

# FUNCIONAMIENTO SENSORIAL: ¿QUE HAGO AHORA?

Deborah Gleason, Magister en Educación

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Observador(es): \_\_\_\_\_

## ***FUNCIONAMIENTO VISUAL***

**Si el niño con el que trabajo presenta cierta atención visual:**

1. ¿Le presta atención a las luces? \_\_\_\_\_
2. ¿Le presta atención a objetos luminosos/reflectantes? \_\_\_\_
3. ¿Reconoce personas, mira sus caras? \_\_\_\_\_
4. ¿Le presta atención a materiales de alto contraste? \_\_\_\_\_
5. ¿Le presta atención a materiales de colores brillantes? \_\_\_\_
6. ¿Mira objetos? \_\_\_\_\_
7. ¿Mira imágenes/fotografías? \_\_\_\_\_
8. ¿A qué distancia puede mirar? \_\_\_\_\_
9. ¿Por cuánto tiempo puede el niño mirar sin cansarse? \_\_\_\_
10. ¿Los objetos son familiares o desconocidos? \_\_\_\_\_
11. ¿Responde mejor en un ambiente tranquilo? \_\_\_\_\_
12. ¿Las respuestas son más consistentes frente a objetos estáticos o en movimiento? \_\_\_\_\_

Entonces, yo debo...

---

---

---

---

**Si el niño usa anteojos:**

1. ¿Cuándo los usa? \_\_\_\_\_  
(Sólo en casa, en la escuela, para cerca, para lejos)
2. ¿Por cuánto tiempo tolera los anteojos? \_\_\_\_\_
3. ¿Se nota alguna diferencia cuando el niño usa y no usa los anteojos? \_\_\_\_\_

Entonces, yo debo...

---



---



---

***ILUMINACIÓN*****Si la iluminación afecta la visión del niño:**

1. ¿Cuáles condiciones de iluminación afectan su visión? \_\_\_\_\_
2. ¿Parece sensible frente a iluminación alta? \_\_\_\_\_
3. ¿Bajo cuáles condiciones luminosas funciona mejor? \_\_\_\_\_

Entonces, yo debo...

---



---



---

**Si el niño presenta comportamiento de auto-estimulación:**

1. ¿Cómo son esos comportamientos? (mirada compulsiva hacia la luz, ejercer presión en uno o ambos ojos, mover los dedos de su mano frente al rostro) \_\_\_\_\_
2. Generalmente, ¿cuándo ocurren esos comportamientos? \_\_\_\_\_
3. ¿Cómo son eficazmente redirigidos? \_\_\_\_\_

Entonces, yo debo...

---



---



---



---



---

**CONSISTENCIA EN LA RESPUESTA/RESPUESTA VISUAL RETRASADA**

**Si el niño responde visualmente:**

- 1. ¿Cuán consistente son sus respuestas? \_\_\_\_\_**
- 2. El uso funcional que el niño hace de su visión, ¿parece fluctuar? \_\_\_\_\_**
- 3. La respuesta visual, ¿es inmediata o está retrasada? \_\_\_\_\_**

**Entonces, yo debo...**

---

---

---

---

---

**CAMPOS VISUALES**

**Describe las respuestas visuales del niño en los diferentes campos visuales, incluyendo visión central y periférica**

---

---

---

---

---

**Entonces, yo debo...**

---

---

---

---

---

**CONTRASTE**

**Describe las respuesta visuales del niño frente a diferentes niveles de contraste (por ejemplo, el niño visualiza con precisión un cereal de color beige dentro de un tazón rojo**

**pero no le es posible localizar visualmente ese cereal en una mesa del mismo color beige).**

---



---



---



---

**Entonces, yo debo...**

---



---



---

### ***FIGURA FONDO***

**Describe como el niño responde visualmente frente a un fondo complejo (por ejemplo, el niño puede localizar visualmente un juguete favorito colocado sobre una alfombra de un color único, pero no sobre una alfombra estampada; el niño puede cambiar la mirada entre dos juguetes pero no puede escanear visualmente un estante o una caja para encontrar su juguete favorito).**

---



---



---

**Entonces, yo debo...**

---



---



---

### ***AGUDEZA***

**Si el niño reconoce visualmente a diferentes distancias:**

- 1. Objetos (a que distancia/que tamaño de objeto) \_\_\_\_**
- 2. Imágenes (a que distancia/que tamaño de imágenes) \_\_\_\_**
- 3. Gestos (a que distancia/movimiento de brazo, mano o dedos) \_\_\_\_\_**

4. Expresiones faciales (a que distancia)\_\_\_\_\_

Entonces, yo debo...

