



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

GUÍA PARA LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE LAS
PERSONAS CON DISCAPACIDAD AUDITIVA,
EMPLEANDO LENGUA DE SEÑAS MEXICANA.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

LIZBETH HERNÁNDEZ VELÁZQUEZ

TUTOR: Mtro. SINUHÉ JURADO PULIDO



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

AGRADECIMIENTOS

A ti mamá, no existen palabras que sean suficientes para expresarlo. Todos mis pasos son dedicados a ti, por tu constante aliento en todo este camino, porque mis desvelos también fueron tuyos y porque sé que has sacrificado todo para que nada me falte a mí. Esto es tuyo, porque sin tu abrazo no hubiese sido posible.

A ti papá, Betty, Jaz, Erick, tía Cruz, Bombón y abuelo por creer en mí y siempre animarme en los días que creí no poder. Sus palabras me han impulsado siempre a dar un paso más.

Un especial agradecimiento al Dr. Sinuhé Jurado Pulido por su profesionalismo y dedicación como tutor de mi trabajo y por la motivación que siempre me compartió.

A mis profesores de Lengua de Señas: Max y Josué por todo lo que me han enseñado, por creer en mi proyecto y por ser parte clave con sus clases y asesorías para crear esta guía.

*A mis amigos, por hacer este camino tan divertido.
Infinitas gracias.*

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN	1
2.	ANTECEDENTES DE LA DISCAPACIDAD	2
2.1.	Prehistoria.....	2
2.2.	Edad Antigua	3
2.3.	Edad Media.....	5
2.4.	Edad Moderna	5
2.5.	Edad Contemporánea.....	6
2.6.	Antecedentes en México	8
3.	DISCAPACIDAD	9
3.1.	Definiciones.....	9
3.2.	Discapacidad auditiva.....	11
3.3.	Estructura y funcionamiento del oído.....	12
3.4.	Causas de pérdida de audición.....	14
3.4.1.	Momento de la pérdida auditiva.....	14
3.4.2.	Localización de la lesión	15
3.4.3.	Grado de la pérdida auditiva	17
3.5.	Estadísticas	18
3.6.	Relación con la Salud.....	20
4.	LENGUA DE SEÑAS	23
4.1.	Antecedentes.....	23
4.2.	Lengua de Señas Mexicana	26
5.	COMUNICACIÓN EN LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA	29

5.1.	Reglas básicas	31
5.2.	Prevalencia de enfermedades bucales	32
6.	GUÍA PARA LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE PACIENTES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA.....	34
6.1.	Gramática de la Lengua de Señas Mexicana	34
6.2.	Componentes de la LSM	35
6.3.	Clasificadores	36
6.4.	Abecedario	38
6.5.	Números	42
6.6.	Saludos	46
6.7.	Interrogativos	48
6.8.	Días y meses	49
6.9.	Vocabulario	52
6.10.	Historia clínica	56
7.	CÓDIGOS QR	63
8.	CONCLUSIONES.....	64
9.	BIBLIOGRAFÍA	65

1. INTRODUCCIÓN

La discapacidad no es solo un problema de salud, sino que también implica la capacidad de las personas para poder desarrollarse en un ambiente con exigencias sociales. Ciertamente, las personas con discapacidad auditiva pueden llevar una vida normal, lo crucial es nuestro conocimiento sobre la comunidad sorda y nuestra actitud hacia ellos.

Hoy en día y a pesar de todos los esfuerzos que se han realizado para lograr un país inclusivo y un sistema de salud equitativo, las personas sordas siguen estando en desventaja, ya que cuentan con menos posibilidades de acceso a la salud. Del mismo modo, enfrentan desafíos particulares con respecto a la comunicación con los facultativos de la salud y la atención odontológica debido a la falta de intérpretes y la poca preparación que se imparte a los estudiantes de esta área para poder brindar una atención óptima.

Aprender Lengua de Señas Mexicana, por lo menos en un nivel básico, nos abre un campo más amplio donde nos permite reconocer sus derechos como seres humanos, así como sus facultades y necesidades, haciéndonos partícipes de una sociedad inclusiva.

2. ANTECEDENTES DE LA DISCAPACIDAD

2.1. Prehistoria

Existe, hasta hoy en día, una idea errónea respecto a que las personas con discapacidad no pueden llevar una vida cotidiana o que son personas con menos validez. Esta idea no es nueva.

Desde la prehistoria se han tenido dos enfoques opuestos respecto a la discapacidad. Primero, se tiene una perspectiva que lo considera como un problema en las funciones o estructuras corporales que puede recibir prevención y tratamiento. Por otro lado, se encuentra la perspectiva opuesta, donde la discapacidad es un castigo divino o producto del demonio, lo que se traduce en rechazo.

En un primer momento y movido por el instinto de supervivencia el hombre nómada apartaba de su camino a todos aquellos compañeros que, se consideraba, no eran aptos para la caza o no constituían una ayuda para el grupo.¹

En Atapuerca, hace 300,000 años se encontraron restos de 32 individuos. Uno de estos homínidos, presenta un crecimiento anormal óseo que le ciega el conducto auditivo y como consecuencia la sordera era inevitable, discapacidad que, en aquellos tiempos, como en los actuales, no es precisamente una ventaja.² En la localidad iraquí de Shanidar, uno de los individuos Neanderthal, hace 45 mil años, presentaba atrofia de la escapula, clavícula, y humero derecho, así como una lesión en el cráneo, se calcula que murió a los 40 años de edad.

2.2. Edad Antigua

El Código de Hammurabi, cuerpo legislativo de Babilonia del siglo XVII a. C., ya refería en la ley 2: “Si uno embrujó a otro y no puede justificarse, el embrujado irá al río, se arrojará; si el río lo ahoga, el que lo ha embrujado heredará su casa; si el río lo absuelve y lo devuelve salvo, el brujo es pasible de muerte y el embrujado tomará su casa”.³

En Esparta las leyes de Licurgo, pretendían una mejora racial, es por eso que obligaban a todo aquel que al nacer presentase una deformidad física fuese eliminado. Para ello, se recurría al despeñamiento por el monte Taigeto.⁴ Estaba permitido el infanticidio, llegando a ser justificado por Aristóteles en su libro La Política de la siguiente forma: “sobre el abandono y la crianza de los hijos, una ley debe prohibir que se críe a ninguno que esté lisiado”.¹ No son los únicos casos donde se tiene registro de estas prácticas. En otras culturas, como en la India, también los niños que nacían con una malformación eran arrojados al Ganges. En Asiria, Babilonia y Persia, se consideraba a la discapacidad como castigo de dioses.

Por otro lado, también existieron culturas donde se utilizaban los principios de la generosidad y la caridad. En Mesopotamia, ya se practicaba la cirugía y no se excluía a las personas con enfermedades crónicas. Estas excepciones también existían en América, la tribu de indios Pies Negros de Norteamérica, que tenían que recorrer distancias largas y aun así cuidaban a las personas con discapacidad, aunque eso significara sacrificar sus intereses comunes.

En civilizaciones como China y Egipto, hay evidencia que demuestra que las personas con discapacidad podían integrarse activamente a la

sociedad e incluso se encontraron relieves donde se presume que pudieron tener relevancia social.⁵

En Grecia (siglo IV a.C.), las personas con discapacidad, malformaciones o debilidad notoria eran sacrificadas a los dioses³ aunque realmente no se sabe si era por un privilegio o una forma de exclusión.

Los romanos, especialmente a partir de la Ley de las Doce Tablas (540 A. C.). conceden al padre todos los derechos sobre sus hijos, muerte incluida.⁴ Aquí, elegir la muerte del hijo no era habitual, sino que se ponía al niño en una canasta y se dejaba navegar por el Río Tiber, para quien lo encontrara lo utilizara como esclavo.

También, bajo esa misma Ley, se creó la curatela para los furiosis (locos o privados totalmente de la razón).¹ La “curatela” determinaba cuando una persona, por sus características, se encontraba incapacitado para administrar sus bienes patrimoniales y este lo llevaba a cabo el agnado más próximo.

Posteriormente, esta figura se extendió a los mente capiti (alteración mental sin privación total de la razón) y a los sordomudos. Por otra parte, el derecho romano reconoció en los mente captus la exención de la pena, así como de los furiosus y demens cuando estuvieran en crisis (fuera del estado de lucidez).³

Durante el imperio Romano fue común el infanticidio y se fomentó la práctica de mutilar niños para mendigar y la compra de personas con discapacidad para diversión. Sin embargo, en algunos gobiernos la apreciación de la discapacidad fue distinta; a los soldados con discapacidad producto de la guerra, el trato fue contrario.

2.3. Edad Media

En la Edad Media el número de discapacitados aumentó considerablemente debido a las invasiones, fundamentalmente la árabe, y las Cruzadas, así como a las innumerables epidemias que azotaron Europa. De esta manera se inicia una larga e importante etapa en la historia del discapacitado, como es el asilo y socorro en los centros y comunidades religiosas. Pronto nace, sin embargo, la idea de atribuirles actos de hechicería y brujería por pactos hechos con Satanás, creencia que les consigue el odio y la animadversión generales.⁴

En esta época, la figura del científico se ve sustituida por la del monje, la persona con discapacidad, sobre todo psíquica, se identifica, gracias a la Inquisición, con términos como “endemoniado” o “embrujaado” o “hereje”, siendo la respuesta más frecuente la marginación, el abandono y, de nuevo, el exterminio.¹

También, la iglesia toma un rol importante, ya que se crean instituciones como hospitales y asilos para el cuidado de las personas discapacitadas y aunque poco a poco se crea una perspectiva más paternalista, estas mismas instituciones seguían aislándolas y estigmatizándolas. Esta discriminación se estableció no solo en lugares específicos, sino que fue practicada por todo el mundo, aunque existieron algunas excepciones.

2.4. Edad Moderna

En la Edad Moderna se va desintegrando poco a poco los ideales de que la discapacidad está vinculada con castigos divinos y existe una paulatina integración de la ciencia y el estudio del ser humano.

En el siglo XVI, en Burgos, España, el monje benedictino Pedro Ponce de León inicia los primeros ensayos para la educación de personas con discapacidad auditiva en el monasterio de San Salvador.

En el siglo XVII, en toda Europa se propagaron dos aspectos médicos en pro de las personas con discapacidad: la cirugía ortopédica por el francés Ambrosio Paré y los aparatos ortopédicos y prótesis desarrollada en Alemania. A pesar de eso, la suerte de las personas con discapacidad física era conducir a los afectados a la mendicidad o al asilo de la Iglesia y, en algunos casos, a la feria y al círculo de los bufones.⁶

2.5. Edad Contemporánea

En el siglo XIX se dieron varios cambios, entre los cuales resaltamos los escritos de Denis Diderot sobre las competencias de los ciegos o las primeras escuelas para sordomudos y otras para ciegos, donde se formó Louis Braille, quien desarrolló su conocido método, que en 1878 se reconoció como un sistema universal para enseñar a personas ciegas.³ En la misma época, Jacobo Rodrigo Pereira crea en Francia un alfabeto de signos, que fue mejorado y sistematizado por el abad de l'Épée, quien funda la primera escuela pública en Francia para la educación de las personas con problemas de comunicación y de audición.

Tras la guerra francesa, Philippe Pinel, propone la liberación de las cadenas de las personas con discapacidad psíquica, que hasta entonces se encontraban institucionalizados.¹ Aquí nuevamente se cambia la perspectiva que se tiene sobre las personas con discapacidad.

