

870122  
59  
2ej

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA**

**ESCUELA DE ODONTOLOGIA**



**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**MANEJO Y ATENCION DEL NIÑO  
SORDO EN EL CONSULTORIO DENTAL**

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
CIRUJANO DENTISTA  
P R E S E N T A  
MARCELA MARTINEZ TEJEDA

ASESOR: DR. GUILLERMO HERNANDEZ ORTIZ

GUADALAJARA, JALISCO. 1987



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

" MANEJO Y ATENCION DEL NIÑO SORDO EN EL CONSULTORIO DENTAL".

INDICE.

	PAGINA.
INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I	
DEFINICION Y CARACTERISTICAS DEL -- NIÑO SORDO EN EL CONSULTORIO DENTAL	2
A) DEFINICIONES.....	5
B) CLASIFICACIONES.....	8
CAPITULO II	
MANEJO Y EDUCACION ESPECIAL DEL NIÑO SORDO EN EL CONSULTORIO DENTAL.....	20
CASUISTICA..... ( 3 casos clínicos)	39
CONCLUSIONES.....	43
BIBLIOGRAFIA.....	47

## INTRODUCCION.

La atención del niño sordo puede ser muy gratificante para el odontólogo si recuerda que este niño debe - - aprender a través de los demás sentidos. (10)

El preescolar puede ser más difícil de abordar, - - pues no ha sido adiestrado aún en la comunicación. Sus experiencias suelen ser las relacionadas con el medio familiar. (7)

Esta tesis tratará de las características y educación especial para niños sordos, así como del manejo de estos niños en el consultorio dental y las modificaciones en el tratamiento dental.

La meta de éste trabajo es dar material sobre sordera y brindar algún conocimiento de las causas y consecuencias de ésta incapacidad.

## CAPITULO I

" DEFINICION Y CARACTERISTICAS DEL NIÑO -  
SORDO. "

## CONSIDERACIONES GENERALES.-

De 5 a 10% de la población tiene un defecto auditivo, ya sea temporal o permanente, el cual es lo suficientemente intenso para impedir su función normal. La sordera se puede presentar a cualquier edad y produce incapacidad, dependiendo del grado de la pérdida, de la edad a la cual se produce (interferencia con el desarrollo -- del lenguaje y de la palabra hablada) y si uno o ambos -- oídos están afectados. (4)

La pérdida del oído ha sido notada en compañía de -- un número de otras condiciones de inhabilidades.

El 90% de pacientes con paladar hendido experimentan pérdida del oído periódicamente cuando ocurre la otitis media.

El 20% de todas las personas con parálisis cerebral percibe pérdida en la alta frecuencia.

Y más del 70% de individuos con síndrome de Down demuestra pérdida del oído conductivo permanente como resultado de la otitis media y de los raros defectos estructurales del oído medio.

La pérdida del oído es común en las personas con anomalías craneofaciales si las estructuras del oído o nervio son irregulares. (5)

La sordera puede ser causada por diferentes virus:

La sordera característica de la parotiditis es una sordera unilateral preseptiva que deja un oído totalmente sordo y otro normal.

El sarampión es una causa importante de sordera en los niños, generalmente provoca sordera parcial en ambos oídos.

Algunos de los casos más graves de sordera observados son aquellos provocados por meningitis y suelen ser total o casi total.

Existe controversia con respecto a si la sordera es resultado de la meningitis misma o de la estreptomycin empleada en el tratamiento de las infecciones tuberculo-

sas.

Ningún tipo de tratamiento, medicamento o estímulo mejorará el oído de una persona cuya sordera haya sido -- provocada por meningitis. (2)

Es conocido que el deterioro del oído ocurre más - - frecuentemente en parálisis cerebral que en poblaciones - normales.

También una alta incidencia de deterioro del oído -- han sido reportados en atetosis y ataxia.

En muchos niños con parálisis cerebral, el desarro-- llo del nivel del habla y del idioma podría estar relacio- nado al deterioro del oído.

Estas condiciones son importantes para el dentista, - ya que encausa las funciones esenciales de la comunica- - ción en el desarrollo de la armonía. (11)

## A).- DEFINICIONES.-

Existen muchas definiciones y muy variadas que dependen de cada autor:

La pérdida total o impedimento grave de la facultad de oír puede alterar la conducta de los individuos. Oír u hablar están íntimamente relacionados en su desarrollo. La dicción es una conducta aprendida que requiere la integración de varios impulsos sensoriales. La audición es un sentido a distancia, brinda impulso aún durante el sueño. Quizás es este funcionamiento más básico lo que determina que la pérdida grave de la audición sea una incapacidad más seria que la pérdida de la visión -- para muchos individuos. (8)

El deterioro del oído es un término utilizado para describir la dificultad en el oído. El término implica los defectos de las funciones del oído.

El número de personas consideradas sordas o con dificultad para escuchar varía, ya que depende de las funciones usadas y del origen de información. Una estimación conservadora indica aproximadamente: 9 millones de personas tienen algún tipo de lesión o padecimiento del oído. De estas personas, 8,5 millones tienen pérdida --



del oído que crea una espera inconveniencia o una ligera inhabilidad.

Otros 350,000 son inhabilitados auditivos, que es un grado significativo el cual requiere una atención especial para la pérdida del oído. Aproximadamente 40,000 de estos asisten a escuelas para sordos. (5)

La pérdida de la capacidad para reconocer el significado de estímulos auditivos estando intacta la audición recibe el nombre de agnosia acústica o auditiva. Tal defecto puede ser muy general, aplicándose a estímulos auditivos de todas clases, o puede ser específico, incluyendo solo la comprensión de la palabra hablada. (12)

La definición de sordera se entiende muy fácilmente si se considera la gama y clasificación de la pérdida auditiva.

