



PUNTO DE VISTA

**PUBLICACIÓN DEL CONSEJO MEXICANO DE OPTOMETRÍA FUNCIONAL, A.C.
Número 1- 2008**

MESA DIRECTIVA 2008-2009

- LIC. OPT. JOSE LUIS CHESSAL RIVERO,
PRESIDENTE
LIC. OPT. JOSE TARANGO MENDOZA, SE-
CRETARIO
LIC. OPT. JOSE JUAN ROMO GUTIERREZ,
TESORERO
LIC. OPT. ERENDIRA MANDUJANO MAN-
DUJANO, FCOVD. VOCAL
LIC. OPT. MA. LYDIA ALVA PACHECO,
VOCAL
T. F. IGNACIO MORALES MALDONADO,
VOCAL
LIC. OPT. EFRAIN CASTELLANOS BAHE-
NA, FCOVD. DIR ACADEMICO
LIC. OPT. JAIME DE LOERA CERVANTES,
FCOVD. HONOR Y JUSTICIA
LIC. OPT. SALVADOR GONZALEZ GUE-
RRERO, VINCULACION
LIC. OPT. JOSÉ DE JESÚS VELÁZQUEZ
OSUNA — ASESOR

EN ESTE NÚMERO

EDITORIAL	2
RINCÓN DEL OPTOMETRISTA	3
RINCÓN DEL TERAPEUTA	9
SECCIÓN DE PREGUNTAS Y RESPUESTAS AVISOS PARROQUIALES	



Editor: José de Jesús Espinosa Galaviz
Correspondencia a: jespigal@prodigy.net.mx

EDITORIAL

Al Comienzo de este 2008 se abre una nueva etapa en el Consejo Mexicano de Optometría Funcional, A.C. Para nadie es un secreto de que los nuevos retos nos llevan a prepararnos más e ir de la mano con los avances de la ciencia.

En este caso ponemos a su consideración y disposición nuestra revista de Optometría Funcional "Punto de Vista" ahora en un formato electrónico y que contara con artículos y novedades del mundo de la Optometría Funcional y de la Terapia Visual.

La nueva mesa directiva se pone a sus órdenes y por este medio les da la bienvenida a todos los socios de COMOF AC esperando que se comprometan con su desarrollo profesional y solicitando al mismo tiempo que cooperen enviándonos sus puntos de vista, ideas, casos de pacientes, artículos o sus dudas o preguntas acerca de métodos de terapia, examinación o controversias. Las preguntas serán contestadas por miembros destacados y en algunas ocasiones se puede generar polémica sin embargo, la participación es algo fundamental.

Recuerden que pertenecemos a la MEJOR asociación en el ramo de la optometría de la República Mexicana y esto ha costado 13 años de trabajo continuo, investigación y actualización por parte de todos nosotros.

Compañeros, el 2008 debe ser un año de superación tanto académica como personal, y esto solo lo lograremos con la unión y trabajo de todos nosotros.

Reciban un fuerte abrazo y sobre todo les deseamos mucha salud por parte de la nueva Mesa Directiva.

PRESIDENTE: L.O. JOSE LUIS CHESSAL RIVERO
SECRETARIO: L.O. JOSE TARANGO MENDOZA
TESORERO : JOSE JUAN ROMO GUTIERREZ
PRIMER VOCAL: L.O.ERENDIRA MANDUJANO MANDUJANO,FCOVD.
SEGUNDO VOCAL: L.O. MARIA LYDIA ALVA PACHECO
TERCER VOCAL :T.F. IGNACIO MORALES MALDONADO
DIR. ACADEMICO L.O.EFRAIN CASTELLANOS BAHENA,FCOVD.
HONOR Y JUSTICIA: L.O. JAIME DE LOERA CERVANTES,FCOVD.
VINCULACION: L.O. SALVADOR GONZALES GUERRERO
ASESOR: DR.JESUS ESPINOSA GALAVIS, FCOVD.
ASESOR: DR.JOSE DE JESUS VELAZQUEZ OSUNA, FCOVD.

