *Scotland: Churchill Livingstone*.
- Sanchez, J., Boruch, R.F., Petrosino, A. y Rosa, A.I. (2002). La colaboración Campbell y la práctica basada en la evidencia empírica. *Papeles del Psicólogo*, (83), 44-48.
- Schulz, P. J. (1977). Reaction to the loss of sight. En: J. Pearlman, G. L. Admas y S.H. Sloan (Eds.), *Psychiatric problems in opftalmology*. Springfield: Charles C. Thomas.
- Stevens, K. y Méndez, D. (2007). Nuevas herramientas para la psicología clínica: las terapias basadas en la evidencia. *Cuadernos de neuropsicología*, 1(3), 265-272.
- Spielberger, C.D. (1973). *Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado/ Rasgo en niños*. Madrid: TEA.
- Taylor, J. (1953). "A personality scale of manifest anxiety". *The Journal of Abnormal and Social Psychology* 48 (2): 285-290.
- Tobin, D.L., Holroyd, K.A., Reynolds, R.V., y Kigal, J.K. (1989). The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognit Ther Res* ,13,343-61.
- Turner, S.M., Beidel, D.C., Spaulding, S.A. y Brown, J.M. (1995). The practice of behavior therapy: A national survey of cost and methods. *BEHAVIOUR THERAPIST*, 18, 1-1.
- Turner, R. J. y McLean, P. D. (1989). «Physical disability and psychological distress». *Rehabilitation Psychology*, 34, 225-242.
- Tuttle, D. W. (1984). *Self-esteem and adjusting with blindness*. Springfield: Charles C. Thomas.
- Tuttle, D. W. y Tuttle, N. R. (1996). *Self-esteem and adjusting with blindness*.(2nd ed.) Springfield: Charles C. Thomas.
- Vera-Villarroel, P. E. (2004). Estrategias de intervención en psicología clínica: las intervenciones apoyadas en la evidencia. *Liberabit*, (10), 4-10.
- Wampold, B.E.,Lichtenberg, J.W. y Waehler, C.A. (2002). Principles of empirically-supported interventions in counseling psychology. *The Counseling Psychologist*, 30, 197-217.
- Wechsler, D. (1958). *The measurement and appraisal of adult intelligence*. Baltimore: Williams and Wilkins.

Anexos

Anexo I

Escala de Ajuste de Nottingham (NAS) (Nottingham Adjustment Scale)

Autor: Allan G. Doods, Ph. D.

SE PERMITE LA COPIA Y DISTRIBUCIÓN DE ESTE CUADERNILLO Y SU CONTENIDO TANTO EN SU FORMA ELECTRÓNICA COMO IMPRESA, O EN CUALQUIER OTRO FORMATO, SIEMPRE Y CUANDO SE HAGA MENCIÓN EXPRESA DE LA FUENTE.



Primera edición, Madrid 2006
© de esta edición: Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE)
Dirección General. Dirección General Adjunta de Servicios Sociales
Calle del Prado, 24, 28014 Madrid
© el autor

Nombre y apellidos:.....
Edad:..... *Sexo:*..... *Estado civil:*..... *Fecha de administración:*

Consigna:

Le voy a hacer una serie de preguntas sobre su estado en las últimas semanas. Siempre hablaremos de lo que ha ocurrido recientemente, en las últimas semanas. Para contestar dígame si lo que le pregunto le ha ocurrido:

- En absoluto o nada: A.*
- Algo o de vez en cuando: B.*
- Bastante o con mucha frecuencia: C.*
- Casi siempre: D.*

*Deben leerse los ítems de A1 y A2 en orden numérico correlativo del 1 a 12.
(El sumatorio se realizará separando los ítems en las dos subescalas).*