Un niño sordo es aquel que no posee el suficiente oído residual para comprender el habla, aún con un aparato, sin recurrir a la instrucción especial.

Las definiciones de estas deficiencias son muchas y

variadas, también la clasificación varía dependiendo de la parte del oído que esté afectado.

En 1938, una definición estandar fué formulada por un comité especial sobre nomenclatura para la Conference of Executives of American Schools for the Deaf.

1.- Los Sordos.- Aquellos en quienes el sentido del oído no funciona para las actividades normales de la vida. Este grupo está formado por dos clases definidas basadas totalmente en el tiempo transcurrido desde la pérdida del oído.

2.- Los Sordos Parciales.- Aquellos en quienes el sentido del oído, aunque defectuoso, podrá funcionar con o sin aparato auxiliar. -

(2)

B).- CLASIFICACION Y CARACTERISTICAS.-

La intensidad del sonido es medido en decibeles. -- (dB). Un decibel es la más baja intensidad que puede -- ser escuchada.

La más alta intensidad es de 100 dB.

Una conversación ordinaria con una persona entre -- una distancia de 3 a 4 pies mide cerca de 60 dB.

Las pérdidas del oído están típicamente reportadas -- en menos intensidad (dBs). (5)

La clasificación siguiente se relaciona principal-- mente con las condiciones del oído interno (que en su ma-- yoría no son corregibles). El continuo de pérdidas audi-- tivas puede caracterizarse como:

LEVE.- Pérdida de 15 a 30 dB. Los individuos que-- presentan una pérdida de este grado son llamados a menu-- do duros de oído. La incapacidad es ligera, interfiere-- poco con el desarrollo, y requiere poca ayuda.

PARCIAL.- Pérdida de 30 a 65 dB. Los individuos -- con una pérdida de este grado, a menudo pueden ocurrir --

a escuelas regulares, aunque puede ser necesaria alguna ayuda especial. (8)

Cuando causa problemas en una conversación ordinaria y requiere de un aparato auxiliar del oído. (13)

GRAVE.- Pérdida de 65 a 95 dB. La conversación debe ser muy cerca y fuerte, para ser entendida. Los esfuerzos de entrenamiento auditivos y de dicción deben iniciarse temprano. (8)

También es llamada severa, usualmente causa dificultades serias en el aprendizaje del idioma. (13)

PROFUNDA.- Pérdida de 95 a + dB. Muy pocos individuos tienen pérdida auditiva total. Generalmente pueden oír unos pocos sonidos si son amplificadas. La dicción no se oye aún con amplificación a este nivel. (8)

Contando individualmente casi completamente en la lectura de los labios y métodos manuales. (13)

## La pérdida del oído y sus probables efectos.

CLASIFICACION:	PERDIDA DE dB	OIDO SIN AMPLIFICACION.
Rango normal	0 - 15 dB	Todos los sonidos diálogos.
Pérdida suave	15 - 25 dB	Se escuchan los sonidos de las vocales claramente, quizás se pierda el sonido de algunas consonantes.
Pérdida media	25 - 40 dB	Escucha solamente un diálogo en voz muy alta.
Pérdida Moderada	40 - 65 dB	Pierde la mayoría del diálogo en una conversación normal.
Pérdida severa	65 - 95 dB	Pierde todo el diálogo en una conversación normal.
Pérdida profunda	95 - + dB	No se escucha absolutamente ningún sonido o diálogo.

Tabla 2-1 (Lange, Brian Mark-Entwistle, Beverly M. Lipson, Laurette F) Describe los rangos de la pérdida de decibeles con sus efectos correspondientes en el oído. (5)

Hay dos categorías de sordera a saber:

1.- Pérdida Conductiva de la audición.

2.- Pérdida del oído nerviosa sensorioneural.

1.- La pérdida conductiva de la audición es atribuible a una osteoesclerosis que impide que los pequeños huesillos del oído funcionan bien. (1)

Que afecta el aparato del oído medio. (8)

Ocurre del resultado de cualquier herida o daño -- enfermedad que interfiere con los órganos que conducen -- las ondas del sonido por la parte del oído medio hacia -- afuera. En la pérdida del oído conductivo la parte interna del oído es normal y usualmente es consistente sobre cualquier rango del sonido.

Los pacientes con esta enfermedad conductiva son -- los más beneficiados del uso del aparato auxiliar del -- oído. (5)

Un traumatismo puede producir perforación de la membrana del tímpano o luxación de la cadena osicular. (4)

2.- La pérdida del oído nerviosa sensorial incluye lesiones de las vías auditivas desde el nervio auditivo - en el oído interno hasta la región auditiva en el -- lóbulo temporal del cerebro. (1)

Que afecta el caracol, los nervios del caracol o -- las vías centrales. (8)

Puede ser debida a lesiones traumáticas del oído -- interno o del octavo par craneal, a agentes tóxicos, infecciones bacterianas y virales, a enfermedades febriles graves, a enfermedades de Meniere y a exposición prolongada o repetida a sonidos fuertes. (4)

El padecimiento del oído sensorioneural resulta -- del mal funcionamiento del órgano que percibe el sonido. El oído interno, el nervio auditivo o el centro auditivo en el cerebro.

Esta enfermedad envuelve a la pérdida de sensibilidad y conducción de agudeza que es generalmente confinada a una o más frecuencias, usualmente en altas frecuencias. Desde que las consonantes tienen un alto sonido -- más que las vocales, y son usualmente pronunciadas con -- menos intensidad que las vocales crece la dificultad al-

entender el diálogo.