"FELIZ AÑO NUEVO"

L.O. JOSE LUIS CHESSAL RIVERO.
PRESIDENTE COMOF A.C.
MAS QUE EL 20/20 EL DESARROLLO VISUAL.

RINCÓN DEL OPTOMETRISTA
En esta sección incluiremos un capítulo del libro
"Introducción a la Optometría Clínica"
De A.M. Skeffington
Traducción: Jesús Espinosa

CAPÍTULO 1. LOS CILINDROS CRUZADOS_____

En cualquier estudio de las ideas y la metodología para la determinación de lentes, sobre unas bases dinámicas, el primer lugar para comenzar es en la visión de cerca. Los resultados sobre los cuales todo tiende a girar es la secuencia de pruebas conocida como las pruebas de cilindros cruzados.

El procedimiento es razonablemente bien conocido. El significado lo es menos. Para estudiar debemos estar conscientes de un aspecto del comportamiento humano conocido como el método de investigación de acción clínica. Este es un estudio donde la totalidad de las complejidades de un vasto número de "variables" deben tomarse en cuenta. Esto llegó a ser un poco pasado de moda preguntar "¿dónde están tus datos?" en el sentido de que análisis estadístico formal has hecho.

Usados como desarrollo, y para los propósitos intentados, los cilindros cruzados proporcionan probablemente la información mas correcta respecto al lente aceptado de cerca que hasta hoy se haya diseñado. La investigación de los cilindros cruzados es una de pocas donde la interrelación de los elementos combinados en el proceso para obtener la información pueda ser observada en sus operaciones relacionadas.

Alguna vez etiquetados como "convergencia" y "acomodación", los desarrollos más recientes en optometría han llevado a un refinamiento. La convergencia es el movimiento evidente y observable de los ojos hacia la persona con una real "convergencia" de los ejes visuales, o a la inversa, hasta un aparente paralelismo, o aún a un área de "divergencia". Todo esto puede ser medido y observado.

La acomodación es el cambio evidente y medido en la operación de la óptica interna del ojo. La costumbre usual es relacionar ésta a la acción del cristalino. Poca referencia se hace usualmente a los posibles cambios en el índice, o alteraciones en el pH, ya sea de la córnea, cristalino o medios transparentes. Así, para el propósito de este curso, acomodación se referirá a la "óptica interna del ojo" cualquiera que sea este cambio.

"*Alineamiento*" es un término relativamente nuevo en optometría operacional, simplemente se refiere a la estructura física de la retina. Como está en los libros de texto, la retina está anatómicamente dividida en cuadrantes. Cuando el ojo es colocado donde hay la distribución más efectiva de las intensidades de energía radiante de los cuatro cuadrantes se dice que el ojo esta alineado con el estímulo.

"*Centrado*" ha sido descrito como la selección de un área en el espacio para atención y significado. Esta es una actividad oculta. No es cuantificable u observable. Puede notarse cuando el alineamiento permanece sin cambio, pero el centrado cambia.

"*Identificación*" es el proceso de seleccionar las unidades de experiencia apropiadamente organizadas. La selección esta determinada por el "patrón" (patterning) de los pulsos electro-químicos a lo largo del nervio óptico. Este patrón esta derivado de las variaciones de las intensidades de la estimulación de los mismos elementos retinianos.

El proceso unificado total puede ser llamado "procesado de la información". Este es el proceso más valioso e importante que está dentro del organismo. Esto es la visión, el proceso dominante del homo genus. La prueba de la eficiencia, o efectividad, de este proceso es el asunto del optometrista. Una de las herramientas más potentes es el uso e interpretación de los cilindros cruzados de cerca.

Usando el lenguaje de Gesell, el proceso de alineación-centrado registra y mantiene una imagen. El proceso de acomodación-identificación define y discrimina una imagen. En el lenguaje estamos hablando como de dos. En la operación real son uno solo. Uno es función del otro. Invocando la operación de sus roles particulares, es posible obtener una guía de conocimiento de sus estados de funcionamiento.

El Método.