Subescala A1. Indicadores de ansiedad-depresión

	A	B	C	D
A1. ¿Recientemente se ha sentido sin fuerzas y como si no fuera Vd. el mismo de siempre?	4	3	2	1
A2. ¿Recientemente ha tenido la sensación de estar enfermo? (No si ha estado enfermo, si no si ha tenido la sensación de sentirse enfermo).	4	3	2	1
A3. ¿Recientemente se ha sentido todo el tiempo en tensión?	4	3	2	1
A4. ¿Recientemente ha notado que todo se vuelve una carga?	4	3	2	1
A5. ¿Recientemente se ha sentido nervioso y tenso la mayor parte del tiempo?	4	3	2	1
A6. ¿Recientemente ha pensado que es una persona que no vale nada?	4	3	2	1

Instrumentos de evaluación del ajuste emocional a la discapacidad visual

A10 ¿Recientemente se ha encontrado que, a veces, no podía hacer nada porque sus nervios estaban muy mal?	4	3	2	1
---	---	---	---	---

Subescala A2. Ideación suicida

	A	B	C	D
A7. ¿Recientemente ha sentido que en la vida no hay esperanza?	4	3	2	1
A8. ¿Recientemente ha sentido que la vida no vale la pena vivirla?	4	3	2	1
A9. ¿Recientemente ha pensado en la posibilidad de acabar consigo mismo?	4	3	2	1
A11 ¿Recientemente ha deseado estar muerto y lejos de todo?	4	3	2	1
A12 ¿Recientemente se le ha pasado mucho por la cabeza la idea de quitarse la vida?	4	3	2	1

Le voy a leer una serie de frases como si las leyera Vd. Aunque estén escritas como afirmaciones, no son ni ciertas, ni falsas. Se las leo para que, simplemente, me dé su opinión sobre ellas. Para contestar dígame si está:

Totalmente de acuerdo: A.

De acuerdo, simplemente: B.

En desacuerdo, simplemente: C.

Totalmente en desacuerdo: D.

No sabe: E.

Subescala B. Autoestima

	A	B	C	D	E
B1. En general estoy satisfecho/a conmigo mismo/a.	5	4	3	2	1
B2. A veces pienso que no sirvo para nada.	1	2	3	4	5
B3. Soy capaz de hacer las cosas igual de bien que la mayoría de la gente.	5	4	3	2	1
B4. Desde luego, me siento inútil a veces.	1	2	3	4	5
B5. Siento que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso/a.	1	2	3	4	5
B6. Siento que soy una persona válida, al menos tanto como las demás.	5	4	3	2	1
B7. Ojalá tuviera más respeto por mí mismo/a.	1	2	3	4	5
B8. En general, tiendo a sentir que soy un fracaso.	1	2	3	4	5
B9. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.	5	4	3	2	1

Instrumentos de evaluación del ajuste emocional a la discapacidad visual

Subescala C. Actitudes

	A	B	C	D	E
C1. Las personas con deficiencia visual suelen fracasar en la mayoría de las cosas que hacen.	1	2	3	4	5
C2. La mayoría de las personas deficientes visuales están constantemente preocupadas por lo que les pueda pasar.	1	2	3	4	5
C3. La mayoría de las personas deficientes visuales son reservadas en sus cosas.	1	2	3	4	5
C4. La mayoría de deficientes visuales sienten que son personas que no valen para nada.	1	2	3	4	5
C5. Las personas deficientes visuales, generalmente, se alteran más fácilmente que la gente que ve bien.	1	2	3	4	5
C6. La mayoría de las personas deficientes visuales no están satisfechas consigo mismas.	1	2	3	4	5
C7. La mayoría de las personas deficientes visuales creen que la pérdida visual es lo peor que les podía haber pasado.	1	2	3	4	5