Este tipo de padecimiento es permanente. (5)

Otros métodos de clasificación incluyen aquellos basados en la oportunidad del trauma:

1.- CONGENITOS.

2.- ADQUIRIDOS.

1.- Los congénitos nacen con una incapacidad. (8)

Congénitas debidas a malformaciones del oído externo o medio.

La osteoesclerosis, una sordera de conducción - frecuentemente familiar, con iniciación en la - segunda década de la vida produce anquilosis en el estribo por la neoformación de un hueso esponjoso. La causa no es conocida. (4)

2.- Los Adquiridos.- Que nacen con audición normal - que va disminuyendo a lo largo de la vida. (8)

La pérdida del oído conductivo adquirida ocurre



del resultado de cualquier herida daño o enfermedad que interfiere con los órganos que conducen las ondas del sonido por la parte media del oído hacia afuera.

En la pérdida del oído conductivo la parte interna del oído es normal y usualmente es consistente sobre cualquier rango del sonido. (5)

#### CLASIFICACION DE SORDERA.

- A) Sordera Sensorineural (nerviosa perceptiva)
  - 1.- Organó receptor final (coclea)
  - 2.- Vías neuronales
  - 3.- Central (corteza auditiva) las lesiones corticales.
- B) Sordera Conductiva.- Trastornos en el oído externo o medio que previenen la transmisión normal del sonido.
- C) Sordera Mixta.- Sordera sensorineural y conductiva combinada.
- D) Sordera Funcional.- No puede descubrirse lesión orgánica alguna.

Diagnóstico Clínico y Tratamiento (Krupp, Markus A.) (4)

Otro autor nos da la siguiente clasificación:

- |                       |                      |
|-----------------------|----------------------|
|                       | A) GRUPO HEREDITARIO |
| 1.- SORDERA CONGENITA | B) GRUPO PRENATAL    |
|                       | C) GRUPO PERINATAL   |

2.- SORDOS ADVENTICIOS.

1.- SORDERA CONGENITA.- Puede ser clasificada en tres -- grupos principales: hereditarias causadas por influencias genéticas; prenatales, causadas por -- una variedad de influencias nocivas sobre el embrión en desarrollo; y perinatales, causadas por uno de varios accidentes que puden ocurrir en el momento del nacimiento mismo, poco después del nacimiento o en las primeras horas o días después del nacimiento.

A) GRUPO HEREDITARIO.- Se sabe que muchos casos de sordera congénita hereditaria presentan una fuerte tendencia familiar y que la sordera congénita suele estar relacionada con otros defectos congé-

nitos. La sordera hereditaria se caracteriza por diversos grados de desarrollo incompleto del oído interno, degeneración hereditaria en las que existe una pérdida progresiva del oído, una vez que el oído interno se ha desarrollado normalmente y las aberraciones cromosómicas. La sordera por -- heredodegeneración puede presentarse sola o en -- combinación con otras anomalías, caso en el que se les conoce como "síndromes".

- B) GRUPO PRENATAL.- En 1945 Carruthers informó que podía ocurrir sordera congénita como secuela de la rubéola materna. La rubéola causará sordera congénita solamente si es contraída durante los primeros tres o cuatro meses del embarazo. Casi el 10 por 100 de todos los casos de sordera congénita pueden ser atribuidos a la rubéola, pudiéndose presentar también algunos otros defectos.

Otros virus, principalmente los de la influenza, pueden ser causa de un gran número de casos de sordera. También es posible que ciertas drogas puedan causar daño durante los primeros meses del embarazo, un intento fracasado de aborto con fármacos pueden conducir a consecuencias trágicas en el niño.

La sífilis congénita se incluye en este grupo, - aunque el síntoma de sordera rara vez está presente en el nacimiento.

Existe una forma temprana en que la sordera comienza en los primeros años de vida y una forma tardía en que la sordera comienza a presentarse entre los 8 y 20 años de edad. Frecuentemente - durante la pubertad.

C) GRUPO PERINATAL.- Las toxemias en las últimas -- etapas del embarazo, los partos prematuros, las lesiones durante el parto por instrumentos o - - accidentales, la anoxia y las ictericias neonatales con causas perinatales de sordera congénita. Quizá la afección más importante es la incompatibilidad del factor Rh. Esta incompatibilidad -- de los grupos sanguíneos Rh entre la madre y su hijo quizá sea causa del 2 a 3 por 100 de los casos de sordera congénita.

2.- LOS SORDOS ADVENTICIOS.- Desde hace muchos años se sabe que los virus pueden ser causa de sordera. Entre aquellos virus que se sabe o se sospecha que pue

dan ser la causa de la sordera se encuentran los agentes etiológicos de la parotiditis sarampión, varicela, influenza, virus del catarro común y poliomielitis.

La sordera puede ser causada por los efectos de drogas, habitualmente por la aspirina y la quinina.

Debido al amplio uso de antibióticos tales como est tr pt om i c i n a, ne om i c i n a y kan am i c i n a.

