

# Las personas ciegas y la odontoestomatología

Dres.: J. R. Boj, A. Jiménez y M. Giol

Facultad de Odontología  
Universidad de Barcelona

## RESUMEN

*En este artículo se revisan las características personales y psicológicas de los pacientes ciegos, así como los problemas buco-dentales y el enfoque de los tratamientos odontoestomatológicos.*

**Palabras clave:** *Paciente ciego, tratamiento dental, características psicológicas.*

## ABSTRACT

*The personal and psychological characteristics, as well as dental implications and treatment considerations for the blind patients are reviewed in this paper.*

**Key words:** *Blind patient, dental care, psychological characteristics.*

## Introducción

Los que hemos tenido la suerte suficiente de poder haber experimentado con normalidad todos los sentidos sólo podemos comprender de forma parcial y relativa lo que la pérdida de alguno de ellos significa. La perspectiva del mundo alrededor de estas personas cambia. La percepción exterior va-

ría como asimismo varía la relación de las personas «normales» con ellas. Todos los conceptos van a cambiar.

Padecer una discapacidad es un concepto no obstante relativo (ej. una madre tratando de explicar a su hija ciega lo que era una discapacidad le decía: «alguna gente realiza buen trabajo pero algo más lentamente»; la respuesta de la niña fue: «ya entiendo, es como si yo tuviese que leer Braille con los dedos de los pies»). Vamos a tener que conocer mejor los problemas de los ciegos para ofrecerles mejor ayuda de acuerdo con sus necesidades (1, 2).

En muchas ocasiones que un vidente observa a un ciego se plantea lo siguiente:

— Lo que la vida debe ser sin poder ver.

— Cómo ayudar a personas no videntes sin ser excesivamente intrusivos.

— Está impresionado al observar lo que puede realizar un ciego en muchos aspectos.

— Muchos se dan cuenta de que la ceguera no es una situación de «todo o nada», sino que está representada por grados de severidad (ej. cuándo se volvió ciego, tipo de habilidades adquiridas, calidad de la educación especial).

## Definición

Se define en términos de agudeza visual. Se considera legalmente ciega a aquella persona cuya activi-

dad central no sobrepasa un 10% en el mejor ojo utilizando la mejor corrección mediante lentes, o aquella persona cuya agudeza visual es superior al 10% pero se acompaña de una limitación en la visión de campo de tal manera que el diámetro más ancho del campo visual no excede un ángulo de 20 grados (ej. en la retinosis pigmentaria ven un 100% pero nada por los lados; es la visión por un tubo).

Los ojos de un recién nacido obtienen el máximo crecimiento postnatal en el primer año. Continúan creciendo rápidamente pero a un ritmo decreciente hasta el tercer año. Al nacimiento la visión es limitada. A las dos semanas los objetos grandes pueden ser vistos pero no seguidos. A las 4-5 semanas, objetos relativamente pequeños pueden ser vistos. Objetos en movimiento pueden ser seguidos a las 8-10 semanas. La habilidad para girarse cuando existe exceso de luz también aparece a la misma edad (3, 4).

## Etiología de la ceguera (3, 4, 5)

Como causas prenatales citaremos: atrofia óptica, microftalmia, cataratas, coloboma, tumor dermoide y otros tumores, toxoplasmosis, enfermedad de inclusiones citomegálicas, sífilis, rubéola, meningitis tuberculosa y anomalías en el desarrollo de la órbita.

La atrofia óptica y la microftalmia están asociadas más frecuentemen-

te con lesión cerebral. Son dos tipos de patología que requieren frecuentes visitas al hospital, así como separación de los niños de sus familias, pudiendo ello resultar en un desarrollo social muy lento con mucho menor tiempo de contacto con sus padres de lo necesario. Frecuentemente tienen el aspecto de retrasados mentales en los primeros estadios de la vida. La relación entre la rubéola y los efectos teratogénicos en el primer trimestre de embarazo fueron notados por primera vez en un brote de la enfermedad en Australia en 1941. Algunos efectos como cataratas congénitas fueron notados inmediatamente. Otras anomalías como enfermedades cardíacas congénitas, sordera, retraso mental y defectos dentales no aparecieron hasta más tarde.

Como causas postnatales citaremos: trauma, hipertensión, fibroplasia retrolental, prematuridad, policitemia vera, trastornos hemorrágicos, leucemia, diabetes mellitus y glaucoma.

La fibroplasia retrolental es una lesión asociada con los niños prematuros que han sido expuestos a concentraciones muy elevadas de oxígeno en las incubadoras. Diminutas hemorragias que más tarde producen cicatrices en la retina están presentes. Afortunadamente, hoy en

día se ven con menor frecuencia. Se asocia también con afectación de otras partes del sistema nervioso, convulsiones y pobre desarrollo físico.

