



---

# PUNTO DE VISTA

ÓRGANO DEL CONSEJO MEXICANO DE OPTOMETRÍA FUNCIONAL, A.C.

NÚMERO 7 JULIO 2008

PRESIDENTE: JOSÉ LUIS CHESSAL RIVERO



" Más  
que 20/20  
El Desarrollo Visual"

EN ESTE NÚMERO:

EDITORIAL

CAPÍTULO 7 DR. SKEFFINGTON

CAPITULO 4 DR. PAUL HARRIS



## EDITORIAL

Cada vez más cerca se oye nuestro Congreso, las participaciones confirmadas de los Dres. William Padula, Larry Wallace, aparte de nuestros conferencistas como la maestra Raquel Benabib, la Dra. Martha Maqueo, MCO Efraín Castellanos, Lic. Opt. Francisco Pérez Robles y por primera vez, de la hermana República de Colombia en nuestros congresos, el Lic. Opt. Luis Fernando Estrada Restrepo llenan de expectación nuestros socios. Morelia, ciudad colonial hermosa, esta lista para recibirnos con los brazos abiertos. Los cursos pre-congreso también están muy solicitados, así que no pierdan tiempo y aparten su lugar. Los terapeutas podrán escuchar al Psc. Gabriel Perea Guzmán hablando de la percepción visual y al Lic. Opt. Y Lic. Psic. José de Jesús Velazquez quien nos ilustrará sobre el uso de lentes y prismas.

También, y gracias al entusiasmo de nuestro presidente y su mesa directiva, se llevara a cabo el primer concurso de carteles, así que si ustedes tienen un caso, un procedimiento que quieran comunicar y no quieran hablar en público es una excelente oportunidad. La recepción de trabajos se amplió hasta el 15 de este mes.

También los cursos próximos están a la espera, el curso básico de syntonics en Noviembre y el curso de terapia visual que arrancará en Querétaro por esas fechas han suscitado muchas demandas de lugar.

Nuestra carrera se ve reluciente, gracias al trabajo de Consejo.

Por otro lado, felicidades a los nuevos alumnos de la maestría que arranca en Aguascalientes. Esperemos que la completen

Finalmente quiero solicitar una fe de erratas ya que en los números pasados estuve haciendo referencia al centro de la Dra. Maqueo y del Dr. Jiménez como centro IMAK y es XIMAK. Una disculpa y se hacen las aclaraciones pertinentes.

En este número el Dr. Skeffington comienza a hablar acerca de las opciones terapéuticas de lentes y la manera de prescribirlos. Dado que no hubo respuesta a las demandas de que es lo quieren los terapeutas, ponemos a su consideración el Capítulo 4 del libro "Servicios Unicos y su Éxito" del Dr. Paul Harris donde nos habla acerca del equipo necesario en terapia visual. Disfrútenlos.

José de Jesús Espinosa Galaviz  
Editor

## CAPÍTULO 7

### TIPIFICACION DE CASOS

En el capítulo previo, discutimos el método de evaluación de casos conocido como revisión, encañamiento y tipificación. Realmente este es un método simple que da un aspecto ordenado a la consideración de un grupo de datos que, si no se integran, no tienen significado. Ha sido bien establecido en cada parte de investigación que el hombre ha iniciado, que cualquier resultado simple no puede demostrarse que es estadísticamente confiable, mientras que un síndrome tiene una alta confiabilidad.

Básicamente, esta evaluación de medidas del desempeño tomadas en la examinación analítica tiene dos objetivos: a.- determinar que lentes serán aceptados inmediatamente y b.- el punto en tiempo o el estado en el progreso del comportamiento desviado. Debe recalcarse que el desarrollo de tal comportamiento fue dividido en tres estadios o períodos de tiempo. Esta es una definición arbitraria. Realmente no hay una línea de demarcación como puede darse cuenta el estudiante precavido. Los tres períodos son identificados como:

- 1.- Donde no hay síntomas, objetivos o subjetivos, el paciente aún opera como si una entidad correctiva medible existiera.
- 2.- Cuando están los síntomas, objetivos y posiblemente subjetivos.
- 3.- Cuando existen síntomas definitivos y donde la estructura de apoyo ha cambiado.

El primero es el más dócil. Es difícil para los profesionistas volcados en el aspecto remedial, donde la terapia es prescrita total y únicamente sobre las medidas -- trátase de fiebre o pulso; hipermetropía o exoforia; mal oclusión dental o coronado de dientes-- darse cuenta que existe un estadio donde ninguna de las medidas sintomáticas se puedan tomar y aun así la desviación ya exista y esté haciendo cambios en el funcionamiento y estructura del organismo huésped.

Los perfiles indicativos de los casos no-incrustado e incrustado se muestran en la figura 6 (capítulo V). Al inicio del progreso del comportamiento erróneo, los lentes para aliviar el estrés serán fácilmente aceptados y altamente ventajosos para el paciente.