---

---

---

---

## ***FUNCIONAMIENTO AUDITIVO***

**Si el niño usa audífonos/implante coclear:**

1. ¿Cuándo las utiliza?\_\_\_\_\_
2. ¿Por cuánto tiempo?\_\_\_\_\_
3. ¿Se nota alguna diferencia cuando el niño usa estas ayudas?\_\_\_\_\_
4. ¿Por cuánto tiempo ha usado estas ayudas?\_\_\_\_\_

Entonces, yo debo...

---

---

---

**Si el niño presenta frecuente infecciones de oído:**

1. ¿Ocurren generalmente en algún momento preciso o en cierta temporada?\_\_\_\_\_
2. ¿Cómo sabe usted que el niño presenta dolor? \_\_\_\_\_

Entonces, yo debo...

---

---

---

**Si el niño responde a los sonidos:**

1. ¿Cómo responde frente a la voz humana? ¿La voz de quién? \_\_\_\_\_
2. ¿Cómo responde frente a los sonidos ambientales? ¿Qué sonidos? \_\_\_\_\_
3. ¿Cómo responde frente a la música? \_\_\_\_\_
4. ¿Cómo responde frente a los juguetes? ¿Cuáles juguetes?
5. La respuesta, ¿es inmediata o está retrasada? \_\_\_\_\_
6. Describa la respuesta del niño frente a sonidos familiares:  
\_\_\_\_\_
7. Describa la respuesta del niño frente a sonidos desconocidos: \_\_\_\_\_

**Entonces, yo debo...**

---



---



---



---



---



---

**Si el niño responde a sonidos del ambiente:**

1. ¿La respuesta es mayor en un ambiente calmo? \_\_\_\_\_
2. ¿La respuesta cambia si el ambiente es ruidoso? \_\_\_\_\_
3. ¿Hay una mayor respuesta si el sonido proviene de una cierta distancia? \_\_\_\_\_

**Entonces, yo debo...**

---



---



---



---



---



---

## ***FUNCIONAMIENTO TACTIL***

### **Si el niño responde al tacto:**

1. ¿Cómo responde el niño frente al tacto firme? \_\_\_\_\_
2. ¿Cómo responde el niño frente a un tacto suave? \_\_\_\_\_
3. ¿Cómo responde el niño a.....?

**Entonces, yo debo...**

---



---



---

### **Si el niño responde al tocar una variedad de objetos/texturas/personas:**

1. ¿Qué comportamiento denotan placer? \_\_\_\_\_
2. ¿Qué comportamiento denotan disgusto? \_\_\_\_\_
3. ¿Cuáles son las texturas preferidas? (por ejemplo suave, duro, predecible, etc.) \_\_\_\_\_
4. ¿Cuál es el objeto preferido? \_\_\_\_\_
5. ¿Prefiere comidas con cierto tipo de textura? \_\_\_\_\_
6. ¿Se siente confortable sólo si es tocado en ciertas partes de su cuerpo?
7. ¿Cómo responde frente a texturas desconocidas o inusuales? \_\_\_\_\_
8. ¿Cómo responde a las vibraciones? \_\_\_\_\_
9. ¿Puede reconocer objetos mediante el tacto? \_\_\_\_\_
10. ¿Le gusta ser arropado firmemente dentro de una manta o colocar una manta pesada sobre él? \_\_\_\_\_