Un estímulo de cilindro cruzado (una cartilla de rejillas cruzadas, negras, horizontales y verticales sobre un fondo blanco) se coloca a la distancia de trabajo apropiada para el sujeto. Con adultos, es usualmente a 40 centímetros, porque esta es una distancia de trabajo característica muy cercana -- a menos que el paciente tenga los brazos muy largos o muy cortos. Sobre las bases de la mecánica corporal, a la distancia apropiada de lectura se coloca un prisma vertical ante un ojo, o se divide entre dos. Generalmente, en la práctica, se usa un solo prisma. Generalmente las dos imágenes no se ven alineadas. Se usa un prisma base-adentro para llevar el estímulo a la alineación. De aquí a la ortoforia indica una exoforia. De la posición base-afuera al alineamiento vertical indica una endoforia.

Es útil, para evitar halos de colores, reducir la iluminación a cerca de dos pies-candela sobre el estímulo, colocando la cartilla de rejilla a 40 cms. Asegúrese que el suficiente prisma vertical esté colocado de tal manera que el paciente vea dos rejillas separadas. El paciente, seguramente ve la cartilla superior con un ojo y la inferior con el otro. Coloque el cilindro cruzado en su lugar (puntos rojos en el eje "contra la regla" -90°). Adicione suficiente positivo binocularmente para hacer que vea las líneas verticales más negras en los dos estímulos. Reduzca positivo ante cada ojo, un ojo a la vez, hasta que se reporte igualdad en el negro, tanto vertical como horizontal en cada tarjeta. El paciente puede no ser capaz de lograr la igualdad, sino cambiar de "las verticales más negras a las horizontales", en este caso use la cantidad de positivo necesaria para que las verticales se vean más negras (la menor cantidad de positivo que se requiera para hacerlo). La cantidad de poder en el foroceptor es el resultado del cilindro cruzado no fusionado (#14A).

Foria Inducida

La cartilla de rejilla cruzada se usa como estímulo. Deje los cilindros cruzados en el mismo lugar con la misma iluminación reducida y simplemente incremente prismas base-adentro hasta que el estímulo superior este a la derecha del paciente. Entonces reduzca la cantidad de prismas base-adentro hasta que el paciente reporte alineamiento vertical de la rejilla. Registre la cantidad de exoforia o endoforia como la foria resultante (#15A).

El Cilindro Cruzado Fusionado

Remueva los prismas de disociación y medida, pero deje la cartilla de rejilla y el cilindro cruzado en su lugar con la iluminación reducida. Una vez más, pregunte cuales líneas están más oscuras. Normalmente, el paciente reportará que las líneas verticales están más oscuras. Si ocurre así, reduzca positivo binocularmente hasta que la igualdad se logre. Si es incapaz de obtener igualdad, use el poder del máximo positivo hasta que las líneas horizontales estén más negras. El poder en el foroceptor es el resultado fusionado (#14B).

Foria Inducida

Incremente la iluminación al nivel estándar para cerca. Remueva la cartilla de rejilla cruzada y los cilindros cruzados. Coloque una línea de letras vertical de 20/20 de la cartilla para cerca de Snellen a 40 cms. La medida de exoforia o endoforia se hace como en cualquier prueba de foria.

Ocasionalmente, algunos pacientes son incapaces de ver cualquier diferencia entre las líneas de la rejilla cruzada, mientras otros pacientes continúan reportando que las líneas verticales se ven más oscuras no importando que poder de lente se use. En estos pacientes, cambie los cilindros cruzados al eje de 180. Esto parece ser suficiente para que ellos vean la diferencia en las líneas. Los resultados, sin embargo, usualmente se incrementan un 0.25 de dioptría más positivo que lo que hacen con el cilindro cruzado a eje de 90.

Los resultados en el foroptor, después del cilindro cruzado no fusionado o del fusionado son cantidades gruesas. Para llegar a un "neto", o una probabilidad más alta de valor de lente aceptado, es necesario abstraer lo que se conoce como el "remanente" (lag). El remanente se determina en una forma muy simple. Para el resultado "no fusionado" (#14A), simplemente divida la foria encontrada entre 6 y reste la cantidad (en dioptrías) del resultado grueso del cilindro cruzado no fusionado. Para el resultado "fusionado" (#15A), divida la foria resultante entre 9, reste el producto (en dioptrías) de la cantidad gruesa encontrada en el foroptor, y la cantidad remanente será el neto del resultado del cilindro cruzado fusionado. Las modificaciones de los netos, la aplicación de la diferencia y los valores relacionados serán discutidos en capítulos subsecuentes.