Subescala E. Aceptación

	A	B	C	D	E
E1. A causa de mi problema visual, me siento triste casi todo el tiempo.	1	2	3	4	5
E2. Me hace sentir muy mal darme cuenta de todo lo que las personas que ven bien pueden hacer y yo no.	1	2	3	4	5
E3. A causa de mi problema visual, tengo poco que ofrecer a los demás.	1	2	3	4	5
E4. A causa de mi problema visual, la vida de los demás tiene más sentido que la mía.	1	2	3	4	5
E5. Me siento satisfecho/a con mis habilidades, y por ello mi problema visual no me preocupa demasiado.	5	4	3	2	1
E6. A causa de mi problema visual, casi todas las áreas de la vida están cerradas para mí.	1	2	3	4	5
E7. Mi problema visual me impide hacer casi todo lo que quiero hacer y ser el tipo de persona que realmente quiero ser.	1	2	3	4	5
E8. En casi todo, mi problema visual me resulta tan molesto que no puedo disfrutar de nada.	1	2	3	4	5
E9. Con frecuencia pienso en mi problema visual y me altera tanto que soy incapaz de pensar o hacer nada.	1	2	3	4	5

Subescala F. Autoeficacia

	A	B	C	D	E
--	---	---	---	---	---

Instrumentos de evaluación del ajuste emocional a la discapacidad visual

F1. Abandono las cosas antes de acabarlas.	1	2	3	4	5
F2. Si algo me parece demasiado complicado, ni me molesto en intentarlo.	1	2	3	4	5
F3. Cuando decido hacer algo, me pongo enseguida a hacerlo.	5	4	3	2	1
F4. Cuando intento aprender algo nuevo, si de entrada no me sale bien, lo dejo.	1	2	3	4	5
F5. Evito intentar aprender cosas nuevas si estas me parecen demasiado difíciles.	1	2	3	4	5
F6. Si fracaso haciendo alguna cosa, lo vuelvo a intentar con más ganas.	5	4	3	2	1
F7. Abandono fácilmente.	1	2	3	4	5
F8. No me encuentro capaz de enfrentarme a los problemas de la vida.	1	2	3	4	5

LE VOY A CONTINUAR LEYENDO UNA SERIE DE FRASES. DÍGAME CON QUÉ FRECUENCIA ESTAS AFIRMACIONES LE OCURREN O LE HAN OCURRIDO A VD.

Para contestar, dígame si le ocurre o le ha ocurrido:

Siempre. A.

A menudo. B.

Algunas veces. C.

Raras veces. D.

Nunca. E.

Subescala G. Estilo atributivo

	A	B	C	D	E
G1 Todos los éxitos que he tenido han sido debidos a la suerte.	1	2	3	4	5
G2 Si las cosas van mal, se debe a causas que no puedo controlar.	1	2	3	4	5
G3 Cualquier éxito que yo haya tenido, ha sido debido a causas externas a mí.	5	4	3	2	1
G4 Cualquier éxito que haya tenido ha sido porque las circunstancias han sido adecuadas.	1	2	3	4	5
G5 Si las cosas salen bien es por buena suerte.	1	2	3	4	5
G6 Si las cosas van bien es porque la sociedad me ayuda.	5	4	3	2	1

Anexo II

Escala de ajuste a la pérdida visual relacionada con la edad (AVL) (*The Adaptation to Age-related Vision Loss Scale*)

La adaptación española de esta escala ha sido financiada por la Organización Nacional de Ciegos Españoles.

SE PERMITE LA COPIA Y DISTRIBUCIÓN DE ESTE CUADERNILLO Y SU CONTENIDO TANTO EN SU FORMA ELECTRÓNICA COMO IMPRESA, O EN CUALQUIER OTRO FORMATO, SIEMPRE Y CUANDO SE HAGA MENCIÓN EXPRESA DE LA FUENTE.



Primera edición, Madrid 2006
© de esta edición: Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE)
Dirección General. Dirección General Adjunta de Servicios Sociales
Calle del Prado, 24, 28014 Madrid
© las autoras

Nombre

apellidos:.....

Edad:..... Sexo:..... Estado civil:..... Fecha de administración:

.....