En el segundo, la presencia es evidente de que el organismo ha obtenido el mejor equilibrio posible. Los lentes tienen mucho menos ventajas y pueden ser desventajosos al paciente, si trastornan los equilibrios establecidos. Esto es cierto aún pensando que en ambos casos los lentes logran una completa agudeza estándar.

Es tiempo, probablemente que el estudiante ponga atención a la idea que la agudeza estándar, la notación 20/20, no indica la visión crítica. El organismo siempre mantiene un margen de seguridad. Un eminente científico comentó que el organismo siempre mantiene un muy amplio margen de seguridad, por esto es imperativo que cuando se tome una decisión, esta sea la decisión correcta.

Si la óptica fisiológica del ojo reducido de Gullstrand se estudia, y se le da la suficiente consideración a la acción de la luz entrando al ojo y su distribución sobre la retina, llega a ser evidente que habrá un rango mucho más extenso en el cual cierta magnitud de discriminación pueda ser mantenida, aun cuando pueda haber cambios apreciables en los valores dióptricos dentro del ojo mismo. La manera de medir la agudeza vernier que se pueden hacer bajo condiciones de absoluto control con líneas de luz finísimas, mide un umbral de visión crítica con más exactitud que la línea estándar 20/20. Sin embargo, la forma de visión crítica es raramente usada.

La idea es que la agudeza de 20/20 no es la visión más crítica de la cuál el organismo es capaz, sino que representa un nivel de visión que permite la retención de un rango útil con un margen de seguridad adecuado de seguridad y que presenta un conocimiento de ayuda. La presencia de un

20/20 no significa que no existan problemas. Los cambios dentro de los componentes de la visión pueden ser considerables. La efectividad del comportamiento visual puede estar disminuido significativamente y aún así manifestar una agudeza 20/20.

Los lentes que se colocan al paciente puedan brindar una ayuda notable, aún si permanece el nivel de identificación del 20/20. Los lentes representan una alteración muy definida en la distribución de energía radiante sobre la retina sin sobrepasar los límites de un nivel de identificación útil y valioso. El entendimiento de un rango dentro del proceso de identificación es una señal útil en el entendimiento del método y la razón del proceso completo de la adaptación de lentes para propósitos más altos elevados que la obtención de una agudeza estándar. Durante todo el progreso del comportamiento desviado, desde el primer impacto de las tareas incapacitantes hasta que la estructura de apoyo ha cambiado para evitar al organismo un mayor gasto de energía, se puede mantener el mismo nivel de agudeza.

Es con el propósito de ver claramente la formación del desarrollo, que se dio la lectura de los resultados por el proceso de revisión, encadenamiento y tipificación con la elaboración, junto con el desarrollo del modelo correctivo y los "no mayor" y los "no menor". Esto último requiere más elaboración, depende sobre el entendimiento de los varios casos típicos. La primera pregunta para ser contestada es "¿Qué es la tipificación de casos?". Operacionalmente, una tipificación de casos es un método de llegar a una prescripción de lentes. Aún sobre estas bases, es necesario entender algo de lo fundamental de lo subyacente de varios casos típicos.

### **Filosofía de la Tipificación de Casos.**

Alguna vez se estableció en la Fundación de Graduados Clínicos (formada por el Dr. Skeffington varios años antes de su asociación con el Optometric Extension Program en 1928) no inventar los tipos de casos; sino descubrirlos. La verdad es que ellos fueron conocidos clínicamente para la profesión mucho antes que los síndromes exactos fueran determinados. Los practicantes que fueron observadores perspicaces en los viejos tiempos aplicaban lentes sobre las bases de lo que es ahora conocido como tipificación, pero sin una razón transmisible para hacer lo que hacían.

Fundamentalmente, hay solo dos casos típicos básicos. Ellos pueden ser etiquetados como el característico y el no-característico. Pudieron haber sido nombrados con letras Griegas o haber tenido nombres largos. Por simplicidad ellos fueron llamados los casos típicos "B" y "C". Harold Haynes, O.D. del Pacific University College of Optometry estableció que el tipo B es uno que puede aceptar el positivo indicado en la examinación analítica, mientras que el caso C es aquel caso que característicamente no acepta el positivo.

El caso B es el individuo que hace la respuesta característica a las socialmente compulsivas tareas visuales de cerca, de un impulso para centrar más cercano que la localización de la identificación.

El caso C es aquel que hace el tipo de respuesta contraria. Este es el no-característico y es probablemente una respuesta bioquímica no característica. Cualquiera que sea la causa básica, este demanda un enfoque completamente opuesto en la adaptación de lentes.

