



Cuestionario de la prueba de detección de la visión para padres de niños desde el nacimiento hasta los cinco años

Esta herramienta se desarrolló para dirigir las prácticas de pruebas de detección rápidas de la visión en niños desde el nacimiento hasta los cinco años. Las debe llevar a cabo un cuidador que conozca bien al niño. La información determinará la existencia de problemas de la visión que justifiquen evaluaciones adicionales cuando se puedan reanudar las actividades de detección o evaluación en persona.

Nombre del niño: _____ **Fecha de nacimiento del niño:** _____

Nombre del cuidador: _____ **Fecha:** _____

Junta del centro comunitario: _____ **Distrito:** _____

Persona de contacto: _____ **Correo electrónico:** _____

Es importante contar con la información sobre posibles problemas de la visión que puedan ocurrir con otros miembros de la familia, como así también información médica general sobre su hijo.

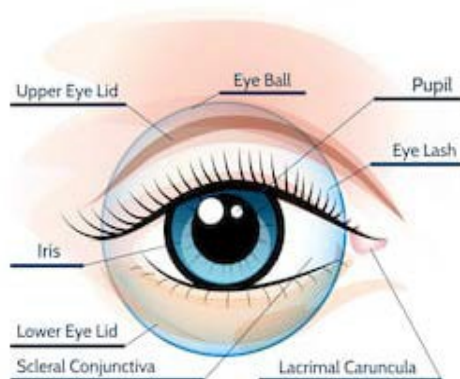
Antecedentes generales: Poblaciones de alto riesgo para problemas de la visión

- | | | | | |
|---|----|--------------------------|----|--------------------------|
| ¿Tienen antecedentes familiares sobre pérdida de la visión temprana (por ej. cataratas, albinismo, etc.?) | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| ¿Tienen antecedentes familiares de estrabismo, problemas de daltonismo y/o necesidad de anteojos recetados? | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| ¿Estuvo su hijo expuesto a alguna infección prenatal (por ej. toxoplasmosis, citomegalovirus [CMV])? | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| ¿Su bebé pesó menos de tres libras al nacer? | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| ¿Su hijo nació prematuro? | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| ¿Estuvo su hijo expuesto a drogas o alcohol antes de su nacimiento? | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| ¿Padeció su hijo de meningitis o encefalitis? | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| ¿Experimentó su hijo algún tipo de lesión cerebral o trauma en la cabeza? (accidente cerebrovascular en el útero, hemorragia cerebral, falta de oxígeno, trauma accidental o no accidental) | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| ¿Padece su hijo de algún trastorno neurológico (por ej. convulsiones, hidrocefalia)? | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| ¿Padece su hijo de alguna dificultad auditiva? | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| ¿Se diagnosticó a su hijo de algún síndrome (por ej. síndrome de Down, síndrome de CHARGE, etc.)? | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| ¿Se diagnosticó a su hijo de parálisis cerebral? | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |

El ABC de los problemas visuales tempranos

Información de antecedentes: Podemos aprender mucho sobre la salud y el bienestar de la visión de un niño pequeño prestando atención a la apariencia de sus ojos, sus comportamientos visuales y quejas. Agradecemos su ayuda con esta información a fin de determinar si existe alguna preocupación acerca de la visión de su hijo.

Apariencia de los ojos y párpados: Tómese unos minutos para observar los ojos y párpados del niño. Responda sí o no a las siguientes declaraciones. Si no está seguro, deje la pregunta en blanco para consultar con la Parte C o los profesionales de Child Find del distrito escolar que cuentan con la experiencia adecuada.



- | | | | | |
|--|----|--------------------------|----|--------------------------|
| Uno de los ojos se ve diferente al otro. Por ejemplo, un ojo parece mucho más pequeño o un ojo está ubicado más arriba en el rostro con respecto al otro ojo. | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| Uno o ambos ojos están torcidos hacia adentro o hacia afuera. Esto puede ocurrir todo el tiempo o solo en algunas ocasiones. | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| Existe una diferencia en el color negro, el tamaño o la forma de las pupilas en uno o ambos ojos. La pupila es el centro de color negro oscuro que tiene cada ojo. | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| Existe una diferencia en el tamaño y la forma del iris en uno o ambos ojos. El iris es la parte de color que tiene cada ojo. | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| Uno o ambos ojos parecen blancos o empañados. | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| Los ojos se mueven de manera involuntaria y rápida (bailando/moviéndose hacia arriba y hacia abajo o de lado a lado). | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| Los ojos están rojos y/o con exceso de materia (tiene más materia de sueño que la habitual cuando el niño recién se despierta o debido a alergias). | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| Los párpados están rojos, hinchados y/o incrustados. | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| Uno de los párpados está caído o parece más bajo que el otro. | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |

Comportamiento: Informe lo que observe acerca de cómo usa el niño la vista durante sus tareas cotidianas. Responda sí o no a las siguientes declaraciones. Si no está seguro, deje la pregunta en blanco para consultar con la Parte C o los profesionales de Child Find del distrito escolar que cuentan con la experiencia adecuada.