El efecto de los prismas verticales fue causar al organismo que se moviera espontáneamente a la operación de "registrado y sostenido" (convergencia-centrado) más allá espacialmente que la localización (acomodación-identificación) del estímulo. Esto se puede mostrar en una ilustración simple (ver figura 1). Se puede ver que aunque hay un movimiento hacia afuera, el rango utilizable de acomodación no ha ido más allá del plano del estímulo. El paciente continúa viendo claro. Sin embargo, para restaurar la relación que había entre estos dos procesos de definir una imagen y mantenerla, es necesario volver a localizar el proceso de identificación que puede una vez más coincidir con el del registro y mantenimiento. El movimiento de acomodación fuera de donde la convergencia ha sido movida espontáneamente puede estar acompañado de lentes convexas. (La propiedad de un lente convexo es para localizar la identificación más allá del organismo en el espacio).

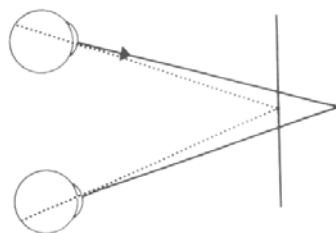


Figure 1. Accommodation
The Convergence-Centering

Hay dos métricas para las medidas de los movimientos visuales en el espacio: la dioptría prismática para medidas en cambios de convergencia, y la dioptría esférica para medidas de cambios en acomodación. Los prismas base-adentro miden los cambios de localización en la convergencia, y al mismo tiempo dan el valor dióptrico de la exoforia.

Es una cosa simple comparar el espacio métrico con la cantidad de lentes convexos usados. Seis dioptrías de prisma y una dioptría de esfera producen el mismo cambio espacial. Si la cantidad de prisma que mide el cambio espacial es conocido, entonces la cantidad correspondiente de esfera puede ser usada para restaurar la unidad de localización para la acomodación y la convergencia. Entonces la cantidad adicional de esfera positiva que puede ser usada sin producir un nuevo cambio en la convergencia medirá la cantidad de cambio que puede ser usada en la localización de la acomodación (o el proceso de identificación) sin inducir un cambio en la convergencia.

Aquí, como muchos lectores saben, está la clave del problema de obtener un límite al poder de los lentes necesarios para cerca.

La Fórmula Básica o subjetivo da una limitación para lejos. Los lentes convexos para borrar y lentes cóncavos para la agudeza visual estándar, proporcionan las fronteras limítrofes. Fue hasta que la interpretación de los cilindros cruzados se involucro en la optometría que hubo algún método de conocer que lentes pueden ser aceptados para cerca, AHORA. Debe quedar bien remarcado que los métodos de Cross, Tait y Sheard de retinoscopía dinámica fueron propuestos para dar un método de adaptar lentes para medir un "error refractivo" que pudiera existir en todos los puntos de mirada en el espacio.

El cilindro cruzado proporciona poca información sobre el lente que debe ser prescrito para lejos. Este es un resultado de cerca y tiene como su razón principal para su adopción la idea que el poder del lente necesario puede ser completamente diferente para lejos que para cerca. Esto no esta confinado a la presbicia. Esto puede ocurrir como una necesidad a cualquier edad si el impacto de la cultura ha producido una respuesta distorsionada. Esta respuesta tiene, en su momento, cambios impuestos sobre el mecanismo y, por lo tanto, sobre el estímulo y finalmente, sobre la estructura del ojo en sí mismo. El cilindro cruzado, consecuentemente, proporciona un medio de conocer que poder de lentes puede ser colocado ante el paciente para trabajar de cerca, sin condicionar un nuevo cambio de convergencia, el cual puede en su momento, simplemente poner en acción un nuevo ciclo de dificultad.

