



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 25 – DICIEMBRE DE 2009

“AMBLIOPÍA. DETECCIÓN Y REHABILITACIÓN”

AUTORÍA ANA MARIA FLORES REYES
TEMÁTICA EDUCACIÓN.
ETAPA EI, EP, ESO ...

Resumen

¿Qué es la ambliopía y cómo podemos detectarla en niños y contribuir a su detección y rehabilitación como profesores de educación especial?

En el presente artículo vamos a tratar en profundidad una patología infantil denominada ambliopía, ya que como maestros puede dárseos el caso de tener que hacerle frente, ya que la tasa de aparición en la población ronda el 3% y generalmente se descubre en los exámenes de la visión para la escuela o en una visita al pediatra.

Palabras clave

Definición, causas, clasificación, detección, tratamiento, actuaciones en el aula, orientaciones.

1. ¿QUÉ ES LA AMBLIOPÍA?

La Ambliopía se desarrolla en niños menores de 7 años, debemos estar atentos y conocer esta patología para poder detectarla y así, como veremos más adelante ayudar a su recuperación. En la ambliopía, ambos ojos envían al cerebro mensajes diferentes. Pero si uno no funciona bien, el cerebro desconecta o suprime las imágenes procedentes del ojo no dominante y la visión deja de desarrollarse con normalidad, siendo esto generalmente causa de fracaso escolar.

Pero, antes de entrar en profundidad en la ambliopía, me parece oportuno hablar un poco de la historia de este término. Y según publica Itziar Abad en su artículo de mayo de 2005 en un reportaje de la fundación Eroski consumer, el vocablo ambliopía proviene del griego "amblyos" (rombo) y "ops" (ojo) y significa literalmente "ojo embotado". El médico griego Hipócrates, considerado el padre de la terapéutica, ya aludía en sus escritos de los siglos IV y V a. de C. a la pérdida de visión. Sin embargo, fue Plenck quien utilizó por primera vez en 1788 el término ambliopía para referirse "a una disminución en la agudeza visual sin lesiones especialmente aparentes, hasta un nivel muy próximo a la pérdida de la sensación luminosa".



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 25 – DICIEMBRE DE 2009

Por su parte, el Conde de Buffon, Georges Louis Leclerc, naturista francés, comprobó en 1743 la eficacia de tapar un ojo para tratar la ambliopía de las personas estrábicas, pues suponía que al mejorar la visión de estos pacientes se corregiría también el estrabismo. Un siglo más tarde, Von Graeffe volvió a plasmar en una definición la dificultad que se presenta en ocasiones a la hora de detectar la ambliopía dada la ausencia de alteraciones anatómicas visibles: “Condición en la que el médico no ve nada y el paciente muy poco”.

1.1. Visión normal.

Antes de entrar de lleno en lo que es la enfermedad, he buscado información de qué es un ojo sano y el requerimiento fundamental para el desarrollo visual normal en el niño. Y según el doctor Cristian Salgado Alarcón, en su artículo Oftalmopediatría y estrabismo publicado en 2002, los requisitos son los siguientes:

- Imagen retinal clara en cada ojo.
- Agudeza visual igual en ambos ojos
- Alineamiento ocular preciso

Si alguno de estos requisitos falla, se produce lo que conocemos como ambliopía.

1.2. Definición.

A la hora de buscar una definición clara de ambliopía, nos encontramos con gran variedad de definiciones por los distintos autores y todas ellas muy parecidas y en resumen he elaborado una de toda la información recogida.

La ambliopía también conocida como “ojo vago” o “perezoso”, es un trastorno oftalmológico que indica pérdida de visión durante la niñez. Generalmente, la ambliopía se produce porque el cerebro favorece el desarrollo de la visión de uno de los dos ojos con respecto al otro. A veces, esta disminución en la agudeza visual no está originada por ninguna alteración física visible y puede producirse en ambos ojos al mismo tiempo. A veces puede ocurrir en los bebés y los niños, que no hay un balance entre los ojos, donde el niño puede usar inconscientemente un ojo más que otro. El ojo opuesto perderá la visión debido a una falta de uso, esta puede aparecer cuando hay cataratas, estrabismo... etc. (Lawrence M. Kautman)

1.3. ¿Cómo ocurre?

Una vez que tenemos clara la definición de ambliopía, seguimos la misma línea y nos hacemos la siguiente pregunta ¿Cómo ocurre?