El tipo B se divide en dos tipos de aplicación de lentes, el B1 y el B2. El programa de adaptación de lentes difiere solo de lejos. En el tipo B1 el programa establece que el total de positivo es aceptado para todos los puntos en el espacio. El tipo B2 requiere que se dé el total de positivo para cerca pero reducir el positivo para lejos. El caso C demanda que el positivo se reduzca en todos los puntos. Consecuentemente, en los dos casos típicos más comunes, el total de positivo es aceptado para cerca, mientras que en dos tipos debe reducirse para lejos.

La diferencia está basada en las ducciones. Cuando los resultados para romper base-dentro de lejos (#11) y base-fuera de cerca (#16B) son bajos, la totalidad del positivo es aceptado en todos los

puntos. Cuando el base-dentro para romper de lejos (#11) y de cerca (#17B) son bajos, se da el total de positivo para cerca y reduce el positivo para lejos. Cuando el base-fuera para romper de lejos (#10) y de cerca (#16B) son bajos, reduce positivo para lejos y cerca. Deberá notarse que en estos programas de adaptación de lentes las direcciones no son indicativas de la tipificación de casos.

El caso tipo B1, conforme se mueve más y más cerca del equilibrio desviado, tiende a mostrar un base-fuera para romper de lejos (#10) bajo, así como también el base-fuera para romper de cerca (#16B). El programa de adaptación de lentes está dictado por el estado de las ducciones, pero en la tipificación de casos permanece este de B1.

La cantidad del positivo que debe ser reducido depende sobre la demanda que se haga individualmente sobre el paciente. Si hay un requerimiento exacto, cuando la agudeza debe ser mantenida durante largos periodos de tiempo, más positivo debe ser substraído que si la mirada es casual y las demandas críticas bajas. En cualquier evento la cantidad máxima que es necesario substraer es .75D. Esta no es una cantidad empírica. Las investigaciones han mostrado que la cantidad medida como una hipermetropía la cuál es característica de los miembros de la especie es cerca de .75D.

La cantidad que puede ser ocupada por un lente es siempre el neto prescriptible de cerca o el total de la Fórmula Básica (#7) de lejos. En cualquier caso, esta podría ser una aplicación total de lentes. Cuando una reducción es necesaria, siempre se hace desde el #7 o el neto prescriptible de cerca. Debe recalarse que los resultados borrosos son tomados para determinar si el poder del lente revertirá el arreglo que ha sido colocado por el organismo o no. El neto prescriptible de cerca es la parte neta del cilindro cruzado aceptable en los resultados borrosos.

### **La Invalidación de la Inversión.**

En el desempeño visual incapacitante, el negativo para borrar completamente (#20) debe ser más alto que el positivo para borrar completamente (#21), y el base-fuera para borrar completamente (#16A) debe ser más alto que el base-dentro para borrar completamente (#17A). La discusión en los capítulos previos de este curso indican que una de las respuestas características al impacto de las tareas cercanas es el movimiento del positivo para borrar completamente hacia arriba, así como el base-fuera para borrar completamente se mueve hacia arriba en su medida cuantitativa. La adición de positivo podría disminuir el positivo para borrar completamente e incrementar la medida del negativo para borrar completamente. En tanto que esto no se invierta estos resultados, de tal manera que el positivo alto y el negativo bajo no se conviertan en un negativo alto y un positivo bajo, este poder del lente es aceptable en aquellos resultados. Cuando el poder positivo a través del cual se han tomado estos resultados los invierta, entonces se considera que están contraindicados.

Por ejemplo, si el neto del cilindro cruzado fuera de +1.25 y este invirtiera los resultados para borrar completamente (#20 y #21), mientras que un +0.75 fue el máximo que no los invirtió, puede decirse que un +0.75 es el neto prescriptible para cerca. Esto podría considerarse aplicado en un lente si el programa de aplicación de lentes indicado por las ducciones muestra aceptación positiva de lentes para cerca. El positivo deberá reducirse si el programa de aplicación de lentes derivado de las ducciones indican una reducción del positivo de cerca.

Las limitaciones "no mayor" y "no menor" están derivadas de la cantidad del neto prescriptible de cerca y el #7 de lejos, el cuál proporciona el máximo, y la cantidad remanente si se resta un 0.75D lo cual indica lo mínimo. Muchos métodos han sido diseñados para llegar a la selección óptima dentro de este rango. La determinación de igualar la constancia del tamaño (SILO-- vea el Capítulo 3) ha sido un procedimiento sugerido. Sobre la totalidad, el asunto parece depender de averiguar el

nivel de comportamiento adaptativo logrado y las demandas visuales del paciente por su medio ambiente.