Ha sido establecido que la gente, sin problemas visuales rechazara usar un lente prescrito aún cuando a través de dicho lente se adapte perfectamente al estado refractivo medido. Adultos con un desempeño visual incapacitante, que muestran una hipermetropía para lejos, medida exactamente como en la gente que tiene un problema visual, rechaza usar el lente que "corrige la hipermetropía" si la frase arcaica se puede usar una vez mas. La pregunta de "¿Por qué?" entra aquí.

Hace muchos años, tres preguntas aparecieron y han llegado a ser clásicas en el campo de la optometría. Estas preguntas son:

¿Porque dar un lente a cualquiera que puede ver perfectamente sin uno?

¿Porque alguien rechaza un lente a través del cual puede ver perfectamente?

¿Que es hipermetropía?

Si la gente acepta un lente de poder convexo, aún cuando pueda ver claramente, ¿que cantidad de poder de lente? El enfoque clásico requiere que se dé la cantidad total. El hombre en la práctica, en el medio ambiente natural, por así decirlo, encuentra que esto no funciona. El no tiene medida. Descubre que en un amplio porcentaje (estadísticamente hablando), estará mejor si reduce positivo, negativo y cilindro de sus propias medidas. Esto es, más gente esta mejor de este modo que si se le dan los lentes que representan la totalidad del estado refractivo manifestado.

Por el otro lado, hay pocos practicantes que operan sobre las bases precisamente opuestas-- los seguidores de McCormick, por ejemplo. Dan excesiva cantidad de positivo a cualquiera. Citan sus resultados y proporcionan su terapia.

Uno necesita tomar el punto de vista del imparcial externo para entender estas cosas. Aquellos que necesitan más poder de lente convexo que lo que fue indicado por la refracción manifiesta encuentran acabando en las manos de los hombres que alardearon esto. Aquellos quienes, por razones que se presentan después en este capítulo, no toleran la cantidad mostrada en la manifiesta, logran su mejor desempeño con aquellos que prudentemente reducen el poder de los lentes por abajo del total de la cantidad mostrada. Ambos prueban su terapia estadísticamente. Ninguno tiene un modelo de trabajo. Fue el desarrollo optométrico de un modelo de trabajo el que llevo orden al caos en el mundo del cuidado visual.

Básicamente, esto no fue posible hasta la publicación (por Walter B. Cannon) de su libro "Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage" (Cambios corporales en dolor, hambre, temor e ira). La idea de que hay un significado real, utilizable en la existencia de dos sistemas efectores (uno esquelético y el otro visceral) ha estado creciendo en la mente optométrica por algún tiempo. Sin embargo, Cannon demostró que cuando uno de estos grandes sistemas nerviosos en el organismo llega a ser dominante como una cuestión de supervivencia, el otro decae tremendamente en su actividad. El cambio es de origen bioquímico. Únicamente en la visión es demandado que estos dos grandes sistemas trabajen en completa unidad y armonía. Esto es evidente aún al observador distraído que es esencial que el registro y mantenimiento de la imagen va junta y simultáneamente con la definición y discriminación de la misma.

Aun así, estos dos sistemas efectores del aparato visual no pueden ser considerados separadamente. Estos son elementos de sus sistemas dentro del organismo total. El sistema efector esquelético del ojo es una parte inseparable del sistema esquelético de todo el organismo. El sistema efector visceral del ojo es parte integrante del sistema visceral de todo el organismo. Esta unidad de los sistemas efectores del desempeño visual con los sistemas efectores de todo el organismo demanda tolerancias dentro del comportamiento visual que podrían no ser necesarias si la visión operara separadamente de todo el organismo. En otras palabras, si fuera posible operar separadamente la visión del resto del organismo, entonces la visión podría ser medida y estudiada con el resto del organismo, ignorada o desechada tanto como importen las medidas.

Esto no es posible. El organismo construyó tolerancias dentro del comportamiento visual. Aquí hay una tolerancia para la preservación de la integridad de operación del convergencia-centrado a pesar de la relación alterada entre los sistemas esquelético y visceral en todo el organismo. Esto se mide como exoforia.

