

ÁLVARO GARCÍA, ÓPTICO OPTOMETRISTA ESPECIALIZADO EN VISIÓN BINOCULAR Y TERAPIA VISUAL

“Hace falta más divulgación: lo difícil es que el paciente, o la familia, entienda que necesita terapia visual”

LA VISIÓN VA MUCHO MÁS ALLÁ DE UNAS GAFAS, DE VER EL 100%. HAY SÍNTOMAS QUE ESTÁN RELACIONADOS CON OTRAS HABILIDADES VISUALES Y QUE SE PUEDEN REHABILITAR EN TERAPIA VISUAL. SON MUCHÍSIMAS LAS DISFUNCIONES QUE HAY HOY EN DÍA POR EL EXCESO DE VISIÓN CERCANA, NO SÓLO POR EL USO DE PANTALLAS.

Optica Lepe, en Lepe (Huelva), es un centro enfocado al servicio. “La gente no acude a nosotros ni por el precio ni por unas gafas bonitas, sino para hacerse una revisión”, señala **Álvaro García de la Cruz**, optometrista especializado en visión binocular y terapia visual y divulgador y formador a través de *Ver para Crecer*.

Considera que, cuando alguien entra por la óptica, el primer mensaje que le deben transmitir es que la visión no es solamente ver bien. Así, la visión conlleva muchas habilidades visuales. “La agudeza visual, que es el ver las letras claras, es una de ellas. Pero, existen más habilidades visuales como la capacidad de enfoque, los movimientos oculares y la coordinación de ambos ojos, que dan muchos problemas y que no tiene que ser necesariamente el ver borroso”, aclara. Además, está la salud ocular. Matiza que, aunque el oftalmólogo sea el principal encargado

del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades oculares, los optometristas pueden hacer prevención y Atención Primaria en patologías oculares y derivarlas en caso de ser oportuno. Insiste en que “la terapia visual no es mandar ejercicios para casa, sino hacer una serie de procedimientos donde el paciente tenga feedback”. En terapia visual se trata de efectuar ejercicios donde el paciente entienda cuándo lo está haciendo bien y cuándo mal. “Esa retroalimentación es la que hace darse cuenta al paciente de la dificultad y darle la oportunidad de hacer cambios para mejorar”, subraya. ¿La sociedad en general es consciente de esto? Responde que no. Por eso, advierte de que “es más difícil en nuestro trabajo la divulgación que el trabajo en sí”.

Terapia visual

Argumenta que, en un programa de terapia visual, los pacientes siempre salen adelante, siempre mejoran. “Hace falta más divulgación: lo difícil es que el paciente, o la familia, entienda que necesita terapia visual, porque, culturalmente, se asocia a que yo voy a la óptica a por unas gafas. No voy a la óptica a que me hagan ejercicios”, sostiene. Ese mecanismo de divulgación es por lo que nació *Ver para Crecer*, para dar a conocer a la sociedad que la visión va mucho más allá de unas gafas, de ver el 100%, que “hay síntomas que están relacionados con otras habilidades visuales y que se pueden rehabilitar en terapia visual”.

Le cuestionamos en qué momento nos encontramos en terapia visual, a qué avances hemos asistido últimamente. García de la Cruz cuenta que es especialista en terapia visual desde hace ocho años y que en este tiempo han pasado muchas cosas. “Para empezar, una pandemia que ha multiplicado por 100 las disfunciones binoculares que precisan terapia visual”, destaca. Razona que, antes, a lo mejor, uno de cada seis pacientes que entraban en la óptica tenían una disfunción binocular o



acomodativa y ahora es uno de cada tres. *“Son muchísimas las disfunciones que hay hoy en día por el exceso de visión cercana, no sólo por el uso de pantallas. Ha aparecido una serie de problemas porque el sistema visual se tiene que adaptar a las nuevas exigencias visuales de nuestros tiempos”,* dice. Asevera que, en esto, *“la terapia visual juega un papel muy importante porque es lo que soluciona el problema”.* *“También hay gafas con ayudas concretas que pueden paliar síntomas, pero al final lo que soluciona la causa es la terapia visual”,* manifiesta. Anteriormente se practicaba con unos materiales muy rudimentarios, como mismamente un lápiz para llevar a cabo un ejercicio. En la actualidad, hay, aparte de materiales físicos, mucha tecnología para mejorar estas disfunciones. No obstante, él no es partidario de que lo que te genera el problema, si es, por ejemplo, el sobreuso de pantallas, pueda ser la solución. A su juicio, *“la pantalla o lo digital tiene que ser siempre una herramienta más para favorecer, en este caso, la terapia visual. Pero no puede ser la única herramienta”.*

Ratifica que la Inteligencia Artificial y todos los dispositivos electrónicos ayudan a hacer terapia visual. De hecho, *“hay dispositivos, con Inteligencia Artificial incluso, que son como un terapeuta visual online”.* Hay muchos programas, que funcionan muy bien y que están implantados en muchas ópticas. Si bien, *“eso tiene sus limitaciones”.* Repite que, en la terapia visual, lo importante es el feedback que recibe el paciente y el que recibe el terapeuta del paciente. Avisa de que, *“si la terapia visual la convertimos en ponerse delante de una pantalla y hacer ejercicios, se pierde totalmente ese contacto y es menos efectiva si se hace totalmente domiciliaria”.* Ha de ser mitad y mitad.

