

Las personas sordas 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 sordos, así como los problemas buco-dentales y el enfoque de los tratamientos odontoestomatológicos.

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

ABSTRACT

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

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

Introducción

La pérdida total o parcial de la facultad de oír puede alterar la conducta de los individuos. La audición y el habla están íntimamente relacionados en su desarrollo. No tan sólo el lenguaje y la comunicación están afectados sino también el estímulo que produce el

sonido en la persona. Falta la integración del sonido con los otros sentidos. La actividad motora puede verse perjudicada.

La sociedad está obligada a proporcionar una adecuada educación a estas personas y a tomar una actitud de tolerancia y consideración. La simultaneidad de las noticias televisivas habladas con el lenguaje de los signos es un ejemplo de buena organización en la comunidad (1, 2).

Terminología

La definición de sordera se adapta al grado y clasificación de pérdida auditiva: (3, 4)

— **Ligera** (pérdida de 15-30 decibelios). Es el típico «duro de oído». Interfiere poco con el desarrollo y requiere poca ayuda.

— **Parcial** (pérdida de 30-65 decibelios). Las conversaciones normales a una distancia de entre medio y un metro y medio son atendidas razonablemente bien. Se requiere amplificación combinada con lectura labial. Generalmente pueden funcionar en escuelas normales aunque requieran ayuda especial.

— **Severa** (pérdida de 65-95 decibelios). La conversación ha de ser desde muy cerca y con un tono muy elevado para que sea entendida. El entreno de la audición y del lenguaje se ha de iniciar pronto. La amplificación puede ser útil, acompañada de lectura labial.

— **Profunda** (pérdidas mayores de 95 decibelios). Muy pocos indivi-

duos tienen una pérdida total de audición. Generalmente algunos sonidos pueden oírse si son amplificados. En este nivel el lenguaje no puede ser escuchado aunque se utilice amplificación. Es necesario el entrenamiento temprano e intensivo en la lectura de los labios y otras técnicas, como el lenguaje de los signos. Puede desarrollarse algo de lenguaje.

La pérdida de la audición también puede ser clasificada de acuerdo a la localización anatómica del defecto. Existen pérdidas conductivas por implicación del oído medio, y pérdidas neurosensoriales por implicación de la cóclea, nervios cocleares y vías de conducción centrales.

La detección temprana de la pérdida de audición es muy importante. Existen variados tests para tal propósito. Algunos niños con pérdidas ligeras emiten ciertos sonidos al hablar. Los más frecuentes son: /f/, /th/, /sh/, /s/. Ello ayuda al diagnóstico temprano (5).

Etiología de las pérdidas auditivas (3, 4)

Como causas prenatales citaremos: defectos hereditarios y congénitos, infecciones, trauma en el nacimiento, prematuridad, incompatibilidades sanguíneas y causas desconocidas (10-20%).

Aproximadamente entre la mitad y un tercio de los casos entran en la categoría de trastornos hereditarios y congénitos. La rubéola produ-



Fig. 1 - Paciente ciego-sordo que requirió anestesia general para poder realizar los tratamientos.

ce el 20% de las sorderas congénitas. En muchos casos la sordera no se detecta hasta fases más avanzadas de la vida. También se asocia con ceguera, defectos cardíacos e hipoplasias dentales. Algunas causas hereditarios son el síndrome de Hunter, el síndrome de Waardenburg y la otosclerosis.

Como causas postnatales citaremos: infecciones, herencia, traumatismos, fármacos y sordera central (lesiones corticales).

Entre las etiologías postnatales la otitis media crónica serosa será la causa más frecuente cuando la pérdida se debe a la conducción. Estas infecciones del oído medio se solucionan con antibioticoterapia y drenaje.

Los traumatismos sobre el hueso temporal producen pérdida de la audición sobre todo si el hueso se fractura transversalmente. Habrá lesión del oído medio y en ocasiones parálisis cerebral. Antibióticos tales como la estreptomina, neomicina y vancomicina son ototóxicos. La enfermedad de Menière comienza en la etapa media de la vida y afecta a los dos sexos por igual. Se caracteriza por pérdida auditiva y vértigo. Existe un problema del oído interno con hiperpresión de la endolinfa.

En los EE.UU. se considera que existen 3 millones de sordos. Medio millón de los mismos ha perdido la audición antes de los 19 años. En

Europa, aproximadamente un 2 por 1.000 de los niños que acuden a escuelas regulares o especiales tienen suficiente pérdida de la audición como para requerir la utilización de amplificadores.

Características psicológicas y conductuales en los trastornos de la audición

El desarrollo individual está basado en gran medida en los sentidos del tacto y de la visión. Necesitan ver lo que pasa. En los primeros años de la vida adolecen de las palabras de cariño que les ofrece la madre; la seguridad de la voz materna. En consecuencia van a seguir a la madre a todos los lados. No desean experiencias que no puedan ver. Temen la pérdida de la visión del mismo modo que el ciego teme la pérdida de la audición, ya que dichas pérdidas les aislarían mucho más (6, 7).

Padecen un aislamiento forzado por la incapacidad de comunicación. Tratan de juntarse con otros niños con los mismos problemas de comunicación produciéndose entonces un mayor aislamiento de la comunidad general. No experimentan el placer de los sonidos agradables y no responden a los sonidos de advertencia (8).

Como la comunicación está disminuida los niños sordos tardan en adquirir las bases de «autofunciona-

miento» y en adaptarse socialmente. Presentan resultados inferiores en tests de inteligencia standard. Algunos de ellos obtienen los mismos resultados de coeficiente intelectual que niños sin impedimentos, cuando los tests no dependen del lenguaje ni de instrucciones habladas.