Como se describió al inicio de este capítulo, varios cambios en el valor dióptrico son posibles mientras el paciente mantiene una agudeza estándar. Este nivel de agudeza está dentro del rango en el cual él puede operar la magnitud de la identificación adecuada en su vida diaria. Esto está lejos de un umbral crítico. Las investigaciones de laboratorio con sus tableros, pupilas artificiales, líneas diminutas y manchas de luz sin bases o patrones, densidad o textura están haciendo un estudio de la actividad visual que es completamente inútil y nunca aproximado con la vida diaria con la que el paciente tiene que lidiar.

Kurt Goldstein dijo que cuando el organismo reduce el medio ambiente, esto está sucediendo ahora! Para esta reducción del medio ambiente no es necesaria una pérdida de agudeza, como en la miopía incipiente, no es una pérdida del centrado bilateral como en el estrabismo, sino que puede ser completamente cortical. Sin embargo, las respuestas distorsionadas dentro del organismo imponen cambios sobre los mismos mecanismos receptores. Consecuentemente, estas distorsiones, o encogimientos del mecanismo visual, que no se muestran como miopía o estrabismo, a pesar de esto producen cambios en las coordenadas espaciales de tal modo que se pueden medir para revelar la presencia de un desempeño desviado.

Deberá notarse que estas son siempre medidas del movimiento de retorno hacia un equilibrio. Los movimientos hacia el comportamiento distorsionado son instantáneos. Aquí no fluyen a través del tiempo. Una tarea incapacitante va unida a la incapacidad conjuntamente con el tiempo. Sin embargo las manifestaciones de ella toman tiempo. Siempre el organismo está haciendo lo que debe hacer para llevar al mejor desempeño posible a pesar de los obstáculos.

Las medidas hechas en la examinación analítica son siempre medidas de lo que el organismo ha hecho desviado. Es innecesario decir, que algunas veces estas medidas, instituidas por el organismo para su propio interés pueden, una vez puestas en movimiento, seguir también para lejos.

Fue Walter B. Cannon, Ph.D., en su libro, "Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage" ("Cambios Corporales en Dolor, Hambre, Temor y Rabia", N. T.), quien estableció (pag. 243) que "podemos admitir la utilidad común de cambios como preparaciones para la acción" y entonces vamos a establecer con más detalle que es necesario "admitir también que tales cambios pueden llegar a ser tan persistentes que pueden ser una amenaza en vez de un beneficio". En el capítulo previo discutimos el asunto de la primera absorción de exoforias y el desarrollo posterior exoforias altas. En esta conexión, bien puede considerarse la afirmación anterior de Cannon. Lo mismo es cierto de otras de las desviaciones-- aún el miope y el estrábico.

En el empeño para lograr un equilibrio, el organismo puede inducir desarrollos que no contribuyen a la serie de cambios estandarizados que constituyen el síndrome convencional. Esta clase de desviaciones está ejemplificada por la respuesta distorsionada conocida como el tipo B2. El B2 es característicamente un B1 distorsionado. Llevándolo lo suficientemente lejos a lo largo de la propia vía de remedio, el B2 revierte como un B1. La inversión no es real. El B2 parece ser más común en aquellas áreas donde hay una aplicación intensa de las tareas visuales de cerca biológicamente inaceptables.

En el libro por Samson Wright, Ph.D. "Applied Physiology" ("Fisiología Aplicada" N.T.) (Pag. 26) está la frase interesante que el "Rebote" es un fenómeno peculiar de acción refleja y aún no ha sido completamente explicado". Luego, después de unos detalles de experimentación dice " Se piensa que el rebote es debido a una "sobre-ritmo" en los centros -- un estado de sobreexcitación seguido de un estado de inhibición". Posiblemente no aplicable del todo y aún exhibiendo un comportamiento paralelo muy interesante, en el tipo B2 hay una disminución de la ducción (#17B) opuesta a la que es característicamente baja en el tipo B (#16B), aun así todo el resto del síndrome permanece

inalterado. Este es un resultado de rompimiento que es distinguidamente característico de los casos B2. Este es un cambio en el síndrome que hace oportuno prescribir menos que el total de la Fórmula Básica para usar de lejos, mientras que se hace el intento para tener la totalidad del neto prescriptible de cerca para usar en de cerca.

Este es el tipo que ha provocado tanta discusión como la posibilidad de dar bifocales a los niños. Cuando la cantidad de positivo para dar difiere significativamente de lejos y cerca, los lentes de foco dual proporcionan la solución principal. Casi se puede pensar acerca de ellos como tener "dos pares de ojos, unos para lejos y otros para cerca". La sabiduría de no dar nunca un lente que represente más que la cantidad de latitud libre para ser ocupada por un lente ha sido muy bien conocida.