En el siglo XX oscurece nuevamente la persecución contra los discapacitados, aun cuando la más visible fue la perpetrada por Adolf Hitler,

bajo el pretexto de mejorar la raza; así mismo, las dos guerras mundiales y otros enfrentamientos bélicos (guerras de Corea, Vietnam, etc.) dejaron un sinnúmero de personas discapacitadas física y mentalmente que indujeron a crear cierta conciencia sobre el problema.³

“En el siglo XX muchos miles de miembros de este colectivo fueron gaseados en los campos de exterminio nazi por el hecho de no ser perfectos, según sus criterios, y suponer un obstáculo para conseguir la terrible, absurda y peligrosa idea de una raza aria. Hasta el recién comenzado siglo XXI, donde, en más sitios de los que imaginamos, se discrimina y excluye a las personas con discapacidad por el simple hecho de serlo”.² Sabemos que, en estos tiempos, la sociedad representa una imagen del “mal” por una persona deforme. Las personas con discapacidad han sido, en casi todas las etapas de la historia hasta el día de hoy, poco favorecidas.

No es hasta la redacción de la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948, cuando comienza a surgir el movimiento asociativo organizado, que lucha precisamente por cambiar la imagen social retrógrada que aún se tiene de la discapacidad, por conseguir más derechos y velar por los que ya se tienen.¹

Así, la OMS publica en 1980 un manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad y de sus repercusiones para la vida del individuo titulado Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalía. Es una clasificación que gira en torno al concepto de enfermedad y en la dificultad que esta representa con respecto a la capacidad del individuo para desempeñar las funciones y obligaciones que socialmente se espera de él.⁷

2.6. Antecedentes en México

Los mayas veían a las personas con discapacidad de forma respetuosa y las hacían participes en sus comunidades, incluso algunos creían que podían ser los intermediarios entre ellos y sus dioses. En la cultura náhuatl, se hacía reconocer a las enfermedades mentales y se les brindaba tratamiento por medio de herbolaria.⁸

Se sabe que los aztecas contaban con instalaciones de salud pública y cuando alguien padecía una enfermedad crónica, los cuidaban y los cambiaban de ambiente con el propósito de sanación. Existe poca evidencia de actitudes negativas en el México prehispánico relacionadas con la discapacidad, sin embargo, se sospecha que existió la exclusión por la creencia de lo “no normal”, que actualmente aún se hace visible en algunas comunidades indígenas de nuestro país.⁸ Este esquema cambió con la llegada de los españoles, se propaga más la doctrina católica. Se implementan instituciones caritativas que se encargaban de cuidar y ayudar a enfermos y necesitados.

En el siglo XIX sobresalen varios preceptos donde se indica que la discapacidad es una condición que pone en riesgo el orden social. No obstante, las actitudes activas, dan los primeros pasos en el reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad. Se plasmó una idea de proteger a los menos favorecidos, que se incorporó hasta la creación de la Constitución de 1917.⁸

En 1866, se fundó la escuela para sordomudos y se crea la Escuela Normal para Maestros Especializados donde se impartían clases a niños sordos. Durante el Porfiriato, se incrementan las organizaciones privadas que enfatizaban la atención de las personas con discapacidad.⁹

3. DISCAPACIDAD

3.1. Definiciones.

La Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) publicada por la OMS, para ensayo, en 1980, menciona los siguientes términos:

- **Enfermedad:** Es una situación intrínseca que abarca cualquier tipo de enfermedad, trastorno o accidente.
- **Deficiencia:** Pérdida o anomalía de una estructura o función anatómica, fisiológica o psicológica.
- **Discapacidad:** Restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma que se considera normal en una persona.
- **Minusvalía:** Situación de desventaja de una persona que limita o impide el desempeño en el rol social que le es propio.

En el proceso de revisión de la CIDDM, se recibieron críticas respecto al modelo teórico en el que se sustenta y por los términos negativos que menciona, por lo que en 2001 se culminó con la aprobación de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud.¹⁰

Es así como se establece la definición de discapacidad como un término que engloba deficiencias, limitaciones de actividad y restricciones para la participación. Entendiendo como deficiencia a los problemas en las estructuras

o funciones corporales. De la misma manera, las limitaciones de actividad serán las dificultades que una persona puede experimentar en la realización de una actividad. Y, por último, se entenderá por restricciones para la participación a los problemas que una persona puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales, todas en su aspecto negativo.

Según la Ley General para la inclusión de las personas con discapacidad se refiere a persona con discapacidad a toda persona que por razón congénita o adquirida presenta una o más deficiencias de carácter físico, mental, intelectual o sensorial, ya sea permanente o temporal y que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva, en igualdad de condiciones con los demás.¹¹

La discapacidad auditiva se refiere a la falta o reducción de la habilidad para oír claramente debido a un problema en algún lugar del mecanismo auditivo. La pérdida de la audición puede variar desde la más superficial hasta la más profunda.

Se han creado políticas y programas encaminados a la igualdad de los derechos humanos para las personas con discapacidad. Es así, como en el año 2006 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, entrando en vigor en el 2008 y que tiene como propósito fundamental asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos para todas las personas con discapacidad, convirtiéndose ésta en la primera convención internacional sobre derechos humanos que se aprueba en el siglo XXI.

La adopción de este documento, que tiene el carácter de instrumento jurídico vinculante, obliga a los Estados que lo ratifiquen a adoptar y desarrollar políticas de no discriminación y medidas de acción en favor de los derechos

de las personas con discapacidad específicamente, así como a adaptar sus ordenamientos jurídicos para que puedan hacer valer sus derechos, reconociendo su igualdad ante la ley y la eliminación de cualquier tipo de práctica discriminatoria.¹²

Con el objetivo de proporcionar programas innovadores que mejoren las vidas de las personas con discapacidad y faciliten la aplicación de la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Organización Mundial de la Salud y el Grupo del Banco Mundial conjuntamente crearon el Informe Mundial sobre la Discapacidad donde se propone medidas para todas las partes interesadas, con el objetivo de crear entornos favorables, promover la rehabilitación y los servicios de apoyo, asegurar una adecuada protección social, crear políticas y programas inclusivos, y aplicar normas y legislaciones, nuevas o existentes, en beneficio de las personas con discapacidad y la comunidad en general.¹³

3.2. Discapacidad auditiva.

La pérdida auditiva afecta la calidad de vida de quienes la padecen, en particular el funcionamiento psicológico, social y emocional. En términos sociales puede traer varias consecuencias en las relaciones interpersonales y en las actividades grupales. Las variables psicológicas que se han asociado con hipoacusia son múltiples: depresión, soledad, ansiedad, somatización y funcionamiento social pobre, siendo la depresión la enfermedad psiquiátrica más frecuentemente relacionada con hipoacusia en adultos.¹⁴

La Organización Mundial de la Salud define la pérdida de audición en distintos niveles de severidad. Estos niveles comprenden leve entre 26-40 dB, moderada 41-60 dB, severa 61-80 dB y profunda 81 dB o mayor.

Por pérdida de audición discapacitante se entiende una pérdida de audición superior a 40 dB en el oído con mejor audición en los adultos y superior a 30 dB para los niños. El rango de frecuencia crítica de la conversación es audible entre las frecuencias 0.5 a 4KHz¹¹, y se estima que después de los 60 años de edad, la audición disminuye en promedio 1 dB por año, con una mayor pérdida observada en hombres que en mujeres.¹⁴

3.3. Estructura y funcionamiento del oído.

La audición permite la percepción de las ondas sonoras de 50 a 16.000 ciclos/s de frecuencia, aunque se halla especialmente capacitada para percibir los sonidos de entre 300 y 3.000 ciclos/s, que es la frecuencia de la voz humana. Las frecuencias altas de hoy en mejor en la infancia, capacidad que disminuye con la edad. El oído, para realizar la función auditiva, contiene tres partes:

Oído externo: Recibe los sonidos y los orientada hacia la membrana timpánica actuando cómo pantalla receptora y resonadora, a su vez amortigua los cambios de temperatura y humedad. El oído externo está formado por dos partes el pabellón auditivo y el conducto auditivo externo. El primero recibe los sonidos y el segundo los orienta a la membrana timpánica, amortiguando los cambios de temperatura y humedad.

Oído medio: Transmite las vibraciones de la membrana timpánica hacia el oído interno, asegurando su transmisión por las cadenas de huesecillos sin pérdida de energía, acomodando el oído el tipo de sonidos merced a dos pequeños músculos y contribuyendo a la protección del oído interno mediante el reflejo osicular. El oído medio es una cavidad irregular situada entre los tres huesos primitivos que componen el temporal, y está intercalado entre el oído externo y el oído interno.

Esta cavidad, tapizada por una mucosa, se halla ocupada por aire y contiene una cadena de huesecillos que forman una palanca ósea regulable por la acción de dos pequeños músculos, cuya finalidad es conducir irregular las vibraciones sonoras que alcanzan la membrana timpánica, transmitiéndolas hasta el oído interno, lugar donde se produce la transducción de la energía vibratoria que permiten la audición. El oído medio está formado por tres partes: caja del tímpano, trompa auditiva y celdas mastoideas.

Oído interno: Ahí se sitúan los receptores nerviosos para la audición y el equilibrio. En el oído interno se sitúan dos órganos sensoriales especializados que contienen mecanorreceptores ciliados: el órgano coclear transduce información auditiva y el órgano vestibular o del equilibrio transduce información sobre la posición y el movimiento de la cabeza. Estos órganos transmiten la información al sistema nervioso central a través del VIII par craneal (nervio vestibulococlear).

Los órganos coclear y vestibular se encuentran en el interior del hueso temporal, y las células receptoras de los sentidos de la audición y del equilibrio se hallan en las paredes de unas estructuras por un borde membranosas contorneada (laberinto membranoso), que a su vez se hallan contenidas dentro de unas cavidades óseas (laberinto óseo).

El laberinto membranoso contiene en su interior un líquido, la endolinfa, cuya composición iónica es muy similar a la de los líquidos intracelulares, es decir, elevada en potasio y baja en sodio. Entre laberinto óseo y el membranoso se halla un líquido, la perilinfa, cuya composición es similar a la de líquido cefalorraquídeo.¹⁵

3.4. Causas de pérdida de audición.

La hipoacusia es la disminución del nivel de audición de una persona por debajo de lo normal y es tan amplio el campo de la pérdida de la audición que para facilitar su comprensión se puede clasificar en tres tipos:

- Momento de la pérdida auditiva.
- Localización de la lesión.
- Grado de la pérdida auditiva.¹⁶

3.4.1. Momento de la pérdida auditiva.

- Causas congénitas.

Las causas congénitas pueden determinar la pérdida de audición en el momento del nacimiento o poco después. La pérdida de audición puede obedecer a factores hereditarios y no hereditarios, o a complicaciones durante el embarazo y el parto, entre ellas:

- Rubéola materna, sífilis u otras infecciones durante el embarazo.
- Bajo peso al nacer.
- Asfixia del parto (falta de oxígeno en el momento del parto).
- Uso inadecuado de ciertos medicamentos como aminoglucósidos, medicamentos citotóxicos, antipalúdicos y diuréticos.
- Ictericia grave durante el período neonatal, que puede lesionar el nervio auditivo del recién nacido.

- Causas adquiridas.

Las causas adquiridas pueden provocar la pérdida de audición a cualquier edad.