Síntomas

García de la Cruz comenta que la terapia visual se practica sobre todo con la población más infantil-adolescente, *“porque es en la infancia cuando se desarrolla la visión”.* *“No nacemos viendo. Al nacer tenemos dos ojos y una carreterita que va del ojo hacia el cerebro. Esa carretera hay que asfaltarla, teniendo ciertas experiencias visuales y motoras”,* apunta. Cuando un niño gatea, empieza a coordinar ambas partes del cuerpo y eso hace que, en el cerebro, en una estructura llamada cuerpo calloso, se vaya uniendo la parte derecha con la parte izquierda del cuerpo y la información del ojo derecho con el izquierdo. Entonces, empiezan a coordinarse los ojos.

¿Qué pasa si nosotros sobreexponemos a niños desde muy pequeños, de un año, dos años, a un móvil que se encuentra cerca y deja de hacer lo que tiene que hacer un niño? *“Pues nos encontramos que, debido a la falta de estimulación motora y visual, aparecen niños con cinco o seis años que tienen un mal equilibrio, se tropiezan con frecuencia e invierten letras y números, el tres en vez de para la izquierda lo escriben para la derecha. Con niños con ocho y nueve años que necesitan el dedo para leer, porque, de lo contrario, se pierden. Con niños que dicen que las letras se amontonan, se les juntan, que ven borroso de cerca. Luego, les pones a ver las letras de lejos y ven estupendamente. Ese niño tiene una agudeza visual del 100%. Ve bien, pero tiene síntomas que son visuales, de otras habilidades que no son la agudeza*

Todos los procedimientos van encaminados a dar feedback

Hay procedimientos de muchos tipos, tanto con material físico como con material en pantallas, para llevar a cabo terapia visual, pero todos van encaminados a dar feedback. Álvaro García de la Cruz pone ejemplos clásicos. Uno de ellos es el Cordón de Brock, una cuerda con tres bolitas, donde si tú miras con los dos ojos a la primera, y los dos ojos están apuntando a la bolita, ves una bolita. Las bolitas que están detrás se ven dobles por un mecanismo que se llama diplopía fisiológica, que es que todo lo que está por detrás y por delante de lo que uno ve se ve doble. Si se suprime un ojo, si el cerebro sólo tiene encendido uno, donde uno apunta se ve uno, pero lo que está detrás también se ve uno. Eso quiere decir que el cerebro no está utilizando los dos ojos. *“Si yo coordino los dos ojos, pero los coordino mal; en vez de ver una bolita donde estoy mirando, veré dos bolitas. Entonces la visión doble es otro feedback de que algo está fallando”,* expone. Se tiene el feedback de la visión doble, el feedback de la diplopía fisiológica. Lo ideal es ver una bola donde uno está mirando y dos bolas todo lo que está por detrás.

Hay otro set de ejercicios con visión en 3D, en lo que tú proyectas algo en tres dimensiones y, en el momento en el que dejas de coordinar los ojos, la visión en 3D desaparece. Se puede ir aumentando la disparidad de las imágenes para ver en 3D. Entonces, los ojos tienen que coordinarse más todavía hasta que dejan de ver en 3D. O se ve doble. Ésa es la señal que dice que ya no se coordinan. Se trabaja mucho con las sensaciones. Para volver a ver en 3D, para volver a coordinar los ojos, una vez que se tiene esa sensación, hay que buscar que el cerebro lo pueda repetir una y otra vez.

visual, del sistema de enfoque, de coordinación de ambos ojos, de movimientos oculares y todas estas habilidades son habilidades básicas para el aprendizaje”, describe. Sin estas habilidades, no se podrá aprender leyendo y, por ende, no se tendrá un aprendizaje óptimo. A su óptica van muchos niños con problemas de aprendizaje relacionados con habilidades visuales. Por supuesto, también hay habilidades afectadas en adultos. Hay mucho uso de pantallas y nuestra fuente de estrés viene precisamente de lo que leemos en las pantallas. Hay un correo electrónico que no nos gusta. O una reunión que nos han puesto que no nos gusta. Cuando a nuestro sistema entra estrés, la pupila se dilata y es más difícil mantener un enfoque en cerca. Dicho estrés lleva a que el sistema de enfoque se bloquee en muchos adultos. Y surgen síntomas de fatiga visual. Nuestro sistema visual no está diseñado para estar largos períodos de tiempo en cerca. Nuestras demandas han cambiado

y el sistema se está adaptando. En ese proceso de adaptación, aparecen problemas de enfoque, binoculares y, en última instancia, el sistema se transforma en miope. Cada vez, hay más miopes, el ojo se hace miope para no esforzarse en cerca, aunque para eso vea peor de lejos. Es un proceso evolutivo.