Así mismo, fue necesario desarrollar una tolerancia para preservar la integridad de la identificación-acomodación a pesar de cambios en la relación entre los sistemas visceral y esquelético en todo el organismo. Esta tolerancia se mide como hipermetropía. Su pérdida completa es medida como miopía.

Las categorías de hipermetropía y exoforia no representan un problema. Son posesiones correctas y apropiadas del hombre. Solo cuando han sido absorbidas, y se desarrolla una nueva clase de respuestas es que hay la indicación de un problema. Ellas son un beneficio mayor. Hay la indicación de un problema solo cuando hay un síndrome de desempeño distorsionado el cual indica que puede ser la etiología, desarrollo y progreso del problema. De esto se deriva la información que dirigirá el tipo, cantidad y forma de los lentes para ser adaptados.

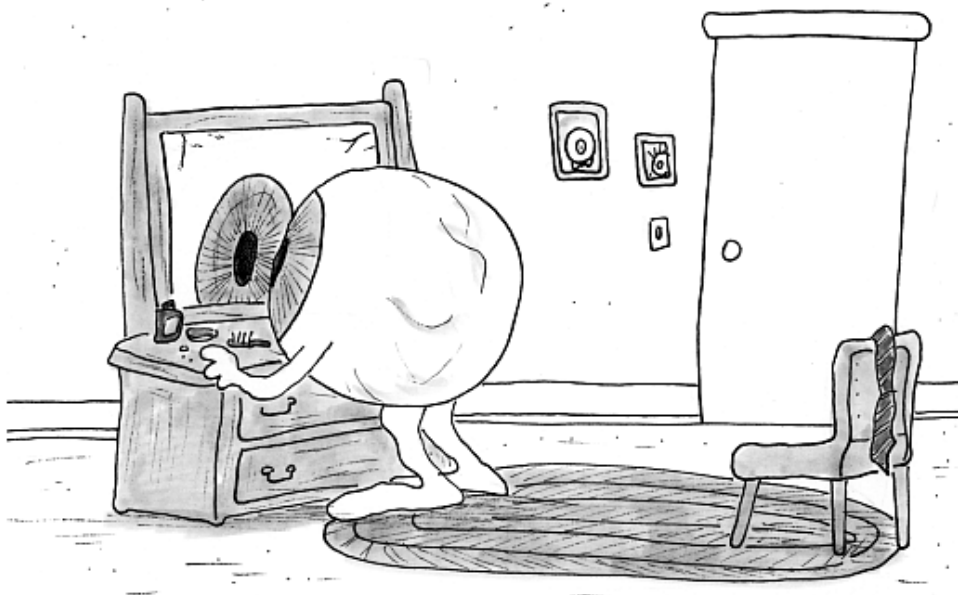
No hay otra cosa más que sea necesario hacer, no hay otra cosa que requiera medidas remediales, la primera función de un optometrista es prescribir lentes a la persona de acuerdo a las demandas visuales de su vida en el trabajo, y fuera de él ya sea para recreación o desarrollo social.

Esto da mas responsabilidad para conocer por qué, con que indicaciones, por qué son necesarios, que clase de lentes y por qué, esto debe preceder, acompañar y seguir a la prescripción, y así sucesivamente sobre el rango total de las actividades enormemente diversas que abarca el campo de la optometría de cerca, u holística, o comportamental /de desarrollo del día de hoy.

En los capítulos subsecuentes será posible proceder directamente en la operación de los métodos más que detenernos mucho en el fondo. En el siguiente capitulo discutiremos y desarrollaremos el entendimiento del significado del borroso, la ruptura y la recuperación.

DOCTOR FUN presents THE EYES HAVE IT

eyes-009



Copyright © 2000 David Farley, d-farley@ibiblio.org
<http://ibiblio.org/Dave/drfun.html>

This cartoon is made available on the Internet for personal viewing only. Opinions expressed herein are solely those of the author.

The heartbreak of myopia

SECCIÓN DE PREGUNTAS Y RESPUESTAS

Lo que siempre quiso saber sobre optometría funcional pero temía preguntar...