Consigna: *A continuación le leeré algunas frases relacionadas con la discapacidad visual. No son ni ciertas ni falsas, algunas personas pueden estar de acuerdo con ellas y otras no, le pido que me diga si Vd. lo está o no.*

A causa de mi pérdida visual, siento que no puedo hacer nada por mí mismo/a.			
<i>Acuerdo</i>	0	<i>Desacuerdo</i>	1
La mayoría de los servicios sociales para personas con deficiencia visual no son útiles para ayudarles eficazmente con sus problemas.			
<i>Acuerdo</i>	0	<i>Desacuerdo</i>	1
La deficiencia visual es la causa de todos mis problemas.			
<i>Acuerdo</i>	0	<i>Desacuerdo</i>	1
Puedo seguir haciendo muchas de las tareas que me gustan, lo único que pasa es que tardo más a causa de mi deficiencia visual.			
<i>Acuerdo</i>	1	<i>Desacuerdo</i>	0
Algunos miembros de mi familia actúan como si las personas con deficiencia visual fuesen una carga para ellos.			
<i>Acuerdo</i>	0	<i>Desacuerdo</i>	1

Instrumentos de evaluación del ajuste emocional a la discapacidad visual

Una persona con deficiencia visual nunca puede ser realmente feliz.			
<i>Acuerdo</i>	0	<i>Desacuerdo</i>	1
Las personas con deficiencia visual tienen que depender de los que ven bien para hacer la mayoría de las cosas que antes hacían por sí mismas.			
<i>Acuerdo</i>	0	<i>Desacuerdo</i>	1
Aprendiendo nuevas maneras de hacer las cosas, para compensar la pérdida de visión, una persona con deficiencia visual tiene la oportunidad de ser más independiente.			
<i>Acuerdo</i>	1	<i>Desacuerdo</i>	0
Las personas con deficiencia visual no pueden permitirse replicar o discutir con la familia o los amigos, ya que dependen de ella (la familia) o de ellos (los amigos).			
<i>Acuerdo</i>	0	<i>Desacuerdo</i>	1
La gente no debería esperar demasiado de las personas con deficiencia visual.			
<i>Acuerdo</i>	0	<i>Desacuerdo</i>	1
Es humillante para las personas con deficiencia visual depender tanto de la familia y amigos.			
<i>Acuerdo</i>	0	<i>Desacuerdo</i>	1
Aunque las circunstancias de mi vida han cambiado, sigo siendo la misma persona de antes de la pérdida visual.			
<i>Acuerdo</i>	1	<i>Desacuerdo</i>	0
Es demasiado difícil, para las personas mayores que han perdido visión, aprender nuevas maneras de hacer las cosas para compensar la deficiencia visual.			
<i>Acuerdo</i>	0	<i>Desacuerdo</i>	1
A las personas deficientes visuales les convendría aceptar que el déficit visual las vuelve bastante indefensas.			
<i>Acuerdo</i>	0	<i>Desacuerdo</i>	1
Las personas que experimentan la pérdida visual de mayores nunca serán capaces de aprender a moverse sin tropezar con las cosas.			
<i>Acuerdo</i>	0	<i>Desacuerdo</i>	1
Me siento cómodo/a pidiendo a mi familia o a mis amigos ayuda en cosas que ya no puedo hacer a causa de mi pérdida visual.			

Instrumentos de evaluación del ajuste emocional a la discapacidad visual

<i>Acuerdo</i>	1	<i>Desacuerdo</i>	0
Generalmente a la gente que ve bien no le gusta estar con personas que tienen problemas visuales graves.			
<i>Acuerdo</i>	0	<i>Desacuerdo</i>	1
Cuando una persona pierde visión, sus amigos que ven bien no la entienden como antes.			
<i>Acuerdo</i>	0	<i>Desacuerdo</i>	1
Perder la visión significa perder la identidad.			
<i>Acuerdo</i>	0	<i>Desacuerdo</i>	1
Las personas con problemas de visión están incómodas haciendo nuevas amistades porque suelen tener problemas para ver las caras de la gente claramente.			
<i>Acuerdo</i>	0	<i>Desacuerdo</i>	1
Existen cosas peores, que pueden ocurrirle a una persona, que perder la vista			
<i>Acuerdo</i>	1	<i>Desacuerdo</i>	0
Las personas sin problemas de visión esperan que las personas con deficiencia visual hagan cosas que son imposibles.			
<i>Acuerdo</i>	0	<i>Desacuerdo</i>	1
A causa de mi problema visual, tengo miedo de que la gente se aproveche de mí.			
<i>Acuerdo</i>	0	<i>Desacuerdo</i>	1
Es mejor para las personas con problemas de visión dejar que los demás hagan las cosas por ellas.			
<i>Acuerdo</i>	0	<i>Desacuerdo</i>	1

