

**HOSPITAL GENERAL DOCENTE
"DR. AGOSTINHO NETO"
GUANTÁNAMO**

**ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y EDUCACIONALES DE PACIENTES
CON IMPLANTE COCLEAR. INFORME DE 4 CASOS.**

Dra. Karina Claro Almeida¹, Dr. Eleazar Bueno González², Dra. Belkis Batista Rodríguez.³

1 Especialista de I Grado en Otorrinolaringología.

2 Especialista de II Grado en Otorrinolaringología.

3 Especialista de I Grado en Foniatría.

RESUMEN

Se informa el caso de cuatro niños con implante coclear con el objetivo de demostrar la influencia de los aspectos psicológicos y educativos en la rehabilitación integral del niño. Se realiza una revisión del tema y se realiza una encuesta a los padres, pacientes y educando de los niños implantados de la provincia donde se obtienen resultados que responden a el abordaje interdisciplinario del programa de implante coclear.

Palabras clave: hipoacusia, implante coclear, educación del paciente, rehabilitación, niño.

INTRODUCCIÓN

En Cuba, el capital humano promueve que las distancias aunque largas, se acorten entre el ser humano y la solución a sus problemas. En el camino que andamos se auguran éxitos porque poco a poco se hacen más corpóreos los sueños. El implante coclear o colocación de un dispositivo para lograr la audición, es uno de los programas que exigen integración institucional y de armonía entre muchas personas, rehabilitadores y familiares. Este es un programa que lo ilustra, de una

forma muy hermosa y con resultados importantes para niños y familiares beneficiados.¹

La sordera influye en la educación, en el aprendizaje y en el ajuste psicológico, emocional y social de quien la padece. Las experiencias pedagógicas realizadas por los docentes cubanos con el primer grupo de niños sordos con implante coclear y la observación sistemática de sus comportamiento dentro y fuera de los centros educativos, han demostrado que estos niños sordos y sordo ciegos con implante tienen potencialidades que luego de una estimulación adecuada, pueden convertirse en fortalezas que propician el desarrollo psicopedagógico del lenguaje y su integración social.^{2,3}

La habilidad de escuchar y darle sentido a lo que se escucha se debe desarrollar con el transcurso del tiempo. No se tendrá éxito con el implante coclear si no se realiza un entrenamiento posterior a la operación. El niño aprenderá el significado de los sonidos solamente con entrenamiento apropiado. Por esta razón, es sumamente importante que un niño implantado reciba intervención por parte de profesionales capacitados.

Cuando hablamos de un implante coclear no sólo debemos pensar en la intervención quirúrgica. La cirugía es una parte dentro del proceso pero es importante saber que son varios los especialistas de distintas disciplinas los que intervienen, tanto de forma previa a la cirugía como posterior a ella, en la rehabilitación del paciente implantado.⁴

Mediante esta investigación se pretende demostrar la influencia de los aspectos psicológicos y educacionales en la rehabilitación del niño implantado en la provincia Guantánamo, lo cual resulta determinante en su integración a la sociedad y confirma la preocupación del estado cubano por elevar la calidad de vida de todas las personas con necesidades especiales.

INFORME DE CASOS

Caso 1

Nombre: A.O.L.

Edad: 18 años.

Sexo: Masculino.

Diagnóstico: Sordo-ciego con implante coclear.

Modalidad de comunicación: Lenguaje oral apoyado en la lengua de seña y dactilología

Grado escolar: 4to. Grado de Enseñanza Especial.

Fecha de cirugía: 13 de abril de 2005.

Antecedente patológico personal (APP): Hipoacusia neurosensorial profunda bilateral congénita. Glaucoma congénito.

Antecedente patológico familiar (APF): Madre: Glaucoma congénito. Catarata congénita. Padre: Glaucoma congénito. Sordera congénita. Síndrome de Alport.

Paciente de 18 años de edad, sordo-ciego congénito con implante coclear que se recibe en consulta para su rehabilitación auditiva y del lenguaje; seleccionado por el Grupo de Implante Nacional de Implante Coclear en el curso 2004-2005 con fecha de cirugía el 13/4/05 y reimplantado el 1/10/07 por mal funcionamiento del equipo. A pesar de ello la rehabilitación es favorable encontrándose en fase de reconocimiento.

Caso 2

Nombre: L.Y.G.C.

Edad: 13 años.

Sexo: Masculino.

Diagnóstico: Hipoacusia neurosensorial profunda bilateral con implante coclear.

Modalidad de comunicación: Lenguaje oral.

Grado escolar: 8vo. Grado de Enseñanza General.

Fecha de cirugía: 8 de octubre de 2007.

Antecedente patológico personal (APP): Trauma craneal. Meningoencefalitis.

Antecedente patológico familiar (APF): No refiere.