La emergencia del tipo B2,

5\_\_\_\_\_

9 11 17B

y la comprensión de que poderes de lentes diferentes pudieran necesitarse a puntos diferentes, impulso una de las amonestaciones más valiosas económicamente. Nombrada por uno de los hombres más exitosos, la regla más importante jamás formulada, dice, "Nunca proporcione un lente de visión sencilla para uso constante mayor que los netos de cerca". Deberá recalcarse que el neto de cerca es el neto prescriptible; que parte de los netos del cilindro cruzado se acepta en los resultados de borroso.

Todas estas cosas están derivadas de las medidas hechas en la examinación analítica. Aún así, esta examinación por sí misma no es completamente una agencia independiente del significado de los resultados tomados en una examinación psicométrica. Esto depende en parte del grado de incrustación que esta teniendo lugar. ¿Que tan lejos va el organismo hacia cambiar la estructura real? De esto dependen muchos de los procedimientos de adaptación de lentes.

Sin embargo, la totalidad del procedimiento debe estar organizado. Los resultados han sido presentados algo casualmente para inducir el contenido de las lecciones. Ahora es necesario organizarlos. En el siguiente capítulo, se elaborará la organización de las pruebas psicométricas en comportamiento visual para mostrar que tanta exactitud se puede tener en la adaptación de lentes.

## **CURSO BÁSICO DE SYNTONICS**

**PRIMER CURSO EN MÉXICO AVALADO POR EL**

**COLLEGE OF SYNTONICS OPTOMETRY**

**IMPARTIDO POR EL**

**DR. SAMUEL BERNE, FCOVD, FCSO**

**Se abordarán también temas de nutrición y visión, integración de reflejos (nuevos avances y terapia visual perceptual. El curso incluye la membresía por un año al College of Syntonics Optometry**

**SAN LUIS POTOSÍ, SLP. NOVIEMBRE 14, 15 Y 16**

**Mayores informes: Dr. Jesús Espinosa Galaviz Tel. (834) 315-3886**

**CUPO LIMITADO**

**PREGUNTA POR LA OPCIÓN DE PAGOS DIVIDIDOS**

## **CAPÍTULO 4**

### **ELIGIENDO EL EQUIPO DE ENTRENAMIENTO**

**PAUL HARRIS, O.D.**

Los métodos presentados en este capítulo fueron usados en una asociación práctica sobre mi graduación del Colegio de Optometría de la Universidad Estatal de Nueva York, Colegio de Optometría en 1979. Durante este tiempo, yo adicione entrenamiento visual a mi práctica optométrica general. Más de 30 pacientes fueron enrolados en el programa de entrenamiento dentro de los primeros seis meses. Este capítulo discutirá el equipo necesario, espacio y requerimientos de personal y/o asignaciones para adicionar entrenamiento visual a su práctica.

¿Necesito un Asociado?

Esta pregunta muy importante debe ser considerada sobre unas bases individuales. Hay numerosas maneras de adicionar entrenamiento visual a una práctica ya existente. Usted simplemente puede ofrecer entrenamiento; sin embargo, usted puede no tener ni el tiempo ni los conocimientos necesarios. Dado el potencial para ayudar pacientes y para incrementar la estabilidad de sus recursos financieros, un nuevo asociado puede ser la respuesta. Debido a que cada situación es única, no existe una solución universal para todos.

La adición de un nuevo asociado incrementa significativamente la oportunidad de una asociación exitosa. Muchas prácticas no pueden apoyar un optometrista adicional que ofrece los mismos conocimientos o muy similares, experiencia y servicios. Cuando los servicios de entrenamiento visual son adicionados y mantenidos adecuadamente, la práctica mejora sobre todo.

Usted puede no tener el tiempo o las energías para establecer un programa de entrenamiento visual particularmente si usted ofrece servicios optométricos generales incluyendo adaptación de anteojos y lentes de contacto! Usted puede tener deseos de expandirse, o posiblemente intente algo menos exitoso, pero tiene ánimo. Recuerde, usted se interesa en sus pacientes, junto con su membresía activa en OEP, mótvase a proporcionar entrenamiento visual como parte de un servicio optométrico comprensivo. ¿Tiene menos citas de las deseadas y desea estimular su práctica? Quizás existan otras razones para su deseo de adicionar entrenamiento visual que no se han expresado aquí. Cada motivación de los individuos es diferente.

Yo adicione terapia de visión a mi práctica general uniéndome a un practicante de solo 25 años. Afortunadamente este optometrista tenía un concepto comportamental; pensaba que sus citas extremadamente ocupadas le prevenían de mantenerse al corriente con la teoría del entrenamiento visual y avances clínicos e instituyendo un programa formalizado en casa. El tenía, sin embargo el soporte básico del equipo de entrenamiento visual. De este modo comenzó con una inversión mínima inicial. Aún si en su práctica no tiene este equipo, se sorprenderá de cuan poco dinero en necesario.