Entre 15 y 20 millones de personas en el mundo están afectadas de ceguera. En los EE.UU. aproximadamente medio millón de personas son legalmente ciegas. En Europa aproximadamente entre 1½ a 2 de cada 10.000 nacimientos. Esta cifra varía dependiendo del número de variables anuales a tener en cuenta cómo puede ser la incidencia de casos de rubéola.

### Características psicológicas y conductuales del ciego

Al existir tantas causas distintas de ceguera y coexistiendo en muchas ocasiones otros problemas distintos con cada tipo en particular, hay que comprender que cualquier tipo de descripción de conducta está realizado en términos generales (ej. el niño con rubéola tendrá otros muchos problemas y será muy distinto del que únicamente padezca ceguera).

Así en términos globales:

- Necesitan el mismo cariño y afecto que los videntes.
- Hay que realizar una estimulación precoz y que adquieran las técnicas de autofuncionamiento lo antes posible (6).

— Si se es con ellos sobreindulgente el aprendizaje de los «hábitos de lavabo», y otros que deben aprender, se entorpece (6).

— Son niños que funcionan sobre todo con los sentidos del tacto y de la audición. Deben escuchar y tocar lo que deben aprender. Combinando estos dos sentidos pueden desarrollar el lenguaje y el conocimiento del mundo exterior. Con suficiente estimulación pueden adquirir el lenguaje tan rápidamente como el vidente (7, 8, 9).

— La actividad motora es básica en el desarrollo de otras funciones. Su disrupción ve afectados otros sistemas como son el lenguaje, el tiempo y la percepción del espacio. Al aprender a andar tiene accidentes con más frecuencia. Hay que ayudarles a desarrollar una actividad motora apropiada (8, 9).

— La socialización debe ser estimulada. El ciego tiende a ser egocéntrico. Trata de funcionar con autoestimulación como si no necesitase ayuda (10).

— Realiza actividades estereotipadas repetitivas como dar golpes con la cabeza y apretar los párpados. La estimulación exterior tiende a reducir dichas actividades (11, 12).

— Sienten frustración por no distinguir los objetos tan bien como el vidente y por la adquisición de las



Figs. 1-2 - Paciente ciego tratado con la ayuda de óxido nitroso.

distintas habilidades a menor ritmo.

— La actitud de los padres es básica para el modelado de la conducta en estos niños. Es muy difícil para los padres aceptar este problema. Su respuesta se puede caracterizar por sentimientos y actitudes de culpabilidad, sobreprotección y, en ocasiones, rechazo. El paciente sobreprotegido se vuelve muy exigente, tiene un retraso en las conductas de «autofuncionamiento» que necesita, y tiene la apariencia de ser más retrasado de lo que en realidad es. El paciente rechazado puede volverse agresivo o extremadamente pasivo. Afortunadamente, tras un período de aprendizaje y acoplamiento, los padres enfocan el problema de una forma realista y de acuerdo con las necesidades del niño no vidente. La actitud correcta de los padres es la base para la respuesta adecuada del niño al ambiente (13, 14).

### **Tratamientos odontoestomatológicos**

(3, 15, 16, 17, 18)

Se han constatado relaciones entre anomalías de los sentidos y alteraciones en el desarrollo de los dientes. En la dentición primaria se encuentran trastornos hipoplásicos en condiciones tales como rubéola, diabetes maternal y prematuridad. Anomalías en la dentición permanente son halladas en la misma frecuencia tanto en las poblaciones vidente como invidente.

El cuidado de estos pacientes es un trabajo de equipo en el que participan el odontoestomatólogo, los higienistas y asistentes, padres, educadores, terapeutas, médicos y el propio paciente. Los cuidados no se limitan a la consulta dental. La clave del éxito va a estar en la prevención y en el esfuerzo del equipo que trata al paciente. Habrá que diseñar un programa preventivo en que participe todo el equipo.

Hay que tener un perfecto conocimiento de la historia médica del pa-

ciente. Hay que conocer sus condiciones físicas tras consultar con su médico. Hemos de estar al día de problemas como trastornos cardíacos o convulsivos.

También debemos tener un buen conocimiento del estado psicológico del paciente. Ello representa consultas con educadores y psicólogos. Hay que conseguir crear una situación de unidad, de compartir el tratamiento con estos pacientes. Sólo así lograremos disminuir los sentimientos de incertidumbre y ansiedad.

Hay que hacer llegar la higiene oral al hogar y a las escuelas que les educan. La dieta debe ser controlada y vigilar la ingesta de azúcares.