Anexo III

Questionario Tarragona de ansiedad para ciegos (CTAC)

El desarrollo de este cuestionario ha sido financiado por la Organización Nacional de Ciegos Españoles

SE PERMITE LA COPIA Y DISTRIBUCIÓN DE ESTE CUADERNILLO Y SU CONTENIDO TANTO EN SU FORMA ELECTRÓNICA COMO IMPRESA, O EN CUALQUIER OTRO FORMATO, SIEMPRE Y CUANDO SE HAGA MENCIÓN EXPRESA DE LA FUENTE.



Primera edición, Madrid 2006
© de esta edición: Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE)
Dirección General. Dirección General Adjunta de Servicios Sociales
Calle del Prado, 24, 28014 Madrid
© los autores

Nombre y apellidos:.....
Edad:..... Sexo:..... Estado civil:..... Fecha de administración:

Consigna:

A continuación le voy a leer unas frases. Casi todas comienzan con un «Imagínese...» y continúan después con un supuesto que tiene que ver con su situación visual. Es posible que muchas de esas experiencias no las haya vivido todavía. Le pido que haga un esfuerzo de imaginación, incluso en aquellas que le parezca imposible llegar a estar. Si ya las ha vivido, imagínese que las vive de nuevo. Después de la situación le pediré que diga cómo cree que reaccionaría. Su respuesta deberá indicar cómo cree que reaccionaría de vivirlas AHORA, en el MOMENTO ACTUAL. Para responder utilice los números del 1 al 5. Siendo:

- 1. Muy poco.*
- 2. Un poco.*
- 3. A medias.*
- 4. Bastante.*
- 5. Mucho.*

Una manera de hacerlo es que se imagine un termómetro, en el que el 1 sea lo más bajo y el 5 lo más alto, y se imagine que la intensidad de la sensación es la subida de la temperatura. Usted me tendrá que decir el número que corresponda.

*Ahora le voy a poner un ejemplo en el que tiene poco que imaginar:
«Imagínese que le están haciendo un test sobre su situación actual,
¿En qué medida se siente alterado?»*

1 2 3 4 5

Es importante que se insista en que hay que responder dando un número.

<i>1(C1) Imagínese que estando solo/a en casa se le cae una cuchara al suelo y no la encuentra. ¿En qué medida se siente impotente?</i>	<i>1 2 3 4 5</i>
<i>2(C2) Imagínese que estando en casa de unos amigos, con muchos objetos de</i>	<i>1 2 3 4 5</i>