Las percepciones que tienen de ellos mismos acostumbran a ser pobres. Muy frecuentemente reciben poca educación especial y se les coloca en trabajos por debajo de su potencial real, lo cual conlleva todavía una más baja percepción de sí mismos. Muchos padres van a experimentar sentimientos de culpabilidad, sobreprotección y rechazo, preguntándose qué será de sus hijos más tarde en la vida. Deben aprender a aceptar al niño con sus limitaciones y proponerse objetivos realistas sin dejar de estimularles.

Tratamientos odontoestomatológicos (4, 9, 10)

La alteración de la audición y defectos en la dentición se han relacionado en condiciones tales como la displasia ectodérmica y la displasia oculodentodigital. La prematuridad y la rubéola aumentan la frecuencia de hipoplasias en el esmalte. El bruxismo se encuentra con mayor frecuencia en la población sorda. La razón no es conocida aunque se cree que se debe a un mecanismo de autoestimulación.

Dependen fundamentalmente de la visión para relacionarse con el ambiente. Las sonrisas y los gestos de simpatía van a ser muy apreciados y reducen la ansiedad. Hay que enseñarles todo lo que sea posible. Viendo las cosas se sienten con mayor control de la situación.

Se deberá estimular la prevención con la enseñanza de una higiene oral adecuada y unos hábitos dietéticos correctos. Debemos conocer la

historia médica y el estado psicológico antes de los tratamientos. Son muchas veces necesarias las consultas con los médicos, psicólogos y logopedas. Un cuidador que conozca el lenguaje de los signos es extremadamente útil para facilitar los tratamientos.

Si el paciente utiliza un aparato amplificador, habrá que tener mucho cuidado con los ruidos, ya que aumentan todos los sonidos, y no sólo el lenguaje. Habrá que tomar precauciones con el material rotatorio y al dejar los instrumentos sobre las bandejas.

Consideran muy ofensivo cuando gritamos para que nos oigan. Si el aparato está bien ajustado, los tonos conversacionales normales son suficientes. El aparato amplificador puede emitir ruidos por estar mal colocado, porque el volumen esté muy alto o porque nosotros estemos muy cerca del paciente. Puede ser una ventaja bajar su volumen mientras trabajamos, aunque debe ser el paciente quien dicte sus preferencias.

Aunque tengan algún componente de retraso mental no se les debe tratar ni hablar como si fuesen niños pequeños o pacientes retrasados. Son muy sensibles a ello. No hay que hacer suposiciones en cuanto a la capacidad de comprensión de personas con defectos sensoriales. Hay que conocer al paciente. La experiencia en el tratamiento de estos pacientes nos proporcionará la clave para obtener la máxima cooperación de ellos.

El paciente ciego-sordo (4, 9)

El concepto de la realidad para individuos padeciendo ambos problemas está evidentemente alterado. La percepción física del mundo tendrá que basarse en los otros sentidos no afectados. Por definición se trata de aquellas personas que no pueden beneficiarse ni de los programas especiales para sordos ni para ciegos. Muy frecuentemente el problema está asociado a la prematuridad y a la rubéola. Sobre la incidencia se encuentran pocas cifras en la literatura y además se trata de referencias vagas e inexactas.

No responden a varios estímulos y casi siempre hay retraso mental asociado. La realidad es que los tests standard no pueden ser aplicados a estas personas. Su desarrollo depende en gran medida del sentido del tacto. La percepción de sí mismos es muy pobre. No quieren cambios. Les gustan las cosas monótonas que además les proporciona seguridad. Los programas educacionales utilizan los sentidos intactos. Hay que dotarles de actividades motoras adecuadas para controlar al enfermo.

Encontraremos mayor frecuencia de lesiones hipoplásicas en esmalte y de bruxismo. Presentan algunas de las características de los pacientes ciegos tales como la mirada a potentes fuentes de luz, llevarse los dedos a los ojos y movimientos rítmicos. Parecen muy pasivos e inactivos. Se encuentran cómodos en

situaciones repetitivas. Así, los procedimientos en la consulta deben mantenerse uniformes de visita en visita. Como se basan en el tacto y los movimientos corporales para fijar ideas en su mente, hay que dejarles tocar los instrumentos. Tendremos que tocar a los pacientes a menudo para transmitirles confianza y mantener una buena comunicación. Finalmente, diremos que para la enseñanza de higiene oral, habrá que cogerles de la mano y repetir los procedimientos varias veces.

Bibliografía

1. KOPRA M.A.: A brighter future for deaf people. *J Rehabil*, 40: 35-38, 1974.
2. CARLISLE D.: Deaf, but not disabled. *Nurs. Times*, 85: 66-67, 1989.
3. SIVER J.: Notes on the early development of the deaf infant. *Psycoanal Rev*, 75: 469-471, 1988.
4. NOWAK A.J.: Dentistry for the handicapped patient. C.V. Mosby Company, Saint Louis, 1976.
5. MORGON A., AIWARD P., DAUDET N.: Educación precoz del niño sordo. Editorial masson. Barcelona, 1984.
6. FURTH H.G.: Thinking without language. Psychological implications of deafness. Free Press. New York, 1966.
7. MOORES D.F., SWET C.A.: Reading and writing skills in deaf adolescents. *Int J Rehabil Res*, 13: 178-179, 1990.
8. LEDERBERG A.R.: Social interaction among deaf preschoolers; the effects of language ability. *Am Ann Deaf*, 136: 53-59, 1991.
9. BOJ J.R.: Apuntes de clase 1991.
10. MOHAY H.A., KLEINIG D.F.: Providing medical care for deaf patients. *Med J Aust*, 155: 498-499, 1991.