- Algunas enfermedades infecciosas, como la meningitis, el sarampión y la parotiditis.
- La infección crónica del oído.
- La presencia de líquido en el oído (otitis media).
- El uso de algunos medicamentos, como los empleados para tratar las infecciones neonatales, el paludismo, la tuberculosis farmacorresistente y distintos tipos de cáncer.
- Los traumatismos craneoencefálicos o de los oídos.
- La exposición al ruido excesivo, por ejemplo, en entornos laborales en los que se trabaja con maquinaria ruidosa o se producen explosiones.
- La exposición a sonidos muy elevados durante actividades recreativas, como el uso de aparatos de audio personales a un volumen elevado durante períodos prolongados de tiempo, o en bares, discotecas, conciertos y acontecimientos deportivos.
- El envejecimiento, en concreto la degeneración de las células sensoriales; y
- La obstrucción del conducto auditivo producida por cerumen o cuerpos extraños.¹⁷

3.4.2. Localización de la lesión

➤ Conductiva.

Se caracteriza por un problema en la oreja, en el conducto auditivo o en el oído medio (martillo, yunque, estribo y membrana timpánica), lo que ocasiona que no sea posible escuchar sonidos de baja intensidad. Puede derivar de infecciones frecuentes del oído que no se atienden correctamente.

➤ Neurosensorial.

Sucede cuando en el oído interno (sensorial) o en el nervio auditivo hay una lesión que va del oído hacia el cerebro (neural), la cual le impide realizar su función adecuadamente, es decir, traducir la información mecánica en información eléctrica. Así, no se discriminan diferentes frecuencias, de modo que no se puede diferenciar un sonido de otro y es posible confundir palabras como sopa-copa o no escuchar sonidos como una conversación suave o el canto de los pájaros. Algunos niños nacen con este tipo de pérdida y otros la adquieren por la exposición continua a ruidos fuertes o bien a un sonido muy fuerte.

➤ Mixta.

Se presenta cuando están afectadas la parte conductiva y la neurosensorial; o bien, según otra clasificación, si se presenta antes o después de la adquisición del lenguaje.

➤ Prelingüística.

Es la que sobreviene desde el nacimiento o antes de que el niño desarrolle la comunicación oral o el lenguaje, por lo regular antes de los dos años. En este caso, al niño se le dificulta mucho desarrollar el lenguaje oral, dado que no escucha las palabras y no sabe cómo articularlas, por lo que requerirá servicios especiales.

➤ Poslingüística.

Se presenta después de que el niño o adulto ha desarrollado la comunicación oral o el lenguaje.¹⁷

3.4.3. Grado de la pérdida auditiva

GRADO DE PERDIDA	CLASIFICACIÓN	CAUSA POSIBLE	COMO SE ESCUCHA SEGÚN EL GRADO DE PERDIDA.	POSIBLES CONSECUENCIAS DE LA PERDIDA (SI NO SE RECIBE TRATAMIENTO)
0-15 dB	Normal		Todos los sonidos del lenguaje y ambientales.	Ninguna.
15 - 20 dB	Ligera	Pérdida auditiva de tipo conductivo y algunas neurosensoriales.	Las vocales se escuchan con claridad, pero se pueden dejar de oír algunas consonantes en contextos ruidosos.	Ligeros problemas en la adquisición del lenguaje.
25 – 30 dB	Media	Pérdida auditiva de tipo conductivo y neurosensorial.	Solo algunos sonidos del habla emitidos en voz alta.	Ligero retardo del lenguaje, problemas para comprender lenguaje en ambientes ruidosos e inatención.
30 – 50 dB	Moderada	Pérdida auditiva de tipo conductivo con desordenes crónicos en oído medio, perdidas neurosensoriales.	Casi ningún sonido del habla a una intensidad de conversación normal.	Problemas del habla retardo del lenguaje, problemas en el aprendizaje e inatención.

50 – 70 dB	Severa	Perdidas neurosensoriales mixtas y combinación de disfunción de oído medio e interno.	Ningún sonido del habla a una intensidad de conversación normal.	Problemas severos de habla, retraso del lenguaje, y problemas en el aprendizaje y la atención.
70 dB o más.	Profunda	Perdidas neurosensoriales mixtas y combinación de disfunción de oído medio e interno.	No se oyen sonidos ambientales ni del habla.	Problemas severos del habla, serias dificultades para el desarrollo adecuado y natural del lenguaje oral, problemas en el aprendizaje e interpretación.

3.5. Estadísticas

En todo el mundo existen más de mil millones de personas con discapacidad, lo que representa aproximadamente 15% de la población mundial. Esta cifra es superior a las estimaciones previas de la Organización Mundial de la Salud, correspondientes a los años 1970, que eran de aproximadamente un 10%. Según la Encuesta Mundial de Salud, cerca de 785 millones de personas (15,6%) de 15 años y más viven con una discapacidad, mientras que el proyecto sobre la Carga Mundial de Morbilidad estima una cifra próxima a los 975 millones (19,4%).¹³ La OMS en el 2012, reportó que más de 275 millones presentaban discapacidad auditiva.¹⁸

La hipoacusia o discapacidad auditiva representa una condición prevalente en la población, afecta alrededor de 360 millones de personas en todo el mundo, determinando distintos niveles de discapacidad que van desde el aspecto físico hasta lo social y psicológico.¹⁴

En el 2010, por cada 100 personas con discapacidad en México, 12 declararon tener dificultades para escuchar, aun usando aparato auditivo, lo cual coloca a este tipo de limitaciones como el tercero más frecuente en el país, sólo superado por las de movilidad y las visuales.¹⁹ Las dificultades para oír tienen mayor presencia entre los varones con discapacidad (13.3%) que entre su contraparte femenina (11%). De tal forma que en este segmento de la población con discapacidad hay más hombres que mujeres (53.7 y 46.3% respectivamente).

En el censo de población y vivienda del 2010 el porcentaje que se calculó en base a la población con discapacidad de cada localidad, se observa que el 13 de cada 100 personas discapacitadas residen en zonas rurales, mientras que 11 de cada 100 personas residen en zonas urbanas. Esto significa que las limitaciones para escuchar, al igual que las dificultades para ver, se presentan con mayor frecuencia en las localidades rurales, donde las carencias en infraestructura, servicios educativos y de salud, entre otras, representan un enorme reto para la elaboración de estrategias encaminadas a lograr una mayor inclusión social de las personas con limitaciones en las funciones sensoriales.⁸

El número de personas con discapacidad está creciendo. Esto es debido al envejecimiento de la población -las personas ancianas tienen un mayor riesgo de discapacidad y al incremento global de los problemas crónicos de salud asociados a discapacidad, como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y los trastornos mentales. Se estima que las enfermedades crónicas representan el 66,5% de todos los años vividos con discapacidad en los países de ingresos bajos y medianos. Las características de la discapacidad en un país concreto están influidas por las tendencias en los problemas de salud y en los factores ambientales y de otra índole, como los

accidentes de tráfico, las catástrofes naturales, los conflictos, los hábitos alimentarios y el abuso de sustancias.¹³

3.6. Relación con la Salud.

La salud es uno de los derechos más importantes del ser humano, constituye el soporte para disfrutar de otros como el trabajo, la vivienda y la educación. En México, este derecho tiene rango constitucional, por lo que uno de los principales objetivos del sistema de salud es alcanzar la cobertura universal. Para las personas con discapacidad, el acceso a servicios de salud es igual o más importante que para la población sin discapacidad; por ello, es uno de los objetivos básicos y prioritarios de diversas normatividades para la atención e inclusión de las personas con discapacidad.⁸

En el Artículo 25 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad se señala: “Los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad.

Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. En particular, los Estados Partes:

- a) Proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población.

- b) Proporcionarán los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad, incluidas la pronta detección e intervención, cuando proceda, y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades, incluidos los niños y las niñas y las personas mayores.
- c) Proporcionarán esos servicios lo más cerca posible de las comunidades de las personas con discapacidad, incluso en las zonas rurales.
- d) Exigirán a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado.
- e) Prohibirán la discriminación contra las personas con discapacidad en la prestación de seguros de salud y de vida cuando éstos estén permitidos en la legislación nacional, y velarán por que esos seguros se presten de manera justa y razonable.
- f) Impedirán que se nieguen, de manera discriminatoria, servicios de salud o de atención de la salud o alimentos sólidos o líquidos por motivos de discapacidad”.¹²

De igual forma, la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, señala en su Artículo 7 la obligatoriedad de la Secretaría de Salud de promover el acceso a la salud de la población sin discriminación.” La Secretaría de Salud promoverá el derecho de las personas con discapacidad

a gozar del más alto nivel posible de salud, rehabilitación y habilitación sin discriminación por motivos de discapacidad, mediante programas y servicios que serán diseñados y proporcionados, considerando criterios de calidad, especialización, género, gratuidad o precio asequible”.¹¹

De acuerdo con el Censo 2010, 97.7% de las personas con discapacidad son usuarias de servicios de salud, sea público o privado; porcentaje semejante al de los individuos sin discapacidad (97.8%) y alto considerando que sólo 68.8% de la población con limitaciones en la actividad es derechohabiente de algún sistema de salud.⁸

Las personas sordas refieren diversas barreras intrínsecas en la organización del sistema de salud y la falta de personal cualificado para responder a sus necesidades, lo cual provoca miedo a ser malinterpretados, falta de confidencialidad en su información, errores de medicación y a ser engañados.

4. LENGUA DE SEÑAS

La comunicación es fundamental para el desarrollo social del ser humano, por esta razón, para poder alcanzar una realización social es importante que el individuo pueda establecer contacto con su entorno por medio de la expresión oral, siendo ésta la más común. Por este motivo, la interacción social de las personas sordas se ve significativamente afectada.

Por mucho tiempo se ha tratado de generar consciencia y hacer conocimiento de la lengua de señas y su importancia para poder ejercer sus derechos fundamentales. Para lograr la participación plena de las personas sordas en el entorno social, es necesario facilitar su interacción con la comunidad y aportar todos los medios para proporcionarles una comunicación eficaz y fluida. La herramienta básica en la consolidación de este proceso es la lengua de señas.⁹

4.1. Antecedentes

La historia de la Lengua de Señas es construida como respuesta a la necesidad comunicativa de la población sorda, aunque por mucho tiempo se creó un estigma y se afirmaba que la lengua de señas era un lenguaje de simios y no se aceptaba socialmente hasta que William Stokoe demuestra en 1960 que gramaticalmente las lenguas de señas pueden expresar pensamientos complejos e ideas abstractas y asimismo transmitir una información.

En la antigüedad se creía que las personas que nacían sordas no podían establecer una comunicación verbal por lo cual se comunicaban por

medio de señas. Las lenguas de señas se crearon en el momento que las personas sordas pudieron reunirse y compartieron su uso.

En el siglo XVI, el monje benedictino español Pedro Ponce de León promueve la comunicación en señas y es considerado el primer maestro de sordos. En esos tiempos, a los niños sordos se les hablaba mediante signos y escritura, pero su respuesta debía ser oral. Después, en 1620, Juan Pablo Bonet recopiló e ilustró el alfabeto manual español para enseñar a hablar a las personas sordas.

Dicha obra fue retomada por L'Épée para describir los signos utilizados por la comunidad sorda en París, quien, a su vez, fue la primera persona en fundar una escuela pública para sordos. Su principal objetivo era que ellos logaran leer y escribir. Para alcanzar su objetivo, consideraba necesario incorporar la gramática francesa en la comunicación manual, ya que creía que el lenguaje natural de las personas sordas era insuficiente.