Se ha establecido sin lugar a dudas que la toxicidad farmacológica constituye una de las principales causas de sor de ra, y suele ser lo suficientemente común para justificar la preocupación y la discusión continua. (2)

Los mecanismos receptores pr i m a r i o s y las af as ne ur o n a l e s con du c t o r a s que sirven para -

las sensaciones auditivas son muy complejas; fundándonos en nuestros actuales conocimientos de anomalías del oído solo deben considerarse en dos grandes grupos:

- 1.- Por disfunción del aparato periférico (caracol y porción coclear del octavo par craneal).
- 2.- Por disfunción de las conexiones centrales (núcleos cocleares y sus proyecciones ascendentes.). (12)

## CAPITULO II

" MANEJO Y EDUCACION ESPECIAL DEL NIÑO SORDO EN EL - -  
CONSULTORIO DENTAL. "

## CONSIDERACIONES GENERALES.-

La presencia de una deficiencia auditiva en un niño, deberá surgir del padre en el interrogatorio inicial. La recepcionista sagaz, al saber de una deficiencia, deberá pedir la historia médica completa a los padres. En condiciones ideales esta deberá obtenerse antes de la primera visita del niño; existen varios motivos para proceder en esta forma. Un motivo es que las visitas largas suelen provocar inquietud innecesaria, lo que aumenta la aprensión. Además el obtener los datos anticipadamente, da al dentista una apreciación previa de su paciente nuevo y su deficiencia, ayudándolo a la vez a considerar la mejor forma de presentarse a sí mismo y el servicio que prestará. (2)

Al lactante sordo aparentemente nada le distingue de un niño oyente. Está alegre, despierto, amable y sobre todo, muy "Bueno". Duerme bien, sea cual sea el ruido ambiente, cosa muy apreciada siempre por los familiares. Puede pasar largo tiempo antes de que se advierta que no se despierta cuando se entra en su habitación, pe-

ro que se sobresalta cuando se llega cerca de la cuna. La voz de su madre no parece afectarle y los ruidos domésticos no le interesan. Pero un avión cerca de la casa, un motor de camión, el ladrido de un perro grande, despier--tan una reacción a veces de espanto.

El laleo aparece normalmente hacia los dos meses o tres, para desaparecer a veces espontáneamente algunos meses después. Con frecuencia se organiza hacia los seis meses en sonidos silábicos. Pero el niño no repite jamás silabas redobladas tomadas del ambiente, si se le estimula vivamente, formará a veces un fonema con sus labios, pero será incapaz de sonorizarlo. Y sobre todo, ninguna "unión simbólica" se producirá entre los sonidos emitidos y los objetos próximos. Si el niño dice / pa-pa /, solo será por azar, sin ninguna ligazón con la persona de su padre. Hacia los 18 meses o más tarde, los sonidos --silábicos desaparecen y el niño sólo emite sonidos inarticulados. (9)

El impedimento serio en la audición tiene consecuencias de largo alcance. El individuo con esta incapacidad está afectado en muchas áreas de desarrollo. No solo están perturbados la dicción y la comunicación, sino que el estímulo del sonido mismo está disminuido. La integra-ción de la audición con los otros sentidos sufre, la acti



vidad motora puede ser reducida y los placeres derivados de los sonidos agradables pueden no experimentarse. Los sonidos de advertencia no son percibidos claramente. La vida familiar puede estar alterada a veces en tal medida que hay un rechazo del niño por los padres.

La pérdida grave del oído también tiene efecto sobre los padres del niño y sobre la comunidad. Los padres pueden experimentar culpabilidad después de los sentimientos iniciales de choque e incredulidad. Naturalmente, surgen preguntas. ¿Qué produjo el problema? ¿Volverá a suceder? ¿Qué puede esperarse del niño en la escuela y luego en la vida?.

Los padres también desearán saber que pueden hacer - para ayudar, una vez que comprendan que la intervención - debe comenzar temprano. Los padres deben aprender a aceptar al niño y las limitaciones de la incapacidad, brindar el necesario amor y afecto y poner límites realistas a la conducta de su hijo sin ser sobreprotectores, lo que crearía una actitud dependiente por parte de su hijo o exigiendo demasiado en su progreso y logro. (8)

## COMO ATENDER Y CONOCER AL PACIENTE ANTES DE REALIZAR EL - TRATAMIENTO.

La atención del niño sordo puede ser muy gratificante para el odontólogo si se recuerda que ese niño debe -- aprender a través de los demás sentidos. (7)

La atención odontológica para el sordo, debe ser necesariamente un esfuerzo de equipo, compuesto por el odontólogo, la asistente, la higienista, los padres, maestros terapeutas, médicos y el paciente. El campo en el que -- opera el equipo es el mundo total del paciente. La continuidad en la atención es esencial, sobre todo si las técnicas preventivas van a ser eficaces.

La prevención es la clave para un programa de atención bucal exitoso, (8)

Cuando la oficina dental o consultorio está conectado con el paciente, padre, amigo o agencia representativa y la cita está marcada, la recepcionista debe determinar la siguiente información acerca del padecimiento del oído del paciente:

- 1.- Tipo de padecimiento.
- 2.- La severidad de la pérdida.

- 3.- Desde que edad la tiene.
- 4.- Si el auxiliar del oído es usado (aparato)
- 5.- Como se comunica generalmente la persona.
- 6.- Como contactar al paciente si otra persona está haciendo el contacto inicial.
- 7.- La experiencia previa dental del paciente. (5)

El deseo de comunicarse es básico para todos, incluyendo al sordo o a los individuos gravemente impedidos -- en su audición. Tienen la necesidad de dominar y la necesidad de imitar y proyectar.

Cuando el deseo y las motivaciones son frustradas, -- la respuesta puede ser una actitud defensiva o de retirada (habitualmente esta última). Como la comunicación es más lenta, los niños sordos tardan más en adquirir habilidades para manejarse solos y en lograr la adaptación social. (8)

Los niños con esta deficiencia son a veces muy difíciles de tratar, dado que no se pueden orientar fácilmente en la nueva situación y porque muchas veces no podemos comunicarnos bien con ellos.