Aunque una opción es adicionar terapia de visión vía asociación existen numerosas opciones. El material educativo del OEP contiene teoría, procedimientos clínicos e ideas sobre practica gerencial para individuos motivados para leer, para estudiar ya sea solos o en grupos y finalmente para implementarlos. El personal para-optométrico cada vez más en uso, puede proporcionarle el tiempo para comenzar a entrenarse usted mismo.

Con cerca de 1,000 optometristas se gradúan cada año, con una edad promedio del optometrista practicante de 55 años y con las oportunidades profesionales escasas para los nuevos graduados, un nuevo graduado adicionado a su personal puede ser una decisión adecuada para usted. Innumerables ganancias pueden resultar; entre ellas cubrir las vacaciones y las emergencias, consulta de colegas en confianza y oportunidades de retiro a través de un acuerdo de compra/venta.

Muchos practicantes sintieron previamente que la terapia de visión era un esfuerzo de perdida de dinero; sintieron que un nuevo asociado requería un cambio significativo en el estilo de vida estable-

cido del compañero. ¡Este no es el caso! Después de una inversión inicial en equipo, ajustes a mediano plazo y desembolso de salarios, la práctica puede mostrar beneficios en el primer año.

### Equipo Necesario

La lista en el apéndice A puede ser usada como una guía. Ha sido adaptada de una lista original por Arnold Sherman, O.D., de Merrick, N.Y. Yo he alterado la lista para reducir la inversión inicial. Ni este curso ni OEP están imponiendo algún equipo particular, fabricante o distribuidor. Cuando dos ítems equivalentes son usados para tareas similares, el menos caro es dado primero. Escriba por catálogos de cada una de las fuentes dadas.

La mayoría de los casos que pueden beneficiarse del EV han sido denominados "pacientes con habilidades generales" en la Universidad Estatal de Nueva York (SUNY). Estos casos pueden ser diagnosticados casi completamente del estándar analítico y pruebas de habilidades visuales junto con algunas formas de retinoscopia de cerca, i.e. de punto de estrés o MEM. Si se identifican apropiadamente, estos casos son más prevalentes y necesitan la más pequeña inversión para tratamiento. La examinación adicional y el equipo de entrenamiento que es necesario para ambliopía, casos de estrabismo y niños con dificultades educacionales está más allá del nivel de habilidades generales. Si usted quiere comenzar el entrenamiento visual usted mismo y no quiere contratar a un asociado, le recomiendo que maneje solamente pacientes de habilidades generales y refiera los tipos más complejos a los más experimentados y mejor equipados. Recuerde, los números de estos casos son la minoría de los casos de entrenamiento. Puede ser difícil justificar una inversión extra para un relativamente pequeño número de pacientes. Por otro lado, si usted se asocia, completamente le recomiendo el equipamiento total y el manejo de estos casos. El nuevo asociado puede dedicar tiempo y energía a esos casos y eventualmente recibirá referimientos de otros optometristas no tan bien equipados.

Las diferencias en técnicas de terapia de visión y filosofía entre los practicantes cuenta con pocas diferencias en las listas de equipo. Las listas de suministros dadas aquí le proporcionaran alguna guía general y la información necesaria para comprar el equipo deseado. Comúnmente todo el equipo en la primera sección puede ser obtenido por aproximadamente \$1,450 Dlls. Usted puede ser capaz de ahorrar comprando a través de un laboratorio local. El equipo de ambliopía y estrabismo es de aproximadamente \$650 Dlls.; la sección final de equipo cuesta alrededor de \$975 Dlls.

### ¿Cuanto espacio necesito?

El entrenamiento visual requiere de una cantidad de espacio. Aún así, yo comencé entrenando en un segundo cuarto de examinación que solo media 10' por 13' (3 m x 3.33 m). Este aún contenía el sillón, el poste y otros equipos. Conforme el número de pacientes en entrenamiento se incrementó, yo necesite más espacio. Entonces yo aumente gradualmente hasta cerca de 600 pies cuadrados expresamente para terapia visual. Mis cuartos de terapia visual (3) ahora tienen más de 900 pies cuadrados de mis 2800 pies cuadrados de consultorio. Para comenzar, simplemente coloque el equipo de entrenamiento en su consultorio actual. Será más fácil si usted puede encontrar un cuarto simple para la administración de la terapia. Un viejo refrán dice, "Si no esta listo para ser usado y accesible, entonces no será usado". Otro refrán dice, "Out of sight, out of mind" ("Fuera de mi vista, fuera de mi mente"). Tenga su equipo colocado, accesible y listo para usar. Nathan Flax, O.D. y Stuart Rappaport, O.D. han diseñado un ingenioso sistema de pizarrones en el muro para la manera de mantenimiento de su equipo. De esta manera mucho equipo puede ser localizado y movido a su posición en segundos. Ellos tienen empacada una gran cantidad de equipo dentro de un espacio relativamente pequeño.