La comunicación con estas personas es esencialmente verbal. Tienen el sentido del tacto muy desarrollado. Estos dos factores son básicos a la hora de enfocar el tratamiento dental. Se les ha de explicar todo lo que hacemos. Las explicaciones han de evitar hablar de lugares. Hay que dejarles tocar los instrumentos que podamos. Son muy asustadizos a los ruidos, por lo que habrá que tener cuidado con los sonidos alarmantes.

Una vez sentados en el sillón dental no podemos reposicionarlos sin avariarlos. Además se debe hacer con mucho cuidado, sin brusquedades. Es muy útil tocar al paciente dándole confianza mientras realizamos las maniobras. Sobre todo hay que tener más cuidado con estas precauciones cuando se trata de niños.

Tienen el sentido del gusto muy agudo. Rechazan sabores fuertes. Muchos de nuestros productos tienen sabores poco agradables. También rechazan algunos tipos de dentífricos o de pastas profilácticas. Algunos medicamentos han de ser diluidos en soluciones de sabor agradable. Hay que disponer de modelos tipo fantasmas y cepillos dentales en las consultas para la ense-

ñanza de higiene oral. Los padres van a jugar un papel decisivo. La actitud de ellos hacia la odontología y nuestros tratamientos va a ser muy importante ya que pueden influir en el niño de forma muy positiva. Es conveniente que los padres y cuidadores tengan toda la información necesaria puesto que ello mejora ostensiblemente la valoración de la salud oral de los pacientes afectos de ceguera.

### **Bibliografía**

1. ELONEN A., ZWARENSTEYN S.: Appraisal of developmental lag in certain blind children. *J Pediatr*, 64: 4-8, 1964.
2. HERSHBERGER, P.J.: Information loss: the primary psychological trauma of the loss of vision. *Percept Mot Skills*, 74: 509-510, 1992.
3. NOWAK A.J.: Dentistry for the handicapped patient. C.V. Mosby Company. Saint Louis, 1976.
4. GOLDSTEIN H.: Incidence, prevalence and causes of blindness. *Public Health Rev*, 3: 5-37, 1974.
5. FOSTER H., BRAMBRING M., BEELMANN A.: Prevalence and situational causes of stereotyped behaviors in blind infants. *J Abnorm Child Psychol*, 19: 569-590, 1991.
6. TROSTER H., BRAMBRING M.: Early social-emotional development in blind infants. *Child Care Health Dev*, 18: 207-227, 1992.
7. Mc Conachie H.: Early language development and severe visual impairment. *Child Care Health Dev*, 16: 55-61, 1990.
8. ASHMEAD D.H., HILL E.W., TALOR C.R.: Obstacle perception by congenitally blind children. *Percept Psychophys*, 46: 425-433, 1989.
9. HELLER M.A.: Texture perception in sighted and blind observers. *Percept Psychophys*, 45: 49-54, 1989.
10. PREISLER G.M.: Early patterns of interaction between blind infants and their sighted. *Child Care Health Dev*, 17: 65-90, 1991.
11. PAOLETTI R.F.: Asymmetric haptic function and manual motor efficiency in blind children. *Can J Psychol*, 44: 69-75, 1990.
12. LANDAU B.: Spatial representation of objects in the young blind child. *Cognition*, 38: 145-178, 1991.

- 
13. AGARWAL R., PIPLANI R.: Blind adolescents' perceptions of parental attitudes. *Int J Rehabil Res*, 13: 336-339, 1990.
14. PREISLER G.M.: Blind infant-sighted mother interaction during the first year. *Int J Rehabil Res*, 14: 231-234, 1991.
15. RAPP R., KANAR H., NAGLER, B.: Pedodontic care for the deaf and blind. *Dent Clin North Am*, 10: 21-34, 1966.
16. MOWRER D.E., SCHAFFER S.R.: Survey of educators' and employers' attitudes about training and hiring speech-language pathologist who are blind or quadriplegic. *Int J Rehabil Res*, 14: 354-355, 1991.
17. LEBOWITZ E.J.: An introduction to dentistry for the blind. *Dent Clin North Am*, 18: 3-7, 1974.
18. BOJ J.R.: Apuntes de clase, 1991.
- 

**EN ESTE NUMERO COLABORAN  
PUBLICITARIAMENTE**

A. FORMATGER, S.A.  
DENTAID  
EXPODENTAL '94  
LABORATORIOS GELOS, S.A.  
LABORATORIOS ERN, S.A.  
LABORATORIOS INIBSA, S.A.  
MAB DENTAL, S.A.  
PRODENT