L'Épée también reconoció que los sordos eran capaces de comunicarse entre ellos mediante el uso de un sistema de gestos, no simplemente mímico, sino lingüístico que cumplía con las funciones de una lengua. Este monje rompió con la tradición de las prácticas secretas de hablar con señas; recogió de la calle a los sordos pobres y aprendió junto con ellos la lengua de señas.¹⁹ Del mismo modo, comprendía la lengua de señas como el único vehículo para desarrollar el pensamiento y la comunicación con ellos, sin embargo, creía que la lengua estaba incompleta por lo que desarrolló signos y señas que no existían en la codificación gestual.

Los alumnos de L'Épée era capaces de entender y expresarse en lengua de señas francesa y en lengua escrita. Por lo contrario, Heinicke en Leipzig, remarca la importancia de un enfoque exclusivamente oral. Sicard,

suplió a L'Epee de su cargo como director del Instituto Nacional de Sordomudos en París. Aportó una mayor importancia a la comprensión del significado del contexto concreto en el que una expresión se producía.⁹

En 1789, Roch Ambroise Auguste Bèbian se dio cuenta de las desventajas pedagógicas de L'Epee. Su encomienda fue realizar un texto escrito para las clases, ya que no existía ningún registro, en ninguna de las generaciones, explicando la aplicación de ejercicios para el aprendizaje de lengua de señas. También, realizó un estudio estructural de la Lengua de Señas Francesa.

Tiempo después, Sicard conoció a Thomas Hopkins Gallaudet y a sus dos discípulos, Massieu y Clerc que eran profesores sordos que impartían clases en París y a quienes se ofreció a enseñarles. Posteriormente, Clerc y Gallaudet fundaron el Asilo Americano para la Educación y la Instrucción de Sordos y Mudos en que se empleaba el inglés signado y la ASL (American Sign Language).

En el siglo XIX Jean-Marc Itard fue reconocido por su trabajo dedicado a los niños sordos y su dedicación a la enseñanza del niño salvaje de Aveyron. Realizó dos trabajos titulados "Sobre los métodos de devolver la palabra a los sordomudos" y "Sobre los métodos de devolver la audición a los sordomudos".

"En la década del 60 se abrieron las primeras escuelas exclusivamente oralistas, mismas que se oponían a la utilización de las señas por considerarlas inadecuadas y opuestas a los objetivos educativos que se estaban trazando. Uno de los más ardientes defensores de esta posición durante esos años fue Alexander Graham Bell, inventor del teléfono. Fundó una escuela privada en Boston y fue el presidente de la Asociación Americana para impulsar la Enseñanza del Habla a los Sordos, conocida como AG Bell.

Defendió con fuerza la necesidad de basar la educación del sordo en el lenguaje oral y se opuso con la misma fuerza a la utilización de la Lengua de Señas en cualquier momento o lugar, planteando para ello que se eliminara.⁹

En 1880, en Milán, Italia se llevó a cabo un funesto hito para la educación de los sordos, en el Congreso Mundial de Educadores de Sordos se aprobó despedir a todos los profesores sordos y se prohibió el uso de las lenguas de señas.

En 1907, George Veditz fue electo presidente de la Asociación Nacional de Sordos de los Estados Unidos de América (NAD). George quedó sordo a los 8 años y fue instruido en Gallaudet College donde se formó como pedagogo. Veditz se mantuvo interesado en preservar la Lengua de Señas y logró que la NAD financiara películas donde se filmaba a maestros tanto de oyentes como de niños sordos.

“William Stokoe (1919-2000) señaló que la Lengua de Señas tiene las condiciones lingüísticas para ser considerada un idioma: vocabulario, gramática, estructura y sintaxis propia. A partir de estos aspectos podría generar distintas preposiciones por lo que declaró a la ASL una Lengua Oficial. En 1960 siendo profesor de la Universidad de Gallaudet en Washington D.C., publicó el primer libro que estudia la Lengua de Señas Americana (ASL) desde una perspectiva lingüística.”⁹

4.2. Lengua de Señas Mexicana

Se sabe que en la cultura Mesoamericana se utilizaban las manos para comunicarse. Estos códigos fueron utilizados y la mano jugaba un papel importante en las poses que se han encontrado plasmadas en varios sistemas de escritura. Y es que eso no suena alejado de lo que hacemos en la

actualidad. Las manos son fundamentales para el ser humano, ya que nos permite expresar sentimientos y emociones.

“En Mesoamérica, la mano estaba relacionada simbólicamente con la vida y con la muerte. La encontramos unida a cultos a Quetzalcóatl, Huitzilopochtli, Macuilxóchitl y otros dentro de la cosmogonía náhuatl, y a Itzimná en la cultura maya. Por esos mismos valores simbólicos, la mano tiene valores de ofrenda, joya, amuleto y símbolo de poder.”⁹

En México, no se tienen muchas referencias respecto a las comunidades sordas. Se sugiere que las personas sordas no se encontraban en grupos específicos, sino que vivían integrados con el resto de la sociedad buscando adaptarse.²⁰ Los primeros datos de los que se tiene conocimiento respecto a la educación de las personas sordas se encuentran en la promulgación de una ley mediante la cual se estableció la Institución de Escuelas Públicas para sordomudos decretada por Benito Juárez, fundando así la primera escuela para sordos en 1861. El 14 de febrero de 1867, por orden de Eduardo Huet, quien fue un sordo francés, propuso la fundación de una escuela normal para profesores especialistas en la educación de niños y adultos con problemas auditivos. Fue así como continuó el desarrollo de la Lengua de Señas Mexicana.

“Don Eduardo Huet es ejemplo de iniciativa en nuestro país. Han pasado 150 años y aún es muy difícil la situación en cuanto a la atención del gobierno y de particulares sobre la situación de los sordos en México. El señor Huet dominaba tres idiomas y escribió un Diccionario Universal de Señas para uso de los Sordomudos.”⁹

En 1905, se empezó a impartir el catecismo a un grupo de personas sordas haciendo uso de señas y fue impartido por el sacerdote Camilo

Torrente, en la iglesia de San Hipólito. Luego, en 1949, el sacerdote Rosendo Olleta inició la construcción del colegio católico para sordos, donde también se les impartían clase donde les enseñaban a contar, escribir, hablar y también se les instruía algún oficio.²¹

Además de Eduardo Huet, existieron muchos personajes importantes en la historia de la lengua de señas. Todos ellos con un mismo objetivo, que era que las personas sordas se pudieran comunicar de forma oral con los oyentes. Hasta hoy en día sigue latente en algunas instituciones de México.

“En 1970 se estableció el “Día Nacional de Personas Sordas”. Se incitó a crear la celebración de “El día del sordomudo”, ahora “Día de la Fraternidad del Sordo”, que anualmente se festeja el 28 de noviembre, pues es la fecha en que se fundó la Escuela Nacional de Sordomudos. Se festeja este día y se realiza otra celebración el domingo siguiente en el Monumento Hemiciclo a Juárez, sobre la calle que lleva el mismo nombre, en donde se reúnen sordos adultos que realizan una hermosa convivencia entre amigos, prometiendo volver a encontrarse en el mismo lugar al año siguiente.”⁹

En el año 2005, el diario Oficial de la Federación, reconoce el uso de la Lengua de Señas Mexicana, mediante de la Ley General de las Personas con Discapacidad en México.¹¹

5. COMUNICACIÓN EN LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA

Hoy en día, para los odontólogos, existe la necesidad de otorgar una atención óptima desarrollando estrategias para lograr establecer una comunicación eficaz con el paciente. Esto nos permitirá realizar un tratamiento correcto alcanzando sus necesidades y expectativas.

El resultado de que la comunicación sea deficiente, es que las personas con discapacidad auditiva acuden con menos frecuencia al médico ya que se ha creado una nublada percepción de la comunicación, esto conlleva también que el paciente tenga un sentimiento de desconfianza e inseguridad. Todo esto adquiere mayor relevancia en países de bajos y medianos ingresos donde los servicios de salud se caracterizan por un prolongado tiempo de espera por la elevada demanda de atención médica.²²

Existen barreras que nos impiden establecer una comunicación con el paciente con discapacidad, también existen barreras educativas que limitan las habilidades de los odontólogos en estos casos.

Estudios demuestran que menos del 15% de los odontólogos consideró su educación de pregrado como una preparación adecuada para tratar a pacientes con discapacidad.²³ El 100% de los odontólogos encuestados refiere no conocer las posibles causas que provocan insatisfacción de los pacientes sordos durante la atención odontológica. El 78.6% desconoce los aspectos mínimos a considerar durante la atención estomatológica al paciente sordo.²⁴

Sería de gran utilidad para el odontólogo conocer al menos un nivel básico de lengua de señas y algunos ideogramas para poder recibir al paciente

en el consultorio: saludarlo, presentarse y poder explicarle en que consiste el tratamiento que se va a realizar. Esto es de gran ayuda para hacer que el paciente con discapacidad auditiva conozca el consultorio a través de sus demás sentidos.²⁵

Si bien muchas veces se requieren condiciones diferentes en los pacientes con discapacidad, en el caso del sordo no se necesita ni ambientes, ni equipamientos específicos, solo se requieren consultas con tiempos adecuados, formas de aproximación, técnicas adaptadas y tratamientos odontológicos alternativos de acuerdo con la condición del paciente.²⁴ El estimar un corto tiempo para la consulta odontológica también es un factor que impide una atención óptima, ya que puede llevar a algunos profesionales a no esforzarse lo suficiente para comunicarse con el paciente, una forma de lograr una comunicación eficaz es establecer estrategias para conseguirlo.²⁶

Los factores interpersonales también participan y crean una dificultad para el acceso a los servicios de salud siendo estos la falta de dependencia, la sobreprotección y la carencia de comunicación familiar. Tomando en cuenta esto, se debe considerar necesario el uso de lengua de señas en la atención médica, sin embargo, esto no deberá ser el único tema a tratar para hacer un acceso a la salud más equitativo para las personas sordas.

Se debe tomar en cuenta que la atención odontológica brindada a los pacientes con discapacidad auditiva debe ser personalizada, esto depende de la educación recibida, las habilidades comunicativas que posea, grado de pérdida auditiva, edad y factores familiares (grado de protección parental, etc).²⁶

5.1. Reglas básicas

El proceso de comunicación puede llevar mucho tiempo y resultar frustrante para todos los involucrados si no se gestiona bien. Es por eso que se han propuesto reglas básicas para mejorar la comunicación con el paciente que presenta esta diversidad funcional, entre estas destaca el conocer la forma de comunicación que ellos emplean para su desarrollo social, considerando los diferentes métodos, como utilizar lengua de señas, lengua escrita, lectura de labios o la mezcla de alguno de estos.²⁶

- ✓ Colóquese de cara a la luz para que lo vean claramente y mire al paciente para que pueda leer sus labios. Es importante quitarse el cubrebocas o usar un protector facial transparente para facilitar la lectura de labios.
- ✓ Recuerde siempre hablar directamente con la persona con la que se está comunicando, no con el intérprete.
- ✓ Minimice el ruido de fondo (como la música), las distracciones y las interrupciones.
- ✓ Permita tiempo adicional para que la persona responda.
- ✓ Si no entiende lo que dice, no lo repita continuamente. Intente decirlo de una manera diferente.
- ✓ Hable con claridad, no demasiado lento y sin exagerar los movimientos de los labios. Use expresiones faciales y gestos naturales.