Instrumentos de evaluación del ajuste emocional a la discapacidad visual

decoración, necesita ir al baño. ¿En qué medida le cuesta decidirse?	
3(C3) Imagínese que le invitan a una reunión de antiguos compañeros/as. ¿En qué medida se preocupa pensando en las reacciones que tendrán?	1 2 3 4 5
4(F1) Imagínese que realiza, solo/a, un trayecto a pie nuevo para Vd. ¿En qué medida cree que llegará sudoroso/a (por los nervios) al final del mismo?	1 2 3 4 5
5(F2) Imagínese la primera vez que sale a la calle sin guía. ¿En qué medida siente latir su corazón?	1 2 3 4 5
6(C4) Imagínese que al vestirse no distingue entre dos camisas/blusas. ¿En qué medida se siente impotente?	1 2 3 4 5
7(C5) Imagínese que le presentan a alguien importante para Vd. ¿En qué medida le preocupa su propio aspecto?	1 2 3 4 5
8(C6) Imagínese que va a tocar una jarra. ¿En qué medida siente que la puede romper?	1 2 3 4 5
9(C7) ¿En qué medida piensa en su problema?	1 2 3 4 5
10(F) Imagínese que hace un itinerario con ayuda del profesor de movilidad y se complican las pistas para orientarse. ¿En qué medida se le acelera el corazón?	1 2 3 4 5
11(F) ¿En qué medida los ruidos inesperados le dejan sin respiración?	1 2 3 4 5
12(F) Imagínese el primer recorrido con el bastón blanco. ¿En qué medida se siente tenso/a?	1 2 3 4 5
13(F) Imagínese que regresa a casa después de un itinerario. ¿En qué medida siente que vuelve a respirar?	1 2 3 4 5
14(F) Imagínese que yendo solo/a por la calle se siente rodeado/a por un grupo de niños y niñas que pasan. ¿En qué medida siente que le tiemblan las piernas?	1 2 3 4 5
15(F) Imagínese que al día siguiente tiene que hacer, solo/a, un trayecto nuevo. ¿En qué medida duerme mal esa noche?	1 2 3 4 5
16(C) Imagínese que, realizando una actividad, le hacen una pequeña crítica. ¿En qué medida siente ganas de llorar?	1 2 3 4 5
17(C) Imagínese que, realizando una actividad, se le hace tarde para acabarla. ¿En qué medida se siente desbordado/a?	1 2 3 4 5
18(C) Imagínese que va a realizar una tarea complicada. ¿En qué medida piensa que le va a salir mal?	1 2 3 4 5

Instrumentos de evaluación del ajuste emocional a la discapacidad visual

19(F Imagínesse que yendo solo/a por la calle, bruscamente pita un camión. ¿En qué medida se le encoge el estómago?	1 2 3 4 5
20(C ¿En qué medida los nervios le hacen olvidar hasta lo más sencillo que aprende?	1 2 3 4 5
21(C Imagínesse que tiene que dirigirse a una persona desconocida para preguntar una dirección. ¿En qué medida se siente cohibido/a?	1 2 3 4 5
22(C Imagínesse que al entrar en un lugar público siente que se hace un momento de silencio (por Vd.)¿En qué medida quisiera pasar desapercibido/a?	1 2 3 4 5
23(C Imagínesse que al ir a cruzar la calle, alguien le toma del brazo sin consultarle. ¿En qué medida se siente ofendido/a?	1 2 3 4 5
Imag Imagínesse que tiene que realizar solo/a, un itinerario tomando un autobús. ¿En qué medida siente un estado de agitación?	1 2 3 4 5
25(C. Imagínesse que al ir a pagar en una tienda, el dependiente le quita las monedas de las manos para contarlas. ¿En qué medida se siente infravalorado/a?	1 2 3 4 5
26(C Imagínesse que le invitan a una fiesta. ¿En qué medida se siente agobiado/a?	1 2 3 4 5
27(C ¿En qué medida piensa constantemente en su problema?	1 2 3 4 5
28(C Imagínesse que sale de casa solo/a, a dar una vuelta. ¿En qué medida le preocupa haberse dejado alguna luz encendida?	1 2 3 4 5
29(C. Imagínesse que alguien deja una silla en medio del comedor. ¿En qué medida siente que su hogar no es un sitio seguro?	1 2 3 4 5
30(F Imagínesse que, realizando solo/a un itinerario, oye un ruido inesperado. ¿En qué medida andará más despacio?	1 2 3 4 5
31(F Imagínesse que, paseando, su acompañante va a otro lado y se despide de Vd., quedándose solo/a. ¿En qué medida se le acelera el corazón?	1 2 3 4 5
32(F ¿En qué medida siente que tiene poca autonomía para ir donde quiere?	1 2 3 4 5
33(F ¿En qué medida siente que, en su situación actual, lloraría con facilidad a poco que empeorasen las cosas?	1 2 3 4 5
34(C Imagínesse que tiene que preguntar el número de un autobús. ¿En qué medida le irrita el tener que pedir ayuda?	1 2 3 4 5
35(F Imagínesse que realiza solo/a un trayecto a pie. ¿En qué medida cree que llegará sudoroso/a al final del mismo?	1 2 3 4 5