Los niños sordomudos pueden ser influidos psíquicamente sólo por una expresión y gesto amable. Los impac--

tos de luz inesperados pueden influir sobre ellos desfavorablemente. Estos niños, en general se asustan fácilmente; muchos inhibidos y angustiados. (3)

El niño que solo padece sordera, puede llegar a ser un buen paciente odontológico. Algunos niños requieren una extensa educación especial, pero su capacidad para leer palabras impresas o los labios del interlocutor los capacita para recibir información que los haga pacientes dóciles. Lamentablemente, este grado de progreso es una condición rara en la mayoría de los preescolares. El niño sordo que está estrechamente vinculado con un maestro de educación especial o cuyo padre funcione como interprete debe ser acompañado por esa persona al consultorio.

El tratamiento debe avanzar lentamente mostrando que se hará en cada etapa. La paciencia con el niño sordo y la creación de una estrecha amistad conducirán invariablemente a cómodas sesiones odontológicas. (1)

Antes de la visita inicial del paciente, los padres deberán juntarse o hablar con el dentista para que este pueda explicarles exactamente lo que ocurrirá. Se darán instrucciones a los padres sobre los métodos positivos para preparar al niño para su primera visita al dentista. (2)

Haga que el padre o la madre venga con el niño o niña más temprano y ocupe algo de tiempo mostrándoles la oficina mientras observan sus disposiciones de ánimo, el método de comunicación con cada uno y el tono establecido entre ellos.

Los padres pueden estar confiados y entusiastas; y al niño hay que darle la mano permitiendo tocar cosas y teniendo la seguridad que él puede verlo, todas las veces como manera de un edificio de simpatías. (5)

#### CONOCIENDO AL PACIENTE Y MODIFICACIONES DEL TRATAMIENTO.-

Para tratar a los niños con alguna deficiencia, en este caso a los niños sordos en el consultorio dental, es necesario tomar en cuenta algunos cambios en el procedimiento antes de iniciar el tratamiento o durante el mismo.

La comunicación verbal es una parte crítica del procedimiento. Por eso para que el tratamiento y estas técnicas sean efectivas con el inhabilitado del oído, los cambios son requeridos. Algunos de estos cambios incluye:

- 1.- Permaneciendo a la vista del niño para maximizar la comunicación visual.
- 2.- Hablando con buena acción del labio para transmitir información desde una distancia cerca de 3 - pies. Sin embargo, si un niño es bueno en la -- lectura del labio, demasiada acción del labio -- puede impedir la interpretación.
- 3.- Sustituyendo refuerzos verbales con sonrisas, -- apretando el brazo suavemente, o palmeando una - mano para transmitir la apreciación del equipo - dental de la cooperación del niño.
- 4.- Usando el tacto sensitivo. (13)

Debe existir una relación Dentista-Paciente-Padres.-  
Los niños con inhabilidades crean situaciones extraordinarias para el dentista.

Pero las mismas técnicas manejadas entre el comportamiento pueden ser utilizadas como uno deberfa usarlas con cualquier paciente que sea niño.

Hacer que el niño comprenda que será hecho mostrándolo le como y hacerlo a la vez. Debe existir:

Desensibilización.

Entendimiento.

Firmeza cuando sea necesario.

Cuidado cariñoso y suave. (6)

Algunos problemas podrían presentarse por el abuso de los padres del niño, fuera de la simpatía o culpabilidad varios niños aprenden a usar sus inhabilidades como miedo de defensa en contra de sus padres. Quienes podrían estar temerosos reusarse a la exigencia del niño inafortunado.

Por eso el niño podría abusar demasiado y acostumbrarse a obtener lo que quiera.

Cuando se esta conociendo al paciente muestrele la cara a él o ella cuando usted habla, así sus movimientos de los labios y las expresiones faciales pueden ser observados.

Pronuncie las palabras cuidadosamente.

Las personas cometen seguido el error de deletrear o hablar muy despacio.

La conversación debe ser conductiva y en un tono normal.

Si el paciente intenta hablar trata de comprender -- lo que el o ella está diciendo. Si usted no puede entender sugiera un mensaje escrito, o si es un niño muy pequeño pida ayuda a sus padres. (5)

Si el paciente está usando audifono, son necesarias algunas consideraciones adicionales. Los audifonos amplifican todo sonido, no solamente lo que se habla. Los instrumentos que caen en las bandejas o en las cubetas -- pueden ser moleestamente ruidosas. Gritarle a un paciente con audifono es también ofensivo,

El sonido de una turbina puede producir una respuesta adversa en el paciente. Los audifonos pueden emitir sonidos chillones, porque la parte que va dentro de la oreja está colocada incorrectamente, el volumen está demasiado alto o el odontólogo, la asistente o la higienista, están demasiado cerca del paciente. Puede ser ventajoso bajar el volumen durante parte de las sesiones de tratamiento. Hay que pedir a los pacientes que expresen sus preferencias en este sentido.

Si el audifono está correctamente ajustado, todo lo que se requiere son tonos de conversación normal. (8)



Antes de la cita, los miembros del equipo dental podrían escribir información en tarjetas para los pacientes especialmente si el tratamiento anticipado es complicado y el oído del paciente está severamente comprometido. Esto podría tomar la forma de una secuencia paso a paso de examen anticipado y del tratamiento.