- ✓ Evite la jerga y las abreviaturas desconocidas.
- ✓ Baje el tono de su voz.
- ✓ Use gestos para una retroalimentación visual, como un pulgar hacia arriba para decir “lo está haciendo bien”.
- ✓ Compruebe que la persona con la que está hablando le esté entendiendo. Sea paciente y tómese el tiempo para comunicarse adecuadamente.
- ✓ Haga sus citas y comuníquese con el paciente a través de mensajes de texto.²⁷

5.2. Prevalencia de enfermedades bucales

Los trastornos auditivos pueden afectar los hábitos de vida generales, así como los hábitos de salud. La salud bucal es igual de importante como la salud general de las personas. Para prevenir enfermedades bucales se sugiere mejorar la educación en salud dental sobre el comportamiento dietético y programas de prevención para las personas sordas ya que los datos obtenidos en diferentes estudios arrojan que en las personas con discapacidad auditiva existe menor consciencia sobre el conocimiento de la salud dental. Se encuentra, también, una mayor prevalencia de caries ya que diversos factores limitan el acceso a la atención, diagnóstico, prevención e intervención en los tratamientos de salud bucal.²⁸

Aunque estos estudios epidemiológicos reporten una mayor prevalencia de caries y escasa higiene oral en sujetos sordos en comparación a personas

normales, poca atención se ha prestado a las medidas preventivas de caries para este tipo de pacientes.²⁹

Dadas las características clínicas a nivel de la cavidad oral que puede presentar el paciente sordo, entre las cuales están algunas alteraciones como la hipoplasia y la desmineralización dental, relacionadas con la causa de la deficiencia sensitiva, una mayor incidencia de bruxismo, principalmente cuando se une a otra incapacidad, la comunicación entre el clínico y el paciente es esencial para poder realizar un buen diagnóstico, siendo la audición sólo una parte del proceso; mediante la comunicación no verbal, la percepción y agudos poderes de observación, pueden lograrse unos niveles efectivos para el tratamiento odontológico de los pacientes sordos.³⁰

6. GUÍA PARA LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE PACIENTES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA

6.1. Gramática de la Lengua de Señas Mexicana

Según la Real Academia Española (RAE), la gramática explica la forma en que los elementos de la lengua se enlazan para formar discursos y analiza los significados de estas combinaciones. En la lengua de señas la gramática se estructura a partir del espacio y el movimiento. La Lengua de Señas Mexicana (LSM) se estructura mediante el uso del cuerpo en el espacio. Dentro de este espacio proyectado existen tres límites: el vertical, el horizontal y un tercero que indica la proximidad de las manos con respecto al cuerpo. El límite vertical va de la cintura a la coronilla de la cabeza; el límite horizontal, hasta la altura de los codos, con los brazos doblados. Cualquier movimiento que sobrepase estas dimensiones será interpretado como exageración o énfasis.

Los prefijos son morfemas que se anteponen a los elementos léxicos o palabras y que marcan el tiempo, el género y el número; son circunstanciales que se expresan antes de la emisión para ubicar el momento y lugar en los cuales se hará la emisión, así como la concordancia con el sustantivo y demás elementos léxico gramaticales.

El morfema que marca el género en la LSM es la seña de mujer, la cual se realiza después de las señas que tienen género masculino. Esta marca de femenino no es necesaria en el caso de las palabras cuya seña cambia por completo al marcar el género, como mamá, nuera, madrina y otras. El morfema marcador de número se articula antes del nombre. Si este número es realmente significativo, antecede y precede a la seña, es decir, hay una

duplicación para hacer énfasis. Cuando se quiere agregar el femenino y el plural, se ejecutan las señas en el mismo orden que en la lengua oral: primero se marca el femenino y luego el plural. El morfema marcador temporal se utiliza al inicio de la emisión, es decir, el señante indica primero el tiempo en el cual ocurre su relato.

Otro tipo de marca temporal es el arquear el tronco hacia atrás, para hacer referencia a un tiempo anterior o pasado, o hacia delante, para poder ubicar al receptor del mensaje en un futuro. Dentro de los prefijos existe un fenómeno singular para la negación: hay señas dobles, es decir, existen señas que difieren sustancialmente de la seña afirmativa. Por tanto, no es necesario un rasgo no manual, como mover la cabeza lateralmente, sino que la negación está presente en la seña.⁹

Las señas se realizan con la mano dominante, es decir, si la persona es diestra, con la mano derecha y si es zurda, con la izquierda.²¹

6.2. Componentes de la LSM

El lenguaje de señas posee cadencia, énfasis, pausas y duración que repercuten de manera importante en la comprensión y expresión del mensaje que se está comunicando.³¹ Los movimientos gestuales y orales que acompañan a la seña son parte fundamental de la expresividad en la lengua de señas. La mirada y el ritmo del movimiento de las manos también intervienen en la significación.³²

La clasificación de las señas de acuerdo a uso de una o dos manos o de su movimiento, sea simultáneo o no es:

- Seña manual: Se articula con una sola mano.

- Seña bimanual: Se articula con dos manos a la vez de manera dispar, libre o asimétrica.
- Seña simétrica: se articula con dos manos a la vez, siempre a través de movimientos en espejo, idénticos e inversos (alternados) o inversamente proporcionales (simultáneos).
- Seña compuesta: Se articula a través de al menos dos señas simples o tres configuraciones distintas.

También, para poder establecer una comunicación, se puede hacer uso de tres tipos de señas:

- Señas naturales: Son las más utilizadas y menos influenciadas por el español. Estas pueden reproducir algún aspecto del objeto o de la acción que nombran.³³
- Señas inicializadas: Se llama inicialización al recurso de iniciar la configuración de una seña a partir de la letra inicial de la palabra escrita, tomada del alfabeto manual.³²
- Señas Lexicográficas: Utilizan algunas letras de la palabra, tomadas del alfabeto manual, para realizar la seña.

6.3. Clasificadores

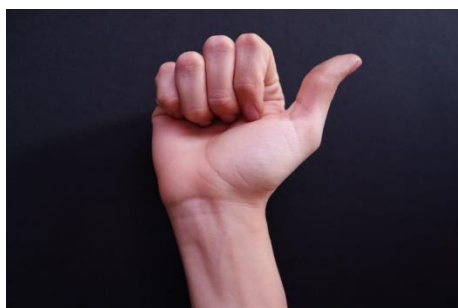
Un clasificador define las características sobresalientes de un objeto. Son señas que resultan de la combinación de dos o más morfemas: uno que indica la clase de nombre y otro que consiste en los rasgos del objeto.

En la Lengua de Señas Mexicana (LSM) existen formas de configuración manual, estas se usan para describir las características

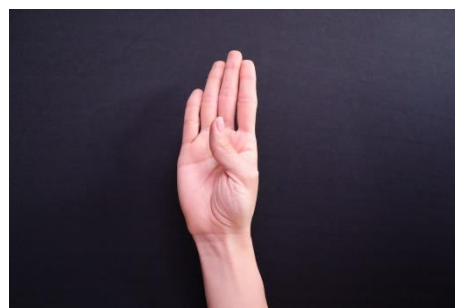
inherentes y sobresalientes de un objeto como su material, forma, consistencia, tamaño, ubicación, orden y número.

“Al describir objetos en la lengua de señas configuramos y delineamos la forma de los mismos con el fin de ampliar la comprensión del mensaje. Cuando no existe la seña para denominar ciertos objetos que son redondos, planos, personas con diferentes posiciones, animales, etc., se utilizan las manos para describirlos y, dependiendo de su tamaño, la seña se agranda o acorta. Un clasificador define uno o varios rasgos más característicos de un objeto de manera precisa, por ejemplo, si es animado, humano, si tiene movilidad, si son planos, redondos, etc.”⁹

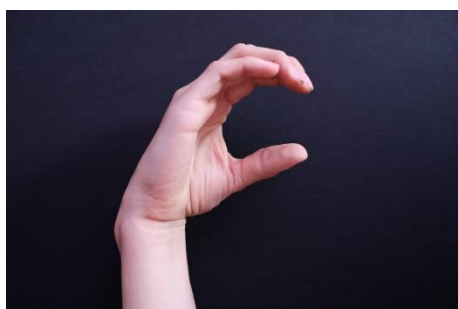
6.4. Abecedario (Todas las imágenes son de fuente directa)



“A”



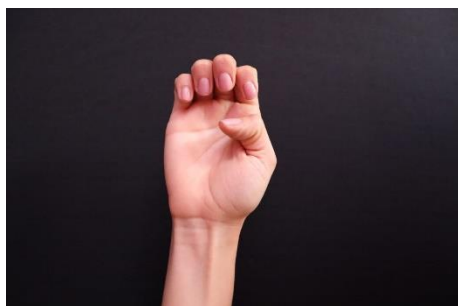
“B”



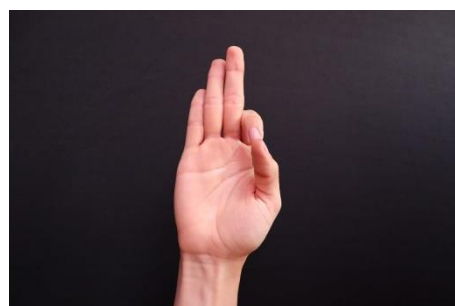
“C”



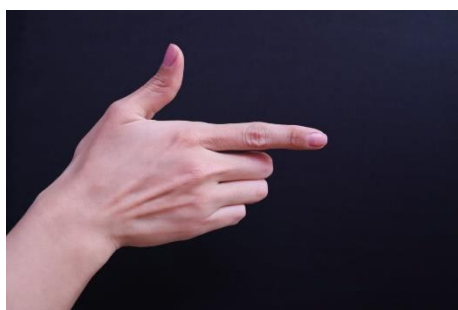
“D”



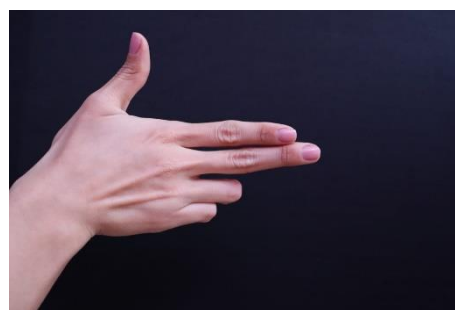
“E”



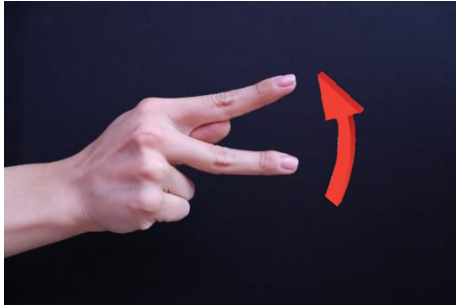
“F”



“G”

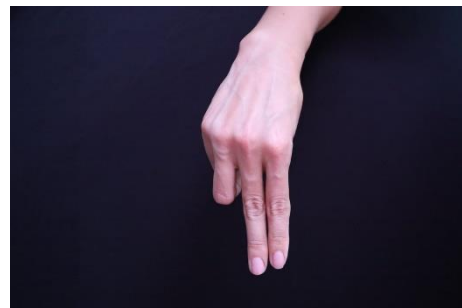


“H”



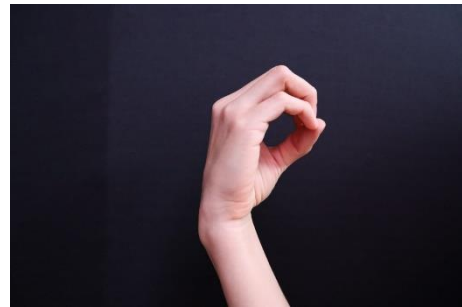
“K”