Normalmente, la visión del bebé recién nacido es borrosa. Va mejorando a medida que el bebé crece y empieza a usar sus ojos. Ambos ojos trabajan juntos (llamado visión binocular) y envían imágenes al cerebro. El cerebro combina ambas imágenes dando una visión única y clara. Si por



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 25 – DICIEMBRE DE 2009

cualquier razón las imágenes son diferentes, el cerebro no presta atención a la imagen que viene de uno de los ojos, para no tener visión doble. Esto puede hacer que no se desarrolle la visión normal en uno de los ojos.

1.4. Causas y diagnóstico.

Según la Doctora Laguna en su consulta Oftalmológica Virtual, define las causas más habituales y son las siguientes:

- Ametropía bilateral (defectos de refracción): Sobre todo debido a hipermetropía y/o astigmatismo bilateral de cierto grado. En este caso la ambliopía afecta a los dos ojos.
- Estrabismo: Es la causa más frecuente, siendo mayor la incidencia en los estrabismos convergentes que en los divergentes.
- Anisometropía: Cuando el vicio refractivo está presente en un solo ojo o bien en ambos pero son de diferente magnitud, si no lo corregimos con anteojos se producirá ambliopía, ya que el cerebro preferirá el ojo sano, o bien se desarrollara la ambliopía en el ojo con mayor ametropía.
- Deprivación visual: Al privarse de la visión nítida de las formas el cerebro “elige” el ojo del cual recibe las imágenes más claras y suprime aquellas que provienen del ojo enfermo, por ejemplo cataratas, opacidades corneales, etc.

Si este problema se detecta y se trata cuando el niño es pequeño, ambos ojos se podrán desarrollar normalmente y trabajarán en conjunto. Después de los diez años de edad, el sistema visual en general está desarrollado por completo. Por eso, el tratamiento en niños menores de seis años de edad es más efectivo que cuando son mayores y por lo tanto, el tratamiento debería empezar tan pronto como se detecte el problema.

De ahí la importancia de la comunidad médica de derivar a todo niño a su primer examen oftalmológico a los cuatro años, aunque no se detecte patología evidente. Lo más importante es la prevención del desarrollo de la ambliopía, se sabe que la instauración de un tratamiento adecuado a los cuatro años tiene un 87% de éxito (según información obtenida del Dr. Cristian Salgado antes mencionado), de ahí la importancia de la difusión de este concepto y su trascendencia.

El oculista puede diagnosticar la ambliopía observando como sigue el bebé o el niño objetos con la vista, u observando sus movimientos cubriéndole uno de los ojos.

1.5. Detección y tratamiento.

De todo lo leído hasta ahora el principal tratamiento para combatir la ambliopía es la oclusión ocular, que consiste en cubrir con un parche el ojo que ve bien, para estimular el uso del ojo perezoso.

A veces, en lugar de tapar un ojo los especialistas optan por un tratamiento más discreto, como son las gotas oftálmicas, que enturbian la visión del ojo normal y fuerzan, del mismo modo, el uso del



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 25 – DICIEMBRE DE 2009

ojo ignorado por el cerebro. Si la ambliopía está causada por un error de refracción como el que se mencionaba antes, el oftalmólogo prescribirá gafas o lentes de contacto.

La ambliopía no tiene porque provocar trastornos psicológicos en los niños y niñas que la padecen, puesto que ellos no son conscientes de la debilidad de su visión. Sin embargo, el tratamiento al que deben ser sometidos sí les puede resultar una "carga", según explica Inmaculada Maíz, Profesora de Psicología de la Educación en la Universidad del País Vasco:

"Si el niño o la niña lo vive como un defecto, el hecho de tener que llevar un parche en el ojo puede acarrearle un sentimiento de vergüenza, de inseguridad o incluso de culpabilidad si llega a creerse diferente a los demás".

Creo que para evitar esto, es importante que el niño se sienta apoyado por familiares y educadores, que tendrán que quitarle importancia al tratamiento para que el niño lo viva como algo normal. Por eso, tanto el soporte familiar como el nuestro, como maestros, será decisivo cuando éste sea objeto de mofas o de tomaduras de pelo por parte de los compañeros.

Con el fin de intentar reducir los trastornos psicológicos que podrían suponer para los niños los tratamientos que corrigen el "ojo vago", también los científicos han recurrido a la psicología infantil diseñando, por ejemplo, parches de colores y con diferentes motivos que convierten el proceso en algo lúdico.