### Personal de Apoyo

Las responsabilidades de su personal de apoyo cambiarán cuando usted incluya servicios de terapia visual. El entrenamiento visual demanda más tiempo de su personal en programación, comuni-

caciones paciente/profesional y trabajo de oficina. Realmente, las dificultades de programación no deben ocurrir hasta que usted este muy ocupado. El personal debe reservar un tiempo particular para aquellos pacientes quienes son vistos una o dos veces por semana.

Para aquellos pacientes que no pueden dejar el trabajo por su entrenamiento, haga algún tiempo disponible ya sea muy temprano por la mañana o muy tarde por la noche. Cuando ambos padres acudan a la conferencia después de la evaluación de terapia, aparte tiempo temprano por la tarde. Cuando comience el entrenamiento visual, probablemente programe pacientes cuando usted tenga un espacio libre que ellos puedan acudir. Sin embargo, pruebe a trabajar reservando espacios de tiempo para entrenamiento visual y apoyar a su personal en evitarle dificultades de programación.

Existen grandes cantidades de papel acerca del trabajo que resultan de la adición del aspecto de entrenamiento de su práctica. Cuestionarios que se envían por correo, cartas de agradecimiento a los que refirieron al paciente o al profesional que lo hizo y reportes escritos para todas las partes relacionadas son solo unas pocas de las cosas que hay que hacer. Es esencial, por lo tanto, tener todas las cartas y reportes escritos y cuidadosamente revisados. La apariencia de los reportes es tan importante como el contenido. Palabras mal escritas, márgenes incorrectos, palabras incorrectas e impresos mal corregidos demeritan una apariencia profesional y siempre deben ser evitados. Las comunicaciones no profesionales pueden disminuir grandemente el valor de la práctica construida de estas herramientas comunicativas.

Yo he encontrado que para practicar entrenamiento visual se requiere del uso de numerosos materiales impresos. Muchas técnicas, formas de examinación y formas organizacionales son usadas repetidamente. He descubierto que una máquina copiadora es la manera más económica para manejar esta situación.

En los pasados seis meses nuestro personal sacó más de 12,000 copias para usarse en la práctica. Muchas fueron para propósitos de entrenamiento puesto que reportes y correspondencia son manejados a través del procesador de palabras e impresora láser. Como mencionamos anteriormente, cada persona recibe un reporte original, nunca una copia xerográfica.

El manejo de las formas de reclamos de seguro representa otra demanda de tiempo del personal. Cerca del 95 por ciento de mis pacientes de entrenamiento visual poseen alguna forma pago de una tercera parte. El entrenamiento visual es generalmente cubierto bajo la póliza de seguro del paciente de gastos médicos mayores. Yo he encontrado en general que ninguno de los planes del cuidado de la salud cubre entrenamiento visual como tal. Cada agente de seguros tiene su propia forma de llenarla. Muchas preguntas en la forma relacionadas a accidentes o enfermedades específicas; frecuentemente ellos tienen poco que hacer con las condiciones visuales para las cuales el entrenamiento visual proporciona una respuesta.

Yo uso una forma estandarizada suplementaria de las formas de reclamo similar a las disponibles en el Colegio de Optometristas en el Desarrollo de la Visión (COVD), 353 H St. Suite C, Chula Vista, CA 92010. Entrene a mi personal a llenar esta forma, en vez de las diferentes que son llevadas por cada paciente individual y esto fue muy simple. Completamos la forma con el registro de examinación del paciente y el diagnóstico; toda la demás información es obtenida del archivo mayor del paciente. La primera forma es enviada inmediatamente después del final de la conferencia.

Para enviar en un reclamo completo, el paciente debe obtener su propia forma de gastos médicos mayores de su compañía de seguros y llenar las partes referentes al paciente. Algunas formas tienen secciones para el empleador del paciente. Esto debe ser hecho antes que la forma llegue a mi consultorio. Se sacan varias fotocopias de la forma para reclamos de continuación subsecuentes. Cada mes, todas las formas de seguro de pacientes de entrenamiento visual y sus registros son procesados. Este proceso no toma más que de una a una hora y media desde su inicio al final. Los pacientes usualmente reciben reembolsos sobre una base regular de sus compañías de seguros. Yo mantengo los registros de las compañías que reembolsan y las otras que no. Esta información es reportada regularmente al COVD.