Esta sección estará dedicada a preguntas sobre optometría funcional o terapia visual. Un experto la contestará. Si así lo desea, la persona que haga la pregunta puede quedar en el anonimato y se le asignará un pseudónimo. Esto con el fin de fomentar las preguntas.

Rincón del Terapeuta

Sección dedicada a la terapia visual. En esta ocasión un fragmento del libro:
“Entrenado la Lateralidad y Direccionalidad” de OEP
Traducción: Jesús Adolfo Martínez

Joey-- El Pequeño que Ama el Circo

por Diann Geisert, COVTT

Presentándote a Joey yo espero demostrar como algunas técnicas conocidas pueden utilizarse para ayudar a los niños que tienen capacidades limitadas. Reduciendo las expectativas o la demanda para coincidir con la edad de desarrollo del niño tú puedes crear un programa viable de terapia visual para ayudar al niño a obtener su potencial.

Joey es un pequeñito con una sonrisa dulce e inocente que derretirá tu corazón. El es chistoso, con mucho afecto y complaciente- con un lado terco. El ama a otros niños y le gusta estar con la gente. El es curioso e interesado en lo que pasa a su alrededor.

Joey nació en retardo intrauterino, con un riñón, retraso para crecer, pérdida total en un oído y pérdida severa en el otro. Prueba positivo en sensibilidad para alergias múltiples y toma medicina para las alergias, así como inyecciones de vitamina B y una hormona para el crecimiento.

Cuando bebé Joey era muy letárgico. Tenía que ser levantado para permanecer sentado. Se sentó sólo a los 10 meses, gateó a los 18 meses y se paró sólo a los 28 meses. A Joey se le puso un aditamento auditivo a los 2 años y medio. A los tres años empezó a hablar y entendía algo del lenguaje bastante bien. Toda la familia aprendió a hablar con signos y utilizó signos y lenguaje para reforzar su entendimiento de los sonidos. Esto también le permitió a expresarse mejor. Su articulación para el habla es pobre y todavía es difícil entenderlo.

Joey empezó a ir a la escuela pública los cinco años de edad y sus padres sentían que sabía mucho más de lo que podía comunicar. Se le llevó a la Universidad de Galludet en la ciudad de Washington para hacerle pruebas psicológicas y de conocimientos. Debido a que Galludet es una universidad para los deficientes de oído, los papás de Joey sabían que tenían que tomar en cuenta su pérdida auditiva para escoger y aplicar las pruebas. Se determinó que el IQ de Joey estaba dentro del rango educable.

A Joey lo han cambiado de las clases para los débiles de oído, a las clases de comunicación, a las clases para discapacitados mentales pero educables. Sus padres están muy frustrados con la falta de cooperación del sistema escolar. El sistema escolar determinó que Joey estuviera con niños de 12 años independientemente de su madurez física, emocional y social. Los padres sienten que ganó más cuando lo pusieron en las clases para los discapacitados auditivos. Después de seis años en la escuela no puede reconocer letras o números en una página, pero puede decir sus números y letras si se le muestran con signos. Tiene un rango de atención muy corto y

dificultades con actividades de psicomotricidad gruesa y fina.

Cronológicamente Joey tiene 12 años, pero tiene la madurez física y emocional de 4 años. Su tamaño físico es el de un niño de seis ó siete años y está un poco grueso a causa de la hormona para crecer. Sus pies y manos son pequeñas y el tiene dificultades con una hipotonía leve y debilidad en sus extremidades.

Análisis Visual

Agudeza visual para lejos sin ayuda usando dibujos

OD 20/30 OS 20/30

Agudeza visual para cerca sin ayuda usando dibujos

OD 20/30 OS 20/30

Reflejos pupilares presentes

Salud interna del ojo - normal

Presión intraocular normal OU

Prueba de pantalleo - ortoforia alternante y unilateral para lejos y cerca

Movimientos del ojo

Mueve la cabeza en seguimientos y rotaciones. No se observó parálisis o páresias en todas direcciones visuales

Mas allá de la mirada del examinador

La cabeza dirige los movimientos sacádicos

Percepción de la profundidad - 100 segundos de arco en WIRT - 50% de lo normal

Evaluación analítica - No fue posible un análisis completo de 21 puntos por las dificultades en la comunicación y el bajo nivel de desarrollo. Fuimos capaces de determinar agudeza reducida de cerca en las Habilidades de Keystone (Serie Peek-a-Boo) y también capaces de determinar la presencia de supresión a través de las pruebas de foria y series Peek-a-Boo (Serie para niños de Keystone, N. del T.), lo que nos llevó a diagnosticar disfunción binocular.