El uso libre de dibujos o fotografías con un mínimo de mensajes escritos ayudará a facilitar la comunicación con los niños. (5)

Los medios audiovisuales auxiliares tales como un -- folleto ilustrado o un libro infantil descriptivo sobre la primera visita al dentista son útiles para ofrecerle una imagen realista. Existe verdadero interés en el niño sordo para tratar de imitar a sus hermanos y de lograr -- éxito en las mismas actividades que ellos realizan. Cuando exista tal relación familiar, el niño sordo deberá -- observar el comportamiento de su hermano o hermana durante un procedimiento dental con la esperanza de que lo imite.

El dentista deberá demostrarle al niño sordo los -- instrumentos y el equipo: por ejemplo, el agua, el vaporizador de agua, "el cepillo dentario móvil", etc. Deberá también hacer énfasis en las vibraciones del equipo --

que sentirá el niño y explicará que esto es normal y que deberá ser anticipado dentro del consultorio dental. (2)

Cualquier cambio de equipo debe tomar lugar directamente enfrente del paciente. (5)

A los pacientes se les debe permitir tocar los instrumentos. Esta técnica debe ser utilizada al máximo con los sordos.

Cuando el aire comprimido es utilizado debe ser demostrado en las mejillas o manos del operador y luego en la mano del paciente antes de ser introducido a la boca. (13)

Un espejo de mano es una ayuda valiosa durante la mayorfa del procedimiento, permitiendo una comunicación a través de los sentidos disponibles del niño.

Cuando explica los procedimientos a los pacientes -- usted puede tener palabras escritas, fotograffas, modelos y demostraciones de instrumentos actuales para usarse -- paso a paso dibujando atenciones de las palabras amistosas y fotograffas de modelos y objetos.

Este es un buen momento para usar los símbolos de -- concepto que usted pudo haber aprendido y establecer respuestas del paciente para "dolor", "comenzar", "detener", "alto", "abrir" y otras palabras claves.

Cuestionar al paciente a la mitad del punto y al final de su explicación para determinar si el o ella comprende que es lo que está sucediendo.

El movimiento de cabeza de un lado a otro y sonrisa del paciente puede ser una expresión de nerviosismo o estímulo y no una expresión de entendimiento. (5)

Para los niños más grandes, una placa mágica, o un pizarrón pequeño, o papel para escribir deben estar disponibles para establecer comunicación,

Posters, libros y pinturas también deben ser usadas para transmitir información. (13)

Las notas anecdóticas de cualquier suceso significan te ayudará a mantener una interacción efectiva que debe ser escrita en el record dental.

Las notas simples son suficientes:

"Carlos es siempre llamado Bud" o "El Sr. Smith lee los -  
labios muy bien, no tiene problemas en el entendimiento"-  
o "Roberto lloró hasta que le dejamos probar la silla den-  
tal".

Estas anécdotas son importantes para las visitas y -  
para la comunicación entre los miembros del consultorio -  
dental. Estas también sirven para individualizar cada --  
record del paciente, ya que no todos los pacientes con pa-  
decimientos del oído presentarán los mismos problemas.

(5)

El niño sordo teme especialmente a lo desconocido --  
por lo tanto es conveniente emplear gran número de demos-  
traciones y explicaciones. (2)

Suele ser difícil, antes de iniciar los procedimien-  
tos restauradores, explicar el concepto de anestesia lo-  
cal al niño sordo. Los padres pueden ser útiles para in-  
terpretación de este procedimiento diciéndole que los - -  
dientes estarán dormidos. La palabra "dolor" es importan-  
te para el niño sordo y el empleo de una palabra diferen-  
te no suele dar buenos resultados. Una vez que el anesté-  
sico local haya sido administrado, es muy importante que-

el dentista esté absolutamente seguro de que haya obrado. Se han observado casos en que los procedimientos restauradores han sido realizados sin anestesia completa, y el niño sordo ha presentado una regresión en cuanto a su comportamiento, sintiéndose traicionado y convirtiéndose en ocasiones en niño problema. (2)

Tunis y Dixter (1979) señalan que el concepto de la anestesia local es particularmente difícil de explicar a los niños y los jóvenes.

Ellos utilizan los diagramas ilustrados para ayudar a describir el efecto de la anestesia. (13)

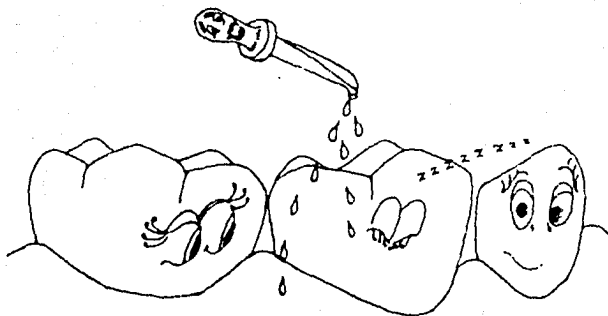


Diagrama usado para explicar el concepto de anestesia local a los niños sordos. (De Tunis, W., y Dixter, C. reimpreso con permiso de la revista Journal of Pedodontics., Verano 1979). (13)

La utilización del dique de goma en los procedimientos restauradores pueden también dar como resultado patrones de comportamiento negativos si no se realiza en forma adecuada. La proximidad del dique de goma y el arco a los ojos del paciente pone en peligro la principal forma de comunicación del sordo, pudiendo causar una reacción adversa. Sin embargo, con la confianza y amistad entabladas entre el dentista y el niño esto puede ser superado. (2)

Muchos niños son capaces de leer los labios y de asociar gestos y excepciones faciales con significados de palabras. Si se los deja tomar y sentir los instrumentos odontológicos, el niño sordo se mostrará más receptivo a los procedimientos habituales, si el niño es retardado y requiere un extenso tratamiento odontológico, la conducta podría ser controlada con premedicación o anestesia general. (7)

También los niños sordos pueden ser muy impacientes con las demoras, las cuales encausarán en el manejo de problemas adicionales; un plan organizado en el procedimiento es de importancia suprema. Por la misma razón las citas deben ser programadas para minimizar la sala de espera.