Paciente de 13 años de edad que a los 8 años de edad sufrió una caída jugando a los yudocas provocándole fractura de base de cráneo que deja una sordera neurosensorial de oído izquierdo. Luego, a los 10 años es ingresado por presentar meningoencefalitis bacteriana que deja como secuela una sordera neurosensorial profunda en oído derecho por lo que presenta hipoacusia neurosensorial bilateral con implante coclear. Es recibido en consulta a los 11 años de edad, evaluado por el Grupo Provincial de Implante Coclear, se envía a el Grupo Nacional con criterio de implante y fue operado el 8/10/07. En estos momentos en rehabilitación con evolución satisfactoria encontrándose en la fase de comprensión.

Caso 3

Nombre: J.PM.

Edad: 12 años.

Sexo: Masculino.

Diagnóstico: Hipoacusia neurosensorial profunda bilateral con implante coclear.

Modalidad de comunicación: Lengua de señas y dactilología.

Grado escolar: 7mo. Grado de Enseñanza General.

Fecha de cirugía: 1 de febrero de 2008.

Antecedente patológico personal (APP): Prenatales: Amenaza de aborto. Sepsis urinaria. Madre añosa.

Antecedente patológico familiar (APF): No refiere.

Paciente de 12 años de edad que presenta hipoacusia neurosensorial profunda bilateral con implante coclear que presenta retraso del lenguaje-habla secundario a patología de base. Fue recibido en consulta remitido del Grupo Nacional de Implante Coclear donde asistió por sus propios medios para consulta pre-implante y su cirugía fue realizada 1/2/08. En estos momentos se encuentra en fase de identificación.

Caso 4

Nombre: A.G.T.

Edad: 5 años.

Sexo: Masculino

Diagnóstico: Hipoacusia neurosensorial profunda bilateral con implante coclear.

Modalidad de comunicación: -

Grado escolar: Prescolar en Enseñanza General.

Fecha de cirugía: 25 de marzo de 2009.

Antecedente patológico personal (APP): No refiere.

Antecedente patológico familiar (APF): No refiere.

Paciente de 5 años de edad con diagnóstico de hipoacusia neurosensorial profunda bilateral con implante coclear que presenta retraso secundario a patología de base del lenguaje-habla. Se recibe en nuestra consulta remitido por el Grupo Nacional de Implante Coclear adonde asiste por sus propios medios; se prepara para realizar cirugía 25 de marzo de 2009. En estos momentos se encuentra en rehabilitación en la fase de detección.

Para la realización de este estudio se tuvieron en cuenta los factores psicológicos y educacionales que influyeron en la rehabilitación de los pacientes estudiados.

En los factores psicológicos se valoran los biopsicosociales. En los que encuentran: el apoyo, el entorno y las relaciones interpersonales, todo lo cual es anexado en criterios y definiciones.

DISCUSIÓN DE LOS CASOS

En los niños sordos sometidos a operación de implante coclear la acomodación del entorno familiar y, de ellos mismos, a las condiciones cambiantes de su audición y relación con el mundo, afectan la subjetividad y la percepción de sí mismos, entorpeciendo los resultados de la operación. Dicha adaptación se facilitaría por medio de la relación con figuras significativas que tienen estos niños, ya que esto contribuiría al manejo psicológico de estas variables desde antes de la operación.⁵

Los datos obtenidos en nuestra investigación fueron agrupados de acuerdo a las distintas variables analizadas y presentadas en forma de tablas.

Hubo predominio de las edades entre 11-15 años con el 50 % (Tabla 1). Este resultado está en correspondencia con otros en donde no ha existido preponderancia en cuanto a grupo etario. Waitman y Rolend refieren en su trabajo la implantación de niños menores de 1 año de edad, considerando su mejor período para la misma en los mayores de los 6 meses. En otras bibliografías revisadas se encuentran mejores resultados en niños cuyos grupos de edades osciló entre 0-3 años, elementos que no se pueden corroborar porque en nuestro trabajo el inicio de implantación fue a partir de los 5 años de edad unido a que nuestra muestra fue de tan solo 4 pacientes.⁶

Se evidenció una diferencia notable entre la edad de diagnóstico de la pérdida auditiva y la edad de implante, excepto en el caso 2 cuya diferencia es de tan solo 2 años (Tabla 2).

Existen dos factores que se toman en cuenta al decidir si un niño reúne los requisitos para ser implantado o no, estos son: la edad del comienzo de la sordera y el tiempo transcurrido entre el diagnóstico de la pérdida auditiva y la posible implantación.

Los niños con pérdida de la audición post-locutiva suelen tener mayor éxito al iniciar el uso del implante, elemento que se corrobora en nuestro trabajo con el caso 2, el cual tuvo una pérdida a los 10 años de edad por meningoencefalitis postrauma, implantado a los 11 años y con la obtención de buenos resultados en la rehabilitación.

Para los niños con pérdida auditiva prelocutiva, el darle significado a lo que escucha a través del implante será un proceso mucho más lento, poniéndose de manifiesto en el caso 3, el cual tuvo un diagnóstico de la pérdida a los siete meses pero fue implantado a los diez años, cuya rehabilitación es más lenta correspondiéndose con la bibliografía revisada. Sin embargo los niños con sordera congénita tienen el

potencial de recibir beneficios del implante si se les da suficiente tiempo y apoyo relacionándose esto último con el caso 1 de nuestro estudio.⁷

En otras fuentes bibliográficas revisadas se plantea que existe una importante relación entre la edad de implantación y los resultados de la misma, los cuales son mejores mientras más tempranamente es implantado el paciente (ante de los tres años), con mejor pronóstico, lo que no se corresponde con la muestra estudiada.