Perfil de Desarrollo Visual

La Evaluación Clínica del Desarrollo de la Visión del Centro Optométrico de Nueva York se usó para evaluar a Joey por su atraso en sus habilidades de desarrollo. Las pruebas específicas usadas fueron el rompecabezas del circo, tablero con clavijas, formas para copiar, búsqueda ocular, sacádicos oculares, prisma monocular, círculos en pizarrón, equilibrio y saltos y ángeles. Con las pruebas de juicio visual, el niño se califica en integración bilateral, habilidad para igualar en tamaño, forma, orientación e inversiones, jerarquía visual motora y organización. Con las pruebas de habilidad visual se le califica en equidad bilateral, habilidades para coordinación oculomotora, jerarquía visual y organización. Con las pruebas manipuladoras de soporte se le califica en coordinación bilateral, integración bilateral, jerarquía visual motora, y organización. Como se muestra en los Apéndices A y B, cada área se califica usando un número de 2 a 12. El manual que viene con la prueba da guías de como calificar en cada categoría. Estos números se suman, y se grafican para determinar los niveles de edad. Las calificaciones de Joey fueron como sigue:

Función bilateral

Coordinación bilateral a 2.5 años

Integración bilateral a 3.75 años

Coordinación motora ocular a 2.25 años

Jerarquía motora visual a 2.75 años
Organización a 2.25 años
Habilidades de percepción a 2.75 años
Calificación general a 2.75 años

El hecho que la gráfica muestre las habilidades perceptuales tan bajas nos lleva a una pronóstico pobre (Véase tabla 1, página 27). Sin embargo, en la optometría de comportamiento estamos conscientes que signos, síntomas y pruebas no dan una vista total y debemos de ver más allá de los números, ver como el individuo procesa la información. ¿Hay potencial que nadie ha podido desencadenar? ¿Si podemos dar a este niño mejores herramientas dentro de los sistemas motores y visuales, podemos ayudarlo a tener una mejor calidad de vida?

No hay garantías en la vida. Podemos ver a Joey como lo hizo el oftalmólogo y decir que el pronóstico es pobre, que su única ayuda es la que le puede dar el sistema educacional. O, podemos ver a Joey a manera de comportamiento, escuchar lo que sus padres nos dicen y afirmar “hagamos lo que podamos” Es nuestra política re-evaluar después de dos meses de terapia visual. Mientras existan adelantos objetivos y subjetivos, continuaremos con la terapia visual.

Los desarrollos motrices fino y grueso de Joey fueron extremadamente bajos así que era importante empezar en esa área en el salón de entrenamiento. Queríamos mejorar su control motor así como integrar también las partes de su cuerpo.

Todas las técnicas terapéuticas son difíciles de aplicar con Joey por su corto tiempo de atención y su falta de cooperación. Hay ocasiones en que sólo hace lo que quiere y ocasiones en que hace nada de nada. La cantidad de tiempo invertido en cada técnica es menos que óptimo en la mejor de las veces.

Nuestras metas para Joey son mejorar su coordinación ojo-mano para el lenguaje escrito, para que él pueda reconocer las letras, juntarlas para formar palabras y eventualmente conocer los números y hacer operaciones matemáticas sencillas. Una meta más realista sería llevar las habilidades perceptuales de Joey a un nivel que le permita comunicarse con una computadora y donde pueda ser un adulto independiente que pueda resolver las necesidades de su vida por sí mismo. ¿Qué limitaciones debemos imponerle a Joey?



**¡Hasta el próximo
número!
¡Feliz Año 2008!**