Otras características del niño sordo concierne a sus niveles de actividades. Muy seguido estos niños son más-activos que los niños normales.

Esto quizás podría relacionarse con sus necesidades- por explorar. Desde que estos niños aprenden tocando y -- con una curiosidad cuidadosa, a ellos se les debería permitir con más libertad según el medio ambiente del consul<sup>u</sup>torio lo permite.

Los niños tienen una curiosidad insaciable con los - artefactos en el consultorio, y el niño sordo no es la -- excepción.

Las reglas consistentes y las rutinas son fuentes -- muy importantes para la seguridad del niño sordo.

En consultorios múltiples por ejemplo, al transferir- al niño de un consultorio a otro en citas subsecuentes -- puede tenerse un efecto contrario en su comportamiento. - Esto puede encaminar a sentimientos de inseguridad.

Sin embargo, al transferir a un niño normal puede -- ser insignificante en comparación al niño sordo.

Siempre que sea posible el niño debe ser acomodado en el mismo consultorio y con los mismos miembros del equipo dental. (13)

El tratamiento dental mismo para el niño sordo es casi igual que el que se suministra a los niños oyentes. Deberá iniciarse un programa preventivo de gran envergadura, ya que los niños sordos suelen presentar mala higiene bucal. A los padres debemos explicarles la gran importancia de las medidas higiénicas de casa, así como la importancia de su participación en el mantenimiento.

Los padres suelen controlar a sus hijos recompensándolos con dulces y golosinas en exceso y los padres de los sordos no son excepción en esta norma,

Por lo tanto deberá hacerse un análisis de la dieta y deberá dársele a los padres orientación nutricional correctiva. (2)

Si los niños están recibiendo servicios especiales en la escuela y el cepillado de dientes está incorporado en el programa. La consulta con el maestro o el encargado de la terapia, acerca del cuidado de la higiene oral, podría comprobar que es beneficiosa.



La comunicación entre el dentista y el maestro - -  
encargado de la terapia proveerán una oportunidad de dis-  
cutir las recomendaciones de los cuidados orales que - -  
fueron dados en el consultorio dental y el intercambio -  
de ideas provee una educación de la salud dental efecti-  
va. (5)

## CASO CLINICO No. 1

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

NOMBRE: J.J.V.D.

EDAD: 10 años

SEXO: Masculino.

LUGAR DE ORIGEN: Ciudad Guzmán, Jalisco.

NIVEL CULTURAL: Bajo, no recibe educación especial para sordos.

PROBLEMA DENTAL: Se presentó el paciente al consultorio por presentar erupción de los premolares sin presentar exfoliación de los molares primarios. Y por presentar caries en otras piezas dentarias.

DIAGNOSTICO: La exfoliación tardía se presentó por no haber reabsorción normal de las raíces de los molares primarios.

Presentó caries de 1er. grado en los 4 primeros molares permanentes.

TRATAMIENTO: El paciente no tenía ningún tratamiento dental previo a esta consulta.

1.- Extracción de primero y segundo molares temporales inf., der.

2.- Extracción de primeros y segundos molares temporales superior derecho.

3.- Extracción de primeros y segundos molares temporales inferior izquierdo.

4.- Extracción de primeros y segundos molares temporales superior derecho.

- 5.- Obturación con amalgama de primer molar superior derecho permanente.
- 6.- Obturación con amalgama del primer molar inferior derecho permanente.
- 7.- Obturación con amalgama del primer molar superior izquierdo permanente.
- 8.- Obturación con amalgama del primer molar inferior izquierdo permanente.
- 9.- Profilaxis y pulido.

COMPORTAMIENTO Y MANEJO.- Con la ayuda de los padres se hizo la comunicación con el chico, pidiendo a la madre que nos sirviera de interprete durante el procedimiento.

COMENTARIOS: No hubo dificultades mayores.

## CASO CLINICO No. 2

NOMBRE: J.G.O.H.

EDAD: 9 años

SEXO: Masculino.

LUGAR DE ORIGEN: México, D.F.

NIVEL SOCIOCULTURAL: Alto, recibe educación especial para sordos.

PROBLEMA DENTAL: El paciente fue llevado al consultorio -- dental para su revisión rutinaria; no presentaba molestias.

DIAGNOSTICO: Una vez hecho el examen oral intensivo; - se detectó caries de 1er y 2do grado en - sus 4 primeros molares permanentes, así - como abundante placa bacteriana por un ce pillado deficiente.

TRATAMIENTO: Tratamiento preventivo previo a esta consulta. Profilaxis y aplicación de fluoruro, obturación con amalgama de plata en - sus cuatro primeros molares.

COMPORTAMIENTO Y MANEJO: Se proyectó un caso clínico completo de obturaciones delante del niño y tratamos mediante mfmica de hubicar al pa ciente en su problema y solución; cosa -- que logramos fácilmente por el entusiasmo demostrado objetivamente la técnica de ce pillado y la utilización de pastillas reveladoras, para que luego el frente al es jo realizará la técnica.

COMENTARIOS: El empleo de transparencias y rotafolios es - excelente apoyo en la atención de éste tipo - de chicos.

## CASO CLINICO No. 3

NOMBRE: C.M.G.F.,

EDAD: 13 años

SEXO: Femenino

LUGAR DE ORIGEN: Tepatitlán, Jal.