“L”



“M”

“N”



“Ñ”

“O”



“P”



“Q”



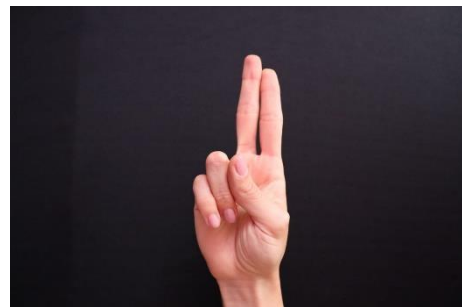
“R”



“S”



“T”



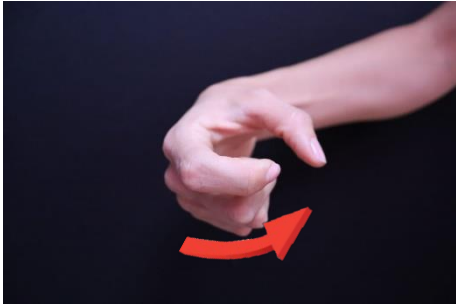
“U”



“V”



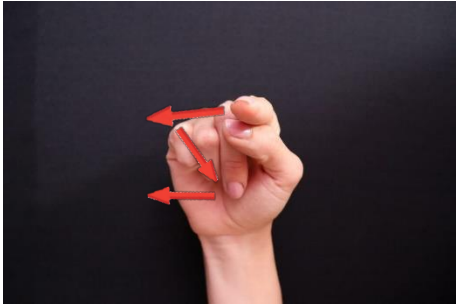
“W”



“X”



“Y”

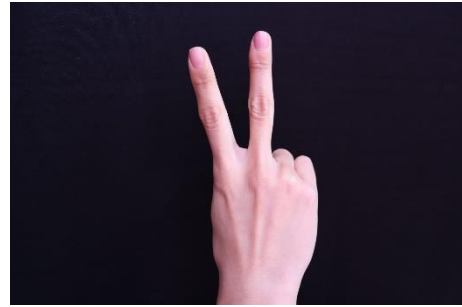


“Z”

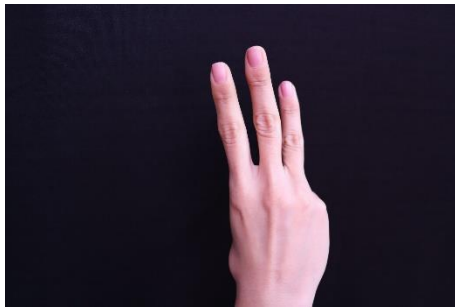
6.5. **Números** (Todas las imágenes son de fuente directa)



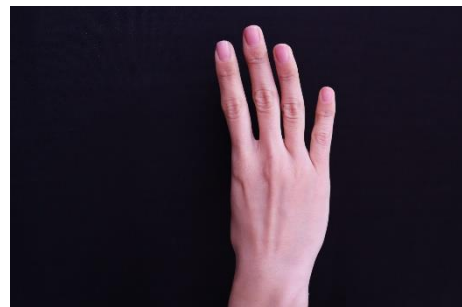
“1”



“2”



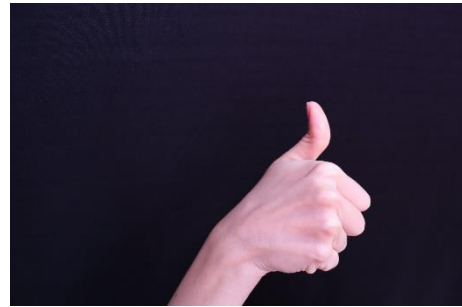
“3”



“4”



“5”



“6”



“7”



“8”



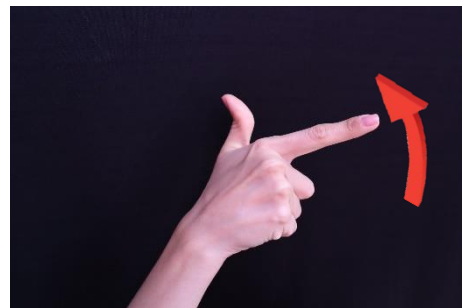
“9”



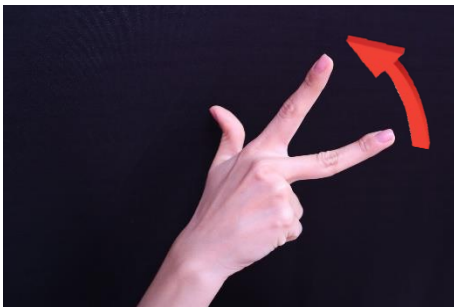
“10”



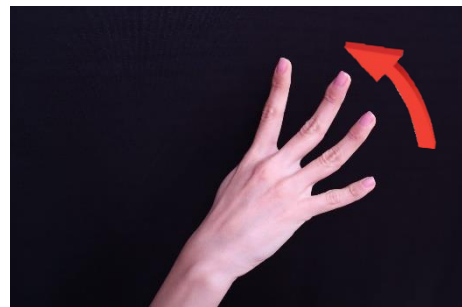
“11”



“12”



“13”



“14”



“15”



“16”



“17”



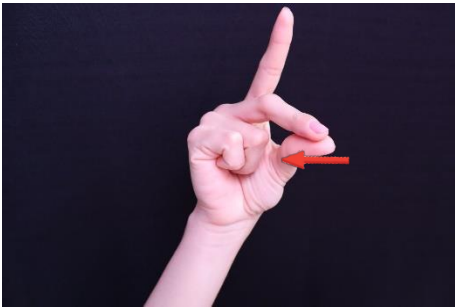
“18”



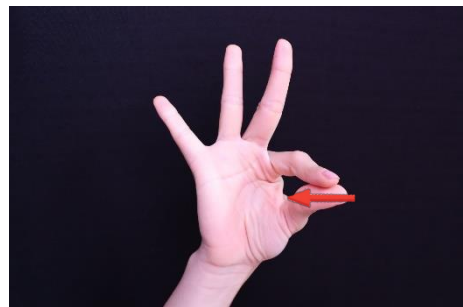
“19”



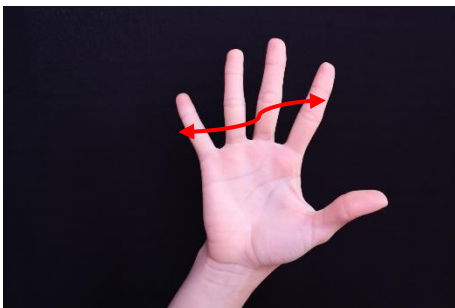
“20”



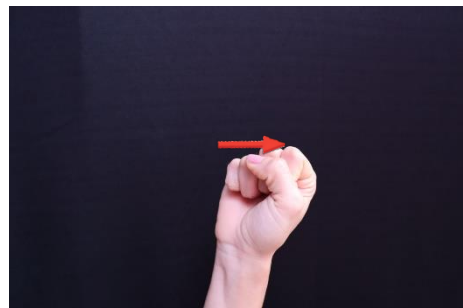
“30”



“40”



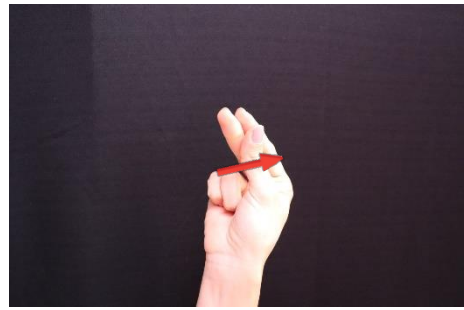
“50”



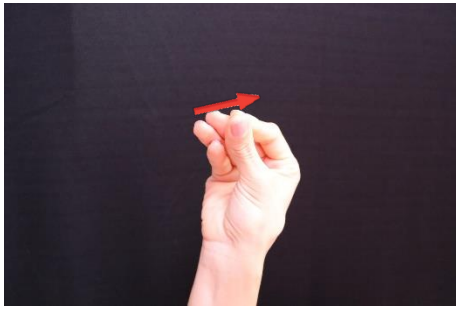
“60”



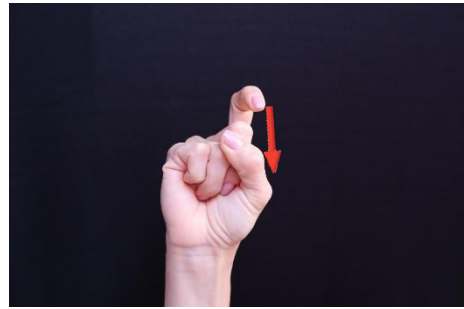
“70”



“80”



“90”

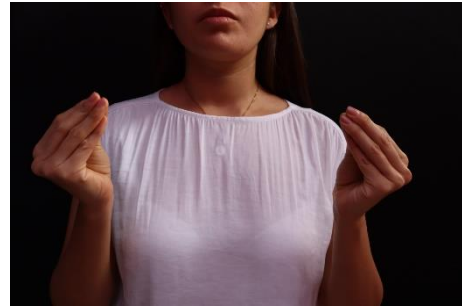


“100”

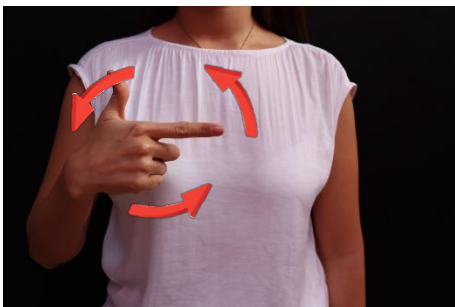
6.6. Saludos (Todas las imágenes son de fuente directa)



“hola”



“mucho”



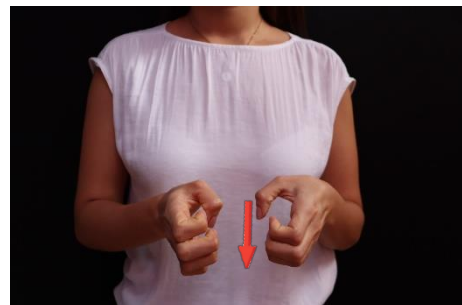
“gusto”



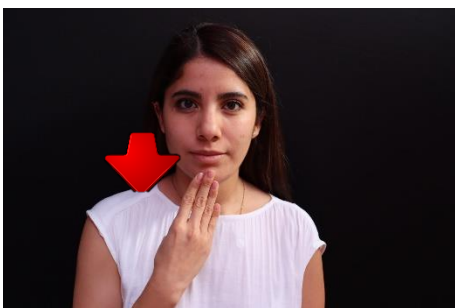
“conocer”



“cómo”



“estás”



“bien”



“mal”



“Mas o menos”



“buenos/as”



“días”

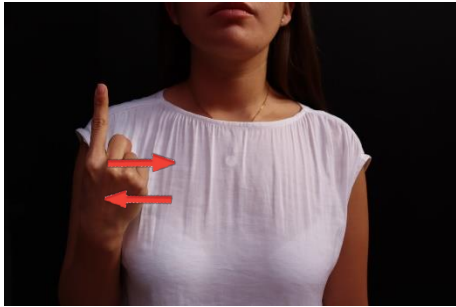


“tardes”

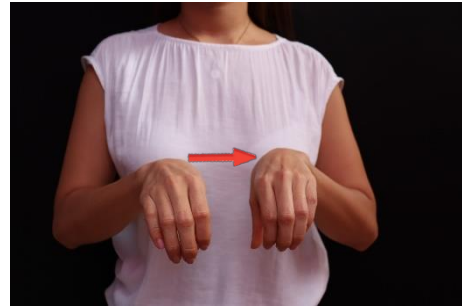


“noches”