1.6. Actuaciones en el aula.

Una vez conocido lo que es la ambliopía así como la importancia de su tratamiento y detección precoz, he estado indagando sobre las actuaciones de los maestros y maestras ante un niño con este problema y cómo podemos ayudarles para que su desarrollo sea lo más adecuado para él. Además es muy importante la actuación del educador.

Según Pareja Ríos, A. y otros, en un estudio de la agudeza visual y la ambliopía en los niños de 3-5 años, recogido en junio de 2000 en la Sociedad Española de Oftalmología, la ambliopía afecta a 1-3 % de la población general y a más del 5% de los preescolares. En este estudio realizado con 240 niños entre 3 y 5 años, concluyen que los maestros son una buena opción para la detección de las anomalías visuales en la infancia, ya que en muchas ocasiones el fallo de la toma de agudeza visual en edades tempranas es debido al retraimiento que experimentan los pequeños ante un adulto nuevo, siendo el maestro de confianza para los niños es mucho más sencillo para ellos.

Los docentes somos los que estamos cerca de los niños, y debemos observarlos. Según la profesora Norma Pastorino y Yolanda Penerini, en su artículo original "Programa de detección de déficit de la agudeza visual en escolares sin patología ocular aparente", los problemas visuales no diagnosticados son una de las principales causas de fracaso escolar.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 25 – DICIEMBRE DE 2009

1.7. ¿Cómo detectarla?

Algunas conductas de los niños nos sugieren que pueden que tengan algún problema visual, por lo que, nuestra actuación como maestros debemos estar alertas ante las siguientes conductas:

- Frotarse los ojos frecuentemente.
- Quejarse de dolor en los ojos o que los sienten "sucios".
- Tendencia a acercar demasiado los objetos a los ojos "para verlos mejor".
- Preferencia a mirar objetos alejándolos de los ojos.
- Dificultad para ver la pizarra, un juguete... en un extremo lejano del salón.
- Fruncimiento frecuente del ceño, "mirar bizco", torcer la cabeza u otros gestos faciales.
- Mirada vaga.
- Orzuelos frecuentes; ojos irritados o con secreciones.
- Tendencia a cubrirse los ojos para hacerse sombra.
- Sensibilidad anormal a la luz o dificultad para adaptarse a la oscuridad.
- Tendencia a usar solamente un ojo.

(Norma Pastorino y Yolanda Penerini).

1.8. Orientaciones para la práctica.

Como maestros, debemos interesarnos por los informes oftalmológicos de los niños o bien recabar información de las familias con respecto a las recomendaciones dadas por el especialista.

Tenemos que tener en cuenta que el niño en los primeros momentos podrá mostrar rechazo ante el uso del parche, no sólo por la molestia que le produce, sino porque toma nota que no ve con nitidez. Así que nosotros debemos ayudarles e insistir en que lo use y le ayudaremos a que realice sus tareas con la visión que posee, colaborando a desarrollar el funcionamiento del ojo dañado en la única época de la vida en la que es posible hacerlo.

Para ello debemos tener en cuenta las siguientes orientaciones para llevar la práctica en la escuela:

- Debe permitirse que el alumno o la alumna se acerque todo lo que quiera al material y que se levante para ver lo que necesite.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 25 – DICIEMBRE DE 2009

- Se sentará lo más cerca posible de donde habitualmente está situado su profesor o profesora.
- Cuando da explicaciones al grupo, el profesor o la profesora debe situarse cerca del alumno, de la alumna, para que pueda verlo.
- Debe utilizar lápices oscuros o rotuladores negros para ver bien lo que está escribiendo o dibujando.
- Su escritura no debería ceñirse a cuadrículas o pautas estrechas, y/o de poco contraste; es preferible que escriba sobre una sola línea para favorecer la claridad en la ejecución de trazo.
- Deben remarcarse los contornos de los dibujos y las letras con rotulador negro grueso.

En cualquier caso:

- El alumno o la alumna debe sentarse en un lugar bien iluminado, evitándose cualquier tipo de sombras y reflejos.
- No debe sentarse frente a una ventana u otra fuente de luz.
- Se evitará en todo momento ponerle en situación de examen visual (¿ves lo que hay allí?, ¿no ves esto?, ¿quién soy?).

Estas orientaciones son de tipo pedagógico, por ello se reitera la importancia de que el alumno o la alumna siga en todo momento las indicaciones de su oftalmólogo, para lo cual el entorno escolar deberá conocer, a través de la familia, la especificidad del tratamiento de oclusión del "ojo sano". Bueno, M (1999).