NIVEL SOCIOCULTURAL: Alto, recibe educación especial para sordos. La paciente, sabe leer, escribir y conoce el alfabeto mímico, contesta perfectamente a las preguntas realizadas frente a ella.

PROBLEMA DENTAL: Dolor en primer molar inferior izquierdo permanente. Causado por caries profunda, (recidivante, ya que tenía una obturación de aproximadamente 5 años atrás) pero el dolor no es espontáneo, solo aparece a la presión y con alimentos frios.

DIAGNOSTICO: Caries de 3er grado en una sola pieza -- (Primer molar inf. izquierdo).

TRATAMIENTO: Recubrimiento pulpar con hidróxido de calcio. Se realizó el tratamiento siguiendo la técnica convencional; aislando, retirando caries, solamente se dejó un pequeño remanente que fué cubierto con hidróxido de calcio (Dycal) se puso barniz y selló con cemento de silicato, 40 días después se tomó radiografía de control y se obturó definitivamente con amalgama.

COMPORTAMIENTO Y MANEJO: La experiencia odontológica anterior fue de gran ayuda; así como la facilidad de la niña para leer los labios -- así que no tuvimos problemas de comportamiento ni de comunicación.

COMENTARIO: Entre mayor sea la cultura del paciente más fácil es su manejo y comunicación.

## CONCLUSIONES.

Cualquier niño con un defecto sensorial debe ser - -  
tratado lentamente, hasta que pueda percibir el tratamiento  
y comprender su importancia.

La falta de experiencia del tratamiento en este tipo  
de pacientes es un impedimento serio en su tratamiento. -  
El dentista frecuentemente teme a estos pacientes y conseque  
cientemente, le es más fácil remitirlos a otro dentis- -  
ta que emplear el tiempo y hacer el esfuerzo necesario --  
para tratarles adecuadamente.

No existe problema dental específico en los pacientes  
sordos.

Es triste que, cuando los familiares hacen esfuerzos  
para obtener servicios dentales, los dentistas, incluso -  
no tratándolos, no los remiten a alguien que les pueda --  
suministrar una buena asistencia dental. Esta falta - -  
de asistencia es una especie de abandono moral.

Se pide al lector que aplique cualquier conocimiento  
ganado en estas páginas como guía más que como una regla-  
y que trate a la persona que tiene una incapacidad senso-

rial, primero como individuo, luego como un miembro - -  
de una clase especial.

## BIBLIOGRAFIA.

- 1.- BRAHAM, RAIMOND L.  
Odontología Pediátrica  
Editorial Panamericana., Buenos Aires, Argentina.  
1ra. Edición., 1984  
P.P. 561-565
- 2.- FOX, LAWRENCE A.  
El niño incapacitado un prelude a la atención.  
Clínicas Odontológicas de Norteamérica.  
Odontología para el niño incapacitado.  
Editorial Interamericana., México, D.F.  
1ra. Edición., Julio 1974  
P.P. 535-639-644
- 3.- HARNDT, EWALD., WEYERS, HELMUT.  
Patología, diagnóstico y terapéutica de la boca y de los  
maxilares en la niñez.  
Editorial Mundi., Buenos Aires, Argentina.  
1ra. Edición., 1969  
P.P. 168
- 4.- KRUPP, MARCUS A.  
Diagnóstico clínico y tratamiento.  
Editorial El Manual Moderno., México, D.F.  
15a. Edición., 1980  
P.P. 109
- 5.- LANGE, BRIAN MARK., ENTHISTLE, BEVEPLY M., LIPSON, LAUPETTE  
Dental Management of the handicapped.  
Editorial Lea & Febiger, Philadelphia, PH., U.S.A.  
1ra. Edición., 1983  
P.P. 11-21
- 6.- LEEDS, JEFFREY J.  
Clinical Medications for treatment of handicapped children.  
Treatment of the handicapped Children.  
Journal of Dentistry for Children.  
Vol. XLVIII No. 1  
Enero-Febrero, 1976.  
P.P. 42-45
- 7.- McDONALD, RALPH E.  
Odontología para el niño y el adolescente.  
Editorial Mundi., Buenos Aires, Argentina  
2da. Edición., 1975  
P.P. 425



- 8.- NOWAK, APTHUR J.  
Odontología para el paciente impedido.  
Editorial Mundi., Buenos Aires, Argentina.  
1ra. Edición., 1979  
P.P. 125-136
- 9.- PIALOUX, P., VALTAT M., FREYSS, G., LENGENT F.  
Manual de Logopedia.  
Editorial Toray-Masson., Barcelona, España.  
1ra. Edición., Enero 1978.  
P.P. 242
- 10.- ROSENBAUM, CHARLES H.  
Tratamiento de pacientes incapacitados en la práctica -  
privada.  
Clínicas Odontológicas de Norteamérica.  
Pedodoncia.  
Editorial Interamericana., Madrid, España  
Vol. I.,  
1ra. Edición., 1984.  
P.P. 93-95
- 11.- ROSENSTEIN, SOLOMON N.  
Dentistry in cerebral palsy and related handicapping  
conditions.  
Charles C. Thomas., Illinois - U.S.A.  
1ra. Edición., 1973  
P.P. 21
- 12.- SODEMAN, WILLIAM A.  
Fisiopatología clínica.  
Editorial Interamericana, S.A., México, D.F.  
4ta. Edición., 1969  
P.P. 925-926
- 13.- WRIGHT, GERALD Z., STARKEY, PAUL E., GARDNER, DONALD E.  
Managing children's behavior in the dental office.  
Mosby Company, St. Louis, Missouri - U.S.A.  
1ra. Edición., 1983  
P.P. 302-304