6.7. Interrogativos (Todas las imágenes son de fuente directa)



“qué”



“cómo”



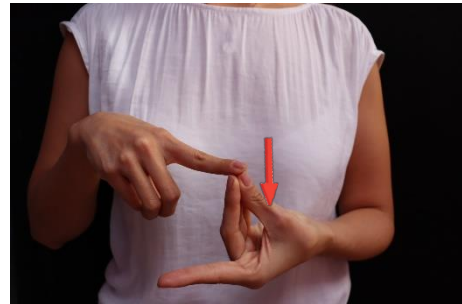
“cuándo”



“cuánto”



“quién”



“dónde”



“para”



“cuál”

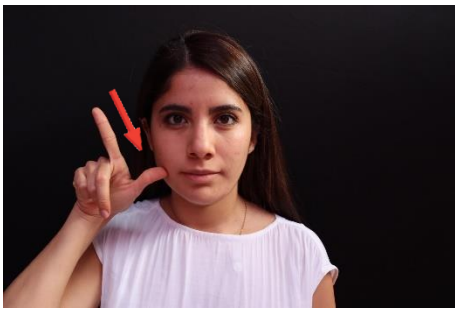
6.8. Días y meses (Todas las imágenes son de fuente directa)



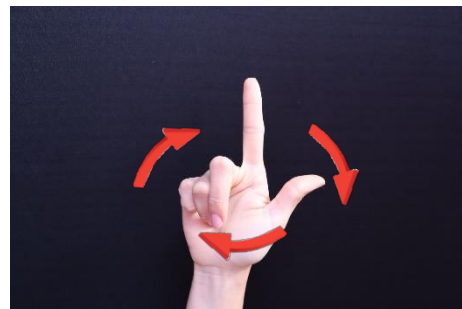
“hoy”



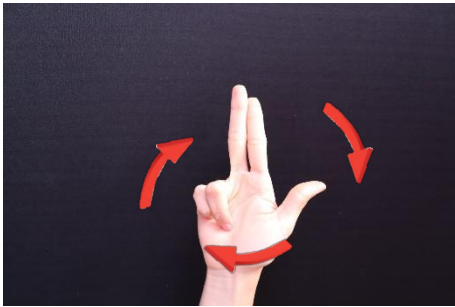
“ayer”



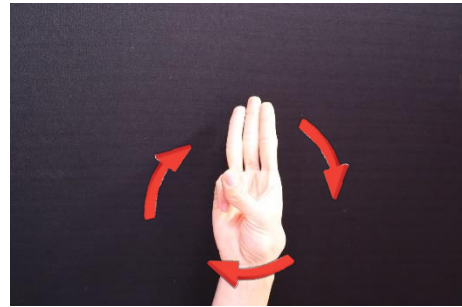
“mañana”



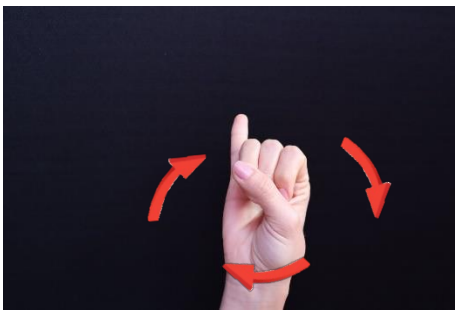
“lunes”



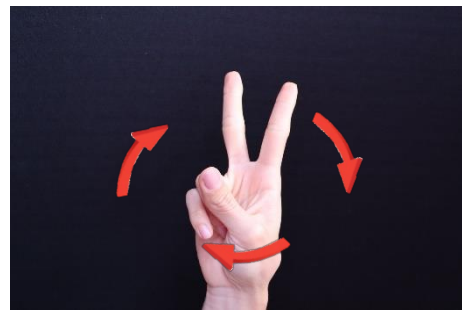
“martes”



“miércoles”



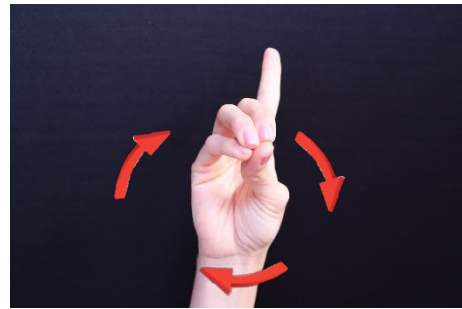
“jueves”



“viernes”



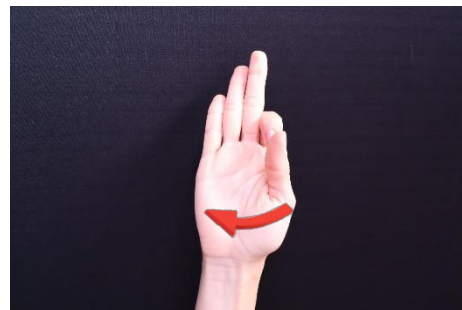
“sábado”



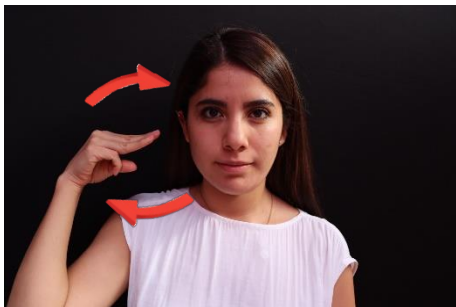
“domingo”



“enero”



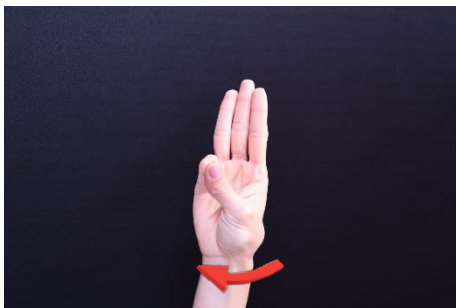
“febrero”



“marzo”



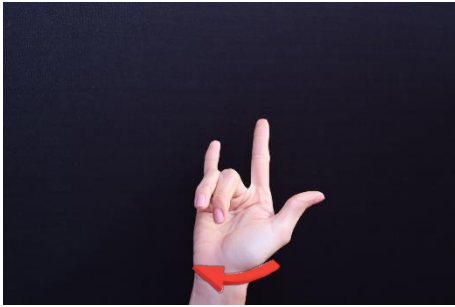
“abril”



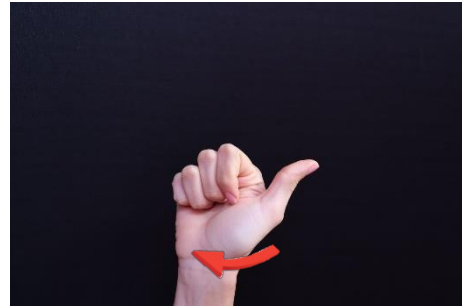
“mayo”



“junio”



“julio”



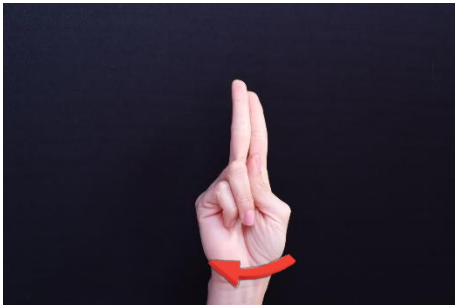
“agosto”



“septiembre”



“octubre”



“noviembre”



“diciembre”

6.9. Vocabulario (Todas las imágenes son de fuente directa)



“hospital”



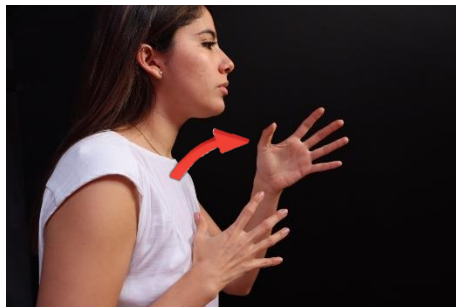
“cirugía”



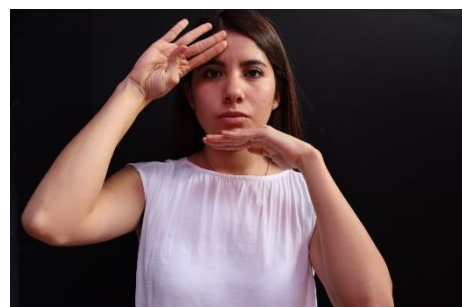
“cita” (1er. Movimiento)



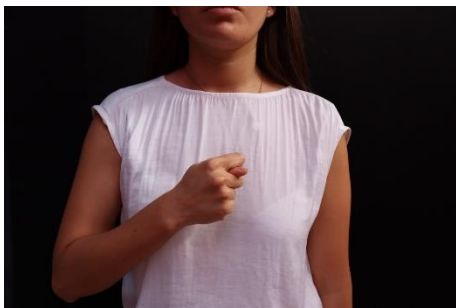
“cita” (2do. Movimiento)



“vómito”



“fiebre”



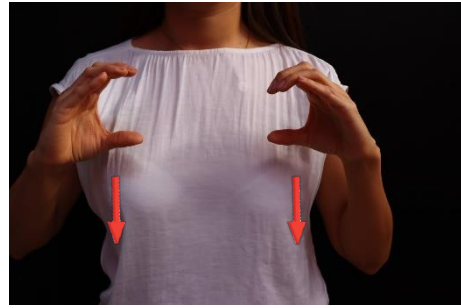
“tos”



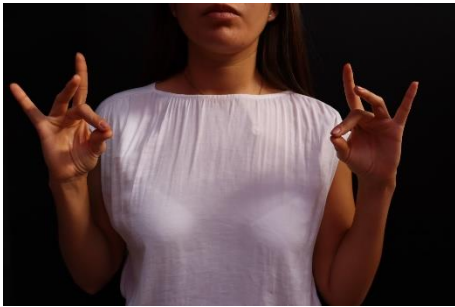
“gripa”



“diarrea”



“cuerpo”



“dolor”



“mareo”



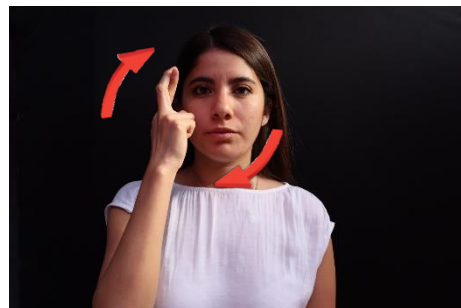
“sentir”



“sangre”



“embarazo”



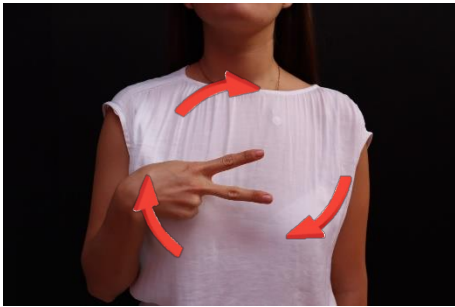
“revisión”



“pastilla”



“inyección”



“virus”



“vivir”



“alergia”



“diabetes”



“emergencia”



“curación”



“diente”



“sano”



“menstruación”



“necesitar”



“ayudar”



“limpiar”



“empezar”