Su hijo...

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| NO hace contacto visual con personas conocidas (después de dos meses de vida). | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Cubre o cierra un ojo al mirar a alguien o algo dentro de una distancia corta (dos pies o más cerca). | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Frunce el ceño o entrecierra los ojos al mirar algo que está lejos (dos pies o más). | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Inclina o gira la cabeza hacia un lado, levanta o baja la barbilla y/o acomoda la cabeza hacia adelante o hacia atrás cuando mira algo a corta o larga distancia. <i>Marque con un círculo el comportamiento que ocurra.</i> | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Cierra los ojos o da vuelta la cara cuando escucha a otros hablar. | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| No sonrío cuando otra persona le sonrío | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Mantiene muy cerca de sus ojos cualquier objeto cuando lo mira. | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Mira fijamente las fuentes de luz (luces de techo o ventanas) durante períodos largos. | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Prefiere ciertos colores; elige artículos con estos colores en lugar artículos de otros colores. (por ej. parece mirar con más atención los objetos de color rojo). | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Reconoce a las personas conocidas solo <u>después</u> de que hablan. | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Se da cuenta de que hay personas, mascotas u objetos solo cuando se mueven. | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Al parecer sus habilidades visuales no son constantes (por ej. parecen cambiar de la mañana a la noche, de un día a otro o entre actividades). | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| No logra agarrar los objetos que está mirando y queriendo agarrar al mismo tiempo (por ej. requiere varios intentos para obtener el objeto). | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Mira hacia otro lado cuando está alcanzando un objeto que está cerca. | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Se tropieza con frecuencia con objetos que están en su camino o choca con las paredes. | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Le cuesta detectar un cambio en la superficie del piso, como ser de baldosas a alfombras. Duda o no detecta un escalón o el bordillo de la acera. | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Le cuesta ver los objetos pequeños, como un trocito de cereal que quedó en el plato o la mesa. | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Pierde rápidamente el interés en juegos, proyectos o actividades que requieran usar sus ojos durante un período prolongado. | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Evita mirar libros, dibujar, jugar o hacer otros proyectos que requieran enfocar la mirada de cerca. | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

Quejas: Un niño pequeño por lo general no se “queja” de las dificultades visuales, pero podría exhibir a través de su comportamiento que hay algo mal con su visión. Responda sí o no a las siguientes declaraciones. Si no está seguro, deje la pregunta en blanco para consultar con la Parte C o los profesionales de Child Find del distrito escolar que cuentan con la experiencia adecuada.

Su hijo...

Parece ser muy sensible a las luces de interior brillantes o la luz solar. Entrecierra excesivamente los ojos, cubre sus ojos con la mano o baja la cabeza para evitar la luz. **Sí** **No**

Parece que le arden o le pican los ojos, se los frota, parpadea rápidamente y/o tiene los ojos llorosos pero no por causa de alergias. **Sí** **No**

Se frota o parpadea rápidamente después de mirar algo (cuando no está cansado). **Sí** **No**

Parece que solo ve un objeto cuando está separado (aislado) de otros artículos (por ej. no puede encontrar un juguete específico cuando está entre medio de otros juguetes). **Sí** **No**

¿Tiene alguna inquietud sobre la visión de su hijo que no se haya abordado en las preguntas anteriores?
En caso afirmativo, explique.

¿Su hijo alguna vez consultó a un oculista (optometrista u oftalmólogo)? **Sí** **No**

En caso afirmativo, ¿cuáles fueron los resultados del examen? _____

¿Se recetaron anteojos u otro tratamiento? **Sí** **No**

En caso afirmativo, ¿usa su hijo los anteojos, según lo recetado? **Sí** **No**

En caso negativo, ¿por qué no los está usando?

Pasos a seguir: Le agradecemos que haya proporcionado información sobre la visión de su hijo. Se revisará esta información con su persona de contacto de la Parte C o Child Find para determinar los pasos a seguir.

Referencias:

Departamento de Educación de Colorado (2005). *Pautas para la prueba de detección de la visión: niños desde el nacimiento hasta los cinco años*, Departamento de Educación de Colorado.

Enseñanza para CVI (2020). [Lista de pruebas de detección para niños con sospechas de una discapacidad visual cerebral \(CVI\) / Lista de pruebas de detección CVI 1](https://f9d3e3e2-4dd0-4434-a4bb-27a978ad3a27.filesusr.com/ugd/eca85c_7ca670026a8d4f388c5d63828ec0610d.pdf) obtenida de https://f9d3e3e2-4dd0-4434-a4bb-27a978ad3a27.filesusr.com/ugd/eca85c_7ca670026a8d4f388c5d63828ec0610d.pdf

Topor, I. (2004). *Agudeza visual funcional aproximada para diferentes tamaños de objetos y distancias*. Chapel Hill, NC: Centro de entrenamiento de intervención temprana para bebés y niños pequeños con discapacidades visuales, FPG Child Development Institute, UNC-CH.