Todas estas orientaciones reseñadas son muy importantes ya que si no, el niño fracasaría en la escuela.

Según Jesús Carballo Álvarez, óptico optometrista en su artículo "Indicios del fracaso escolar relacionado con la visión", publicado en septiembre 2001:

"En los casos en que la agudeza visual está afectada, el componente visual está claramente definido por la propia queja del sujeto. Sin embargo, en otros casos, la relación no es tan evidente, tras lo cual el estudiante es definido por él mismo y por sus familiares como poco trabajador"

Lo más normal es que el niño no renuncia a las tareas escolares, sin embargo una vez que las realiza, no mantiene una constancia en el tiempo abandonando las tareas ya que se encuentra incómodo, simplemente pierde el gusto por la lectura y el estudio.

Por eso, es de gran valor la información que podemos aportar como profesores, ya que muchas veces el niño con fracaso escolar muestra tener capacidades mucho mayores de lo que indican sus



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 25 – DICIEMBRE DE 2009

malas calificaciones. Además presentan conductas como distraerse con facilidad, falta de concentración, etc., que nos conviene valorar.

También es conveniente valorar algunos signos y síntomas como la postura que toma el niño al sentarse, al escribir, si se queja de dolores de cabeza, tiene los ojos enrojecidos o llorosos, etc.

Ante la sospecha de cualquier anomalía visual en el niño, debemos comentárselo a los padres para que acudan cuanto antes al oftalmólogo, para que valoren el rendimiento de su sistema visual, y le añadiremos también los demás datos y comportamiento del estudiante.

También resulta muy importante utilizar una iluminación adecuada en el plano de trabajo, es recomendable una lámpara de mesa sobre el texto situada en el lado contrario a la mano dominante, a su vez conviene mantener una iluminación simultánea de la habitación.

Se deben realizar periódicamente relajaciones del enfoque visual mirando a distancias lejanas. De esta manera el sistema visual tardará más tiempo en agotar sus capacidades.

1.9. Conclusiones.

Pienso que como maestros debemos estar familiarizados con la patología de la que hemos hablado, ya que como hemos expuesto, los maestros son una buena opción para la detección de las anomalías visuales en la infancia, y más en la ambliopía que tan solo puede ser efectiva su curación si se corrige precozmente.

En todo momento mi objetivo es que las personas que sufren esta disminución puedan sentirse seguras y fomentar la confianza en si mismo, debemos ser consciente de que el tratamiento para la curación de la ambliopía sólo es efectiva si se cumple antes de los 7 años de edad, y que al ser incomodo para el niño, nuestra vigilancia debe ser exhaustiva para que no se quite el parche, las gafas, etc. que en definitiva es el único tratamiento como hemos reseñado ya que la rehabilitación está relacionada con la detección precoz de los pacientes y la constancia en el tratamiento.

Nuestra misión como maestros debe ser el proporcionar las condiciones más adecuadas para que el niño logre la mayor adaptación en el grupo, pese a sus dificultades, permitiéndole una completa integración y así conseguir que el niño se desarrolle y madure correctamente, que construya su independencia y mejore su calidad de vida.

1.10. Bibliografía.

- BUENO, M; ESPEJO, B, RODRÍGUEZ, F TORO, S (1999): *Niños y niñas con baja visión. Recomendaciones para la familia y la Escuela.* Archidona: Aljibe.
- SALGADO, C (2002): *Oftalmediatría y estrabismo.* Escuela de Medicina UDA Oftalmología.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 25 – DICIEMBRE DE 2009

- PAREJA RÍOS A, MARTÍNEZ PIÑERO A, ABREU REYES JA, SERRANO GARCÍA (2000): *Estudio De La Agudeza Visual Y Ambliopía En Los Niños De 3 A 5 Años De El Hierro*. Sociedad Española de Oftalmología. Art. 6
- PASTORINO, N. y PENERINI, Y (1998): *Programa de detección de déficit de la agudeza visual en escolares sin patología ocular aparente*. Art. Arg. Pediatría. Vol. 96: 236
- CARBALLO, J (2001): *Indicios del fracaso escolar relacionado con la visión*. Editorial EOS.

Autoría

- Nombre y Apellidos: ANA MARIA FLORES REYES
- Centro, localidad, provincia: MEDINA SIDONIA, CÁDIZ
- E-mail: anafloresreyes@gmail.com