## APENDICE A LISTA DE EQUIPO MINIMO

### Equipo de habilidades generales

Cuerdas de Brock (12)  
Salvavidas, opacas (50) y transparentes (10), (Mast Development company, Keystone View Division, 2212 East 12th St., Daveport, Iowa 52803)  
Bernell-O-Scope (Bernell Corporation, 422 East Monroe St., South Bend, IN 46601) o cualquier estereoscopio tipo Keystone  
Cartillas de prueba de habilidades visuales Keystone, completas  
Estereoscopio oblicuo de espejo simple Bernell/ quirosopio  
Formas de trazado de quirosopio (Circle Printing Company, P.O. Box 13073, St. Louis, MO 63119)  
Juegos de fusión de Keystone  
Regla de apertura Bernell  
Todos los vectogramas Polaroid  
Doble sostenedor de vectogramas Bernell  
Flippers: (2) rojo-verde, (2) Polaroid  
(1) +/-0.50 D                      (2) +/-1.00 D                      (2) +/-1.50 D                      (2) +/-1.75 D  
(3) +/-2.00 D                      (3) +/-2.25 D                      (2) +/-2.50 D                      (1) cada uno prismas  
4, 5, 6, 8, 10 BI/BO  
Unidades de Lectura. Controles de supresión, Bernell (10)  
Parches (2 docenas)  
Lentes rojo-verde (12) y hojas de acetato rojo-verde (10)  
Lentes polarizados (12)  
Cartillas MEM o equivalentes  
Cartillas de Keystone: AN 1-18; EC 1-12, 101-112; BU 1,2,4,5,6,7,8,16  
Lentes de entrenamiento: (2) +0.50D (2)+0.75D (2)+1.00D  
Prismas yunta 1 de cada uno; 5, 10 dioptrías BI, BU, BD, BO  
Barras para levantar con puntos de formas  
Pizarrón o pintarrón o metal enmarcado  
4 puntos de Worth

### Equipo de Ambliopia y Estrabismo

Lentes estriados de Bagolini  
Visuscopio u oftalmoscopio con tarjeta de visuscopio  
Telescopio 2X  
Barra de prismas, horizontal y vertical  
Prismas sueltos  
Estrobo  
Luces brillantes 2-3 (juguetería local)  
Libros para colorear ojos (Bernell y Keystone)  
Cartas de entrenamiento de visión Sherman (Keystone)  
Unidad de haces de Haidinger MIT

Equipo de examinación y entrenamiento para Dificultades de Aprendizaje

Lowry, "Manual de Pruebas de Diagnostico para los optometristas del Desarrollo" Obtenga información de compra en SUNY  
Test de percepción visual no-motor (Academic Therapy Publication, 28 Commercial Blvd., Novato, CA 94947)  
Test Izquierdo-Derecho de Jordan (Academic Therapy)  
Test de trazado visual de Groffman (Keystone)  
Test sacádicos King-Devic (Colegio de Optometría de Illinois)  
Bloques y formas de mosaicos de madera grandes y pequeños  
Materiales de Desarrollo Percon (Percon, Inc., 3484 Path Dr., Akron, Ohio 44319)  
Cubos DLM y diseños en 3-D (Developmental Learning Materials, 7440 Natchez Ave., Niles, IL 60648)  
Pluma motor perceptual (Wayne Engineering, 1825 Willow Rd., Northfield, IL 60093)  
Rotor - (Bernell)  
Tablero de clavijas rotatorio- (P.O. Box 395, Clute, Texas 77531)  
Pelotas de Marsden  
Libros de Trazados de Ann Arbor, i.e. trazado de letras, trazado de secuencias, tareas y comprensión, etc. (Ann Arbor Publishers, Inc., P.O. Box 7249, Naples, FL 33940)  
Palitos y barras para levantar  
Metrónomo (cualquier tienda de música)  
Taquitoscopios y materiales manuales Flash-X (EDL McGraw-Hill, Princeton Rd., Hightstown, NJ 08520) o Keystone Tac-Ette Near Vision Tach  
Agarraderas de lápices Hoyle (R&D Company, 114 Ames St., Sharon, MA 02067)

SERVICIOS UNICOS Y SU EXITO. PAUL HARRIS, O.D., CAPITULO 4  
DR. JESUS ESPINOSA GALAVIZ. TRADUCTOR. MEXICO. 1995.

## CURSO BÁSICO DE TERAPIA VISUAL

### QUERÉTARO 2008

El curso básico se impartirá durante 6 meses con una

Sesión presencial por mes (sábado y domingo)

Se contará con la presencia de maestros especializados en neurodesarrollo, terapia visual.

### CURSO AVALADO POR COMOF

A PARTIR DE NOVIEMBRE 1 Y 2 DE 2008

Mayores informes: Dr. Jesús Espinosa Galaviz Tel. (834) 315-3886

**CUPO LIMITADO**



# XIII CONGRESO ACADEMICO DE OPTOMETRIA FUNCIONAL, A. C.

**PRECONGRESO 12 DE SEPTIEMBRE**

**CONGRESO 13, 14 Y 15 DE  
SEPTIEMBRE 2008**

**MORELIA, MICHOACAN**

**INSTRUCTORES NACIONALES E  
INTERNACIONALES**