**Entonces, yo debo...**

---



---



---



---



---



---

## ***MOVIMIENTO***

**Si el niño responde a actividades que involucren movimiento:**

1. ¿Cómo responde frente al movimiento iniciado por él mismo? \_\_\_\_\_
2. ¿Cuál es su respuesta cuando otra persona lo mueve? \_\_\_\_\_
3. ¿Prefiere ciertos movimientos? (por ejemplo suaves, rítmicos, predecibles, etc.) \_\_\_\_\_
4. ¿Hay algún tipo de movimientos que el niño evite o que no le gusten? \_\_\_\_\_
5. ¿Qué posiciones le gustan? \_\_\_\_\_
6. ¿Qué posiciones no le gustan? \_\_\_\_\_
7. ¿En qué posición el niño está más alerta y presta más atención? \_\_\_\_\_

**Entonces, yo debo...**

---



---



---



---



---



---

## ***OLFATO Y GUSTO***

**Describa las respuestas del niño frente a olores y sabores:**

---



---



---

**Entonces, yo debo...**

---



---



---



---



## ***FUNCIONAMIENTO SENSORIAL GENERAL***

### **Búsqueda:**

1. El niño, ¿busca objetos caídos o perdidos? \_\_\_\_\_
2. Esa búsqueda, ¿es primariamente visual, táctil o auditiva? (describa) \_\_\_\_\_
3. ¿Hasta qué distancia busca? \_\_\_\_\_
4. ¿Es una búsqueda sostenida? \_\_\_\_\_

### **Actividades de motricidad fina**

1. ¿El niño intenta realizar una actividad de motricidad fina primariamente usando su visión o su tacto? \_\_\_\_\_
2. La querer tomar un objeto, ¿el niño usa su visión para guiarse? \_\_\_\_\_

### **Si el niño reconoce gente/objetos:**

1. Qué comportamiento indica que reconoce
  - A. objetos \_\_\_\_\_
  - B. gente \_\_\_\_\_
  - C. lugares \_\_\_\_\_
  - D. actividades \_\_\_\_\_
  
2. ¿Cuáles son las claves que el niño utiliza para reconocer objetos/gente/lugares/actividades?:
  - A. ¿Claves auditivas?
  - B. ¿Claves táctiles?
  - C. ¿Claves visuales?
  - D. ¿Claves multisensoriales?
  - E. ¿Claves contextuales o ambientales?

### **Si el niño demora en ofrecer una respuesta:**

1. ¿Cuántos segundos demora? \_\_\_\_\_
2. ¿Este tiempo parece ser demasiado largo para esa tarea específica? \_\_\_\_\_
3. El tiempo que necesita para responder, ¿es impredecible? \_\_\_\_\_

**Si el niño se encuentra sobrecargado sensorialmente:**

**1. ¿Cómo demuestra que se encuentra sobrecargado sensorialmente?**

- A. ¿Se queda callado o grita? \_\_\_\_\_
- B. ¿Se agita o se pone irritable? \_\_\_\_\_
- C. ¿Se aleja? \_\_\_\_\_
- D. ¿Muestra desinterés? (describa) \_\_\_\_\_
- E. ¿Evita ciertas tareas o materiales? \_\_\_\_\_
- F. ¿Cierra los ojos o se queda dormido? \_\_\_\_\_

**2. ¿Cuán rápido puede usted darse cuenta que el niño se encuentra sobrecargado sensorialmente? \_\_\_\_\_**

**Capacidad de respuesta sensorial:**

- 1. ¿Qué calma al niño? \_\_\_\_\_
- 2. ¿Qué lo pone en estado de alerta? \_\_\_\_\_
- 3. ¿Qué los estresa? \_\_\_\_\_
- 4. ¿Qué los sobrecarga? \_\_\_\_\_
- 5. ¿Qué lo motiva a moverse? \_\_\_\_\_
- 6. ¿Cuáles son las características sensoriales de su juguete favorito? \_\_\_\_\_

**Entonces, yo debo...**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Referencias:**

**Anthony, T.L. (2003a). *Individual sensory learning profile interview*. Chapel Hill, NC: Early Intervention Training Center for Infants and Toddlers With Visual Impairments, FPG Child Development Institute, UNC-CH.**

**Anthony, T.L. (2003b). *Observational assessment of sensory preferences of infants and toddlers*. Chapel Hill, NC: Early Intervention Training Center for Infants and Toddlers With Visual Impairments, FPG Child Development Institute, UNC-CH.**