Terapia visual, en singular

“La terapia visual es única. A mí me gusta hablar de la terapia visual, no de terapias visuales, porque siempre es la misma, es un conjunto”, reflexiona. La hay para problemas de enfoque, para problemas de coordinación de los ojos, de convergencia o divergencia. Los ojos se tienen que coordinar en cerca, haciendo convergencia, y se tienen que coordinar de lejos, haciendo divergencia. Hay problemas de movimientos oculares. El niño que no aprenden a leer es porque los ojos no los mueve de manera eficaz. Hay terapia visual para problemas de procesamiento de la información visual, para niños que, por ejemplo, a nivel motor, tienen un pobre equilibrio, se han saltado fases en el desarrollo motor y eso ha afectado o impedido un correcto desarrollo visual. Entonces, *“trabajando lo motor mejoramos lo visual”*.

No hay que olvidar que el procesamiento visual incluye todo lo que va desde que la información entra por el ojo y pasa al área visual, cómo se relaciona con otras áreas del cerebro. Si la visión terminara en lo que vemos, no podríamos coger los objetos que vemos o no podríamos memorizar lo que leemos. La información se relaciona en el cerebro con todas las áreas, con la motora, con la memoria, con el lenguaje, etcétera. Hay terapia visual para fomentar el desarrollo de la relación de la visión con las áreas afectadas en concreto. Hay terapia visual asimismo para estrabismo, para ojo vago. En pacientes adultos, para pacientes con daños cerebrales con afectación a la visión, como son los de Parkinson, de Alzheimer, de Esclerosis Múltiple. Todo lo que tenga una afectación cerebral es muy probable que tenga una afectación visual, porque la visión está en todo el cerebro, no solamente en el área visual.

Atreverse, por encima de todo

Abordamos con él qué instrumentos mínimos debe tener una óptica que proporcione el servicio de terapia visual. *“La terapia visual es el área de la optometría que necesita menos inversión en material para empezar”,* declara. Sin pantallas, se puede comenzar. García de la Cruz ha hecho mucha terapia visual sin nada digital y *“todos los casos salen”*. Sin embargo, a los niños les gusta la pantalla y siempre les gusta terminar la sesión con un ejercicio en una pantalla donde esté trabajando la visión a la vez que se divierte, se obtiene más adherencia al programa de terapia con algo digital. En resumen, se requiere un material muy básico: el Cordón de Brock, entre otras, es una herramienta que no es más que un cordón con varias cuentas enlazadas a lo largo de su longitud; unos vectogramas, que son láminas para crear imágenes en

“LA PANDEMIA HA MULTIPLICADO POR 100 LAS DISFUNCIONES BINOCULARES QUE PRECISAN TERAPIA VISUAL”

3D; unos flippers de lentes para trabajar la acomodación o el enfoque; lentes sueltas que tiene todo el mundo en una óptica para trabajar la sensación de enfocar; y material imprimible. Con esto, se puede empezar a hacer terapia visual. Lo más complicado es *“tener la base teórica y, sobre todo, atreverse, porque la inversión básica es mínima”*.

Respecto a la duración de cada sesión, suele depender de los centros. En su caso, la mayoría de las veces es de 50 minutos en consulta, de terapia, y otros diez minutos para explicar, como optometrista, al paciente y a la familia lo que tiene que hacer en casa durante esa semana. *“No necesita hacer una hora de ejercicio todos los días. Lo que pautamos suele ser dos o tres ejercicios de cinco a diez minutos cada uno, un máximo de 20 minutos por día. Es un trabajo corto, pero diario. En la repetición está el éxito”,* revela.

No pretenden tampoco saturar a ningún paciente, a ningún niño. Una de las premisas es que esto es una herramienta activa y se requiere de la colaboración del paciente y de la familia para que la terapia visual tenga éxito. Si no se está dispuesto a esforzarse en ella, es mejor no iniciarla. El profesional lo que da son las guías. Los pacientes deben ver los ejercicios como un reto, ellos son los que hacen la terapia visual, los que mejoran con su esfuerzo y los que se benefician de ella.

Por último, este especialista en terapia visual nos adelanta que en 2024 va a lanzar en *Ver para Crecer* una herramienta para solucionar dudas, de manera sencilla, tanto a familias y pacientes como a profesionales, de la visión o relacionados con el mundo de la visión, como son los fisioterapeutas pediátricos, profesores, etcétera, para que puedan reconocer si puede haber un problema visual o no y a quién pueden acudir. ■