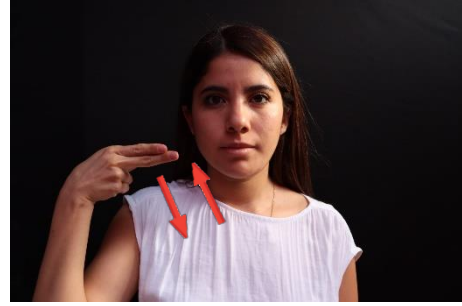
“grave”

6.10. Historia clínica (Todas las imágenes son de fuente directa)

A. ¿Cuál es su nombre?



1. "tu"



2. "nombre"

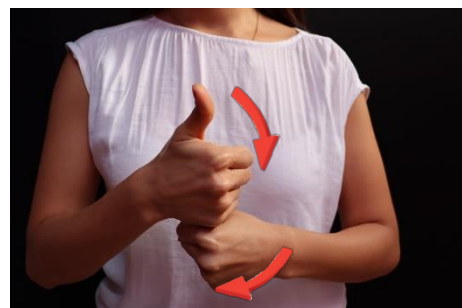


3. "cuál"

B. ¿Cuántos años tiene?



1. "tu"

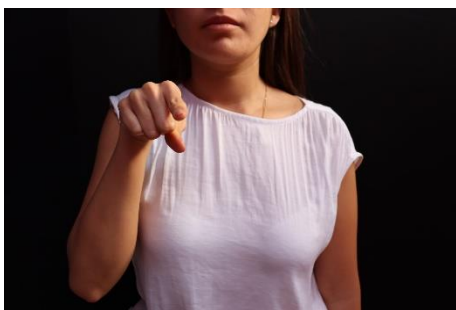


2. "años"

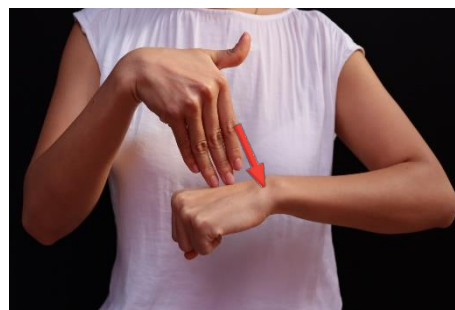


3." cuántos"

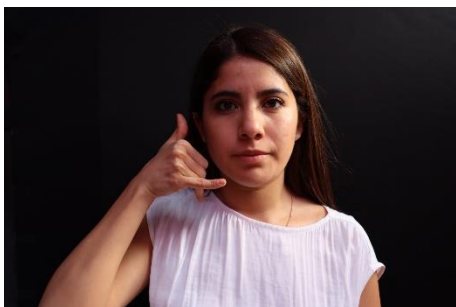
C. ¿Cuál es su número telefónico?



1. "tu"



2. "número"



3. "teléfono"



4. "cuál"

D. ¿Cuál es su ocupación?



1. "tú"

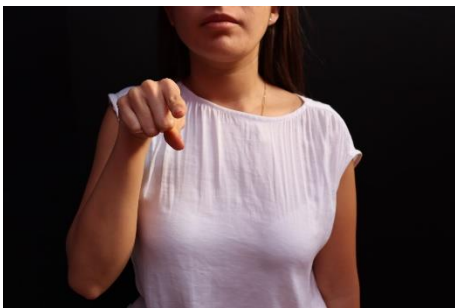


2. "trabajar"



3. "dónde"

E. ¿Cuál es el motivo de su consulta?



1. "tú"



2. "venir"



3. "por"



4. "qué"

F. ¿Padece alguna enfermedad?



1. "tú"



2. "ahorita"



3. "enfermedad"



4. "algo"

G. Actualmente, ¿toma algún medicamento?



1. "tú"



2. "ahorita"



3. "pastilla"



4. "algo"

H. ¿Tiene alguna alergia?



1. "tú"



2. "alergia"



3. "algo"

I. ¿Alguno de sus familiares padece alguna enfermedad?



1. "tú"



2. "familia"



3. "algo"



4. "enfermedad"

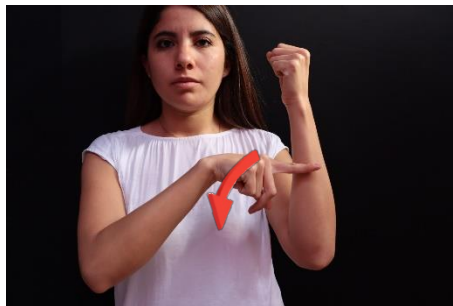
J. ¿Está embarazada?



1. "tú"

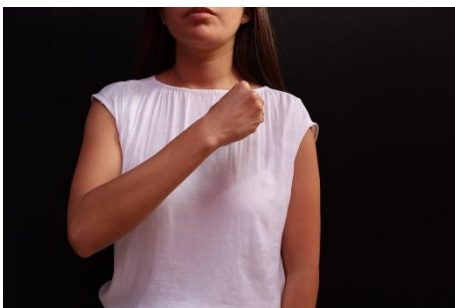


2. "ahorita"



3. "embarazada"

K. ¿Cuántos hijos tiene?



1. "hijos"



2. "cuántos"

7. CÓDIGOS QR



ABECEDARIO



NÚMEROS



SALUDOS



INTERROGATIVOS



DÍAS Y MESES



VOCABULARIO



HISTORIA CLÍNICA

8. CONCLUSIONES

La dificultad de las personas sordas para comunicarse limita su capacidad de interacción social, este mismo hecho permite llevar a cabo un acto discriminatorio. La forma de crear una sociedad inclusiva es establecer métodos que otorguen las mismas oportunidades a todas las personas, siendo una de estas la comunicación y el acceso a la salud.

Las personas con discapacidad auditiva tienen una mayor prevalencia de enfermedades bucodentales. Para solucionar este problema, se deben brindar todos los medios a los profesionales de la salud para dar a la comunidad sorda una atención odontológica equitativa.

La aplicación práctica de esta guía nos permite establecer una comunicación con las personas sordas en una consulta dental. Esta herramienta puede ser el primer paso para promover la inclusión en el área de la salud y el emprendimiento de futuras acciones que favorezcan la accesibilidad a los servicios médicos.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Moreno, R., & López, J. L. (2016). Aproximación histórica sobre los estereotipos asociados a la discapacidad: desde la prehistoria al momento actual. *Inclusión, emprendimiento y empleo de las personas con discapacidad. Actualización y propuestas.*, 99-109.
2. Fernández, J. L. (2008). La imagen social de las personas con discapacidad. En J. L. Fernández, *Historia, discapacidad y valía* (págs. 177-211). Madrid: CINCA
3. Padilla, A. (2010). Discapacidad: contexto, concepto y modelos. *Internacional Law: Revista Colombiana de Derecho Internacional*, 381-414.
4. Hernández, R. (2001). Antropología de la Discapacidad y Dependencia. *Un enfoque humanístico de la discapacidad*, 10-18.
5. Aguado, A. (1995). *Historia de las deficiencias*. Madrid: Escuela libre editorial fundacion once.
6. Puig de la Bellacasa, R. (1990). Concepciones, paradigmas y evolución de las mentalidades sobre la discapacidad. *Discapacidad e información*, 63-96
7. Aparicio, M. L. (2009). Evolución de la conceptualización de la discapacidad y de las condiciones de vida proyectadas para las personas en esta situación. *El largo camino hacia una educación inclusiva*, 129-138.
8. INEGI. (2013). Las personas con discapacidad en México, una visión al 2010. *INEGI*, 1-13.
9. Escobedo, C. E. (2018). *Diccionario de Lengua de Señas Mexicana*. Ciudad de México: S/E.
10. OMS. (1992). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. Washington, D.C: 10a Revisión Ginebra .

11. Diario Oficial de la Federación. (30 de Mayo 2011). *Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad*. México.
12. ONU. (2006). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. 2-5.
13. OMS. (2011). *Informe Mundial Sobre la Discapacidad*. Ginebra.
14. Díaz, C., Goycoolea, M., & Cardemil, F. (2016). Hipoacusia: trascendencia, incidencia y prevalencia. *Revista Médica Clínica Las Condes*.
15. Órganos de la audición y del equilibrio. (s.f.). En J. Garcia- Porrero, & J. Hurle, *Anatomía Humana* (págs. 744-760). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
16. INEGI. (2004). Las personas con discapacidad en México: una visión censal. *INEGI*, 127-133.
17. CONAFE. (2010). Discapacidad auditiva. Guía didáctica para la inclusión en educación inicial y básica. *CONAFE*, 12-22.
18. Lino, A. L., Castañeda, M. V., Mercado, I., & Arch, E. (2015). La educación para la salud en México. ¿Problema de salud pública? *Revista Mexicana de Comunicación, Audiología, Otoneurología y Foniatría*, 65-70.
19. Rodríguez, M., & Velásquez, R. d. (2000). Historia y Gramática de la Lengua de Señas. *Pedagogía y Saberes*, 91-104.
20. Jullian, C. (2018). Haciendo “hablar” a una historia muda. Surgimiento y consolidación de la comunidad sorda de Morelia. *Relaciones. Estudios de historia y sociedad*.
21. Serafín de Fleischmann, M. E., & Raúl, G. (2011). *Manos con Voz. Diccionario de Lengua de Señas Mexicana*. México: Libre Acceso.
22. Kritzinger, J., Marguerite, S., Swartz, L., & Braaten, S. (2014). “I just answer ‘yes’ to everything they say”: Access to health care for deaf people in Worcester, South Africa and the politics of exclusion. *Patient Education and Counseling*, 379-383.

23. Devinsky, O., Boyce, D., Robinns, M., & Pressler, M. (2020). Dental health in persons with disability. *Epilepsy & Behavior*.
24. Santos, Y., & Novoa, A. M. (2016). Percepción de estomatólogos sobre atención estomatológica a pacientes sordos. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* , 720-734.
25. Antonio, F., Mill, E., Páez, M., Sayago, M., & Valero, D. (2013). Manejo de pacientes con diversidad funcional en el ámbito odontológico. *Revista Venezolana de Investigación Odontológica*, 121-135.
26. San Bernardino, S., De Nova, J., Mourelle, M. R., & Gallardo, N. E. (2007). How to improve communication with deaf children in the dental clinic. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal* .
27. Dougall, A., & Fiske, J. (12 de Jul de 2008). Access to special care dentistry, part. 2 Communication. *British Dental Journal Vol. 205 No. 1* , págs. 11-21.
28. Wei, H. W.-L., Cong, X.-n., Tang, W. Q., & Wei, P. M. (Jul- Ago de 2012). Survey and analysis of dental caries in students at a deaf–mute high school. *Research in Developmental Disabilities Vol. 33 No. 4* , págs. 1279-1286.
29. Encina, A., Martínez, S., Vila, V., & Barrios, C. (2012). La atención odontológica del paciente con discapacidad auditiva . *Acta Odontológica Colombiana*, 211- 216.
30. Alzamora, L., Bello, Z., & Rodríguez, F. (2009). Diseño de protocolo de atención odontológica a pacientes del instituto para la habilitación del niño sordo de cartagena de indias. *Ciencia y Salud Virtual* , 62-68
31. López, L. A., Rodríguez, R. M., Zamora, M. G., & San Esteban, S. (2006). *Mis manos que hablan. Lengua de Señas para sordos*. . México: Trillas .
32. Calvo, M. T. (2014). *Diccionario Español- Lengua de Señas Mexicana*. México: SEP.

33. Cruz Aldrete, M. (2008). *Gramática de la Lengua de Señas Mexicana*
(Doctor). Centro de Estudios Lingüísticos y Literarios.