Al describir los factores psicológicos evaluados, en el factor biopsicosocial se comprueba que de los 4 casos: 3, se consideraron como regular; 1, como malo y ninguno como bueno (Gráfico 1), ya que se halló insuficiente comunicación interpersonal, apoyo institucional y familiar, representado este último por familias disfuncionales, así como necesidad de apoyo social y, en algunos casos, poca motivación tanto del niño, familia e institución.

Son factores de orden biopsicosocial la interacción del niño con su entorno, los vínculos afectivos que establecen a partir del efecto y estabilidad en los cuidados que recibe y la percepción de cuanto lo rodea (persona, imágenes, sonidos). Estas condiciones que son necesidades básicas del ser humano, son determinantes en el desarrollo emocional, funciones comunicativas, conductas adaptativas y en la actitud ante el aprendizaje.⁸

En nuestro estudio se encontró que los casos 2, 3 y 4 presentaron dificultades en la socialización con sus compañeros de aula y, específicamente el caso 3, el cual solo sostiene buenas relaciones con los niños que transitaron junto a él en la Escuela Especial, siendo estos además portadores de discapacidad auditiva.

Se considera importante en estos aspectos que, además de evaluar al propio niño, es imprescindible conocer cómo se manifiestan los padres y familiares ante la sordera. En qué medida modifica el entorno familiar y las interacciones entre los miembros de la familia, lo cual determina el grado de motivación que puedan tener estos unidos al nivel de información con respecto al implante.⁹

En nuestros casos la información acopiada se fundamenta en las dificultades existentes en cuanto a apoyo del entorno familiar, sobreprotección y familia disfuncionales dada fundamentalmente por divorcio de los padres.¹⁰

Se evidencia lo anterior a través del caso 2, el cual carecía de motivación por el aprendizaje y a medida que se intensificó las relaciones educacionales mejoró cualitativamente.

Es necesario tener en cuenta que no existe una familia ideal, sin conflictos, ya que de por sí, el diagnóstico de sordera desestructura y desorganiza. Se trabajará entonces sobre los conflictos que se observan para determinar el mejor momento para que el niño atraviese este proceso y le permita llevarlo a cabo de una forma contenida y placentera. Por eso es importante insistir en las funciones que desempeñan ambos padres en el apoyo y mantenimiento del equilibrio emocional y la relación social del niño.^{11,12}

Hay que tener presente que aunque el niño implantado tiene mayores posibilidades para el desarrollo sigue siendo un niño con grandes limitaciones auditivas y del aprendizaje, por lo que el trabajo psicopedagógico sistemático con él le permite más rápido y eficazmente compensar en gran medida esta deficiencia.¹³

Las deficiencias encontradas en relación con el apoyo institucional dadas por insuficiente seguimiento especializado y la no asignación de un maestro de apoyo solicitado, influyen negativamente en el aprendizaje y rehabilitación de los casos estudiados (caso 2 y 3). Todo lo antes expuesto nos permite definir que al evaluar un niño con implante coclear debemos de valorarlo como un ser biopsicosocial.

En la Tabla 3 se presenta la información relacionada con los aspectos educacionales que influyen en la integración del niño implantado, apreciándose que del total de casos evaluados, 3 de ellos están insertados a la enseñanza general; 1, a la enseñanza primaria y, 2, a la enseñanza media; estos últimos reciben adaptaciones curriculares. Debemos señalar que uno de los casos logró vencer el 4to. grado en la Enseñanza Especial recibiendo, además, adaptaciones curriculares en cada grado cursado.

No se recomienda la ubicación de los niños en grados inferiores aunque en algunos casos, teniendo en cuenta la etapa del curso escolar en que fue realizada la colocación del implante y el tiempo de la ausencia del niño en la escuela, se puede de carácter excepcional valorar la posibilidad de mantenerlo en el mismo grado, así como la ubicación precoz de estos niños a la enseñanza general, tratando de conectar al mismo con el entorno real en que se desarrollará a partir del implante.¹³

Lo anterior se corrobora con los casos estudiados, incorporados tres de ellos en la actualidad en la enseñanza general, aunque dos proceden de la Enseñanza Especial con dificultades del aprendizaje centralizados esencialmente en Español y Matemáticas, siendo necesario adaptaciones curriculares en los programas correspondientes así como la utilización de maestros de apoyos de los cuales carecen.

Se ha observado mayor éxito con el implante en aquellos niños que están en programas educativos que enfatizan el uso de audición en todas las áreas del aprendizaje, lo cual se evidencia en uno de los casos estudiados que fue insertado desde la etapa preimplante a los programas educativos de su comunidad, transitando de forma directa a la enseñanza general una vez implantado.

La familia y los maestros de los niños implantados enfrentan el reto de ayudar a niños a lograr beneficios de largo plazo con el implante, pero el objetivo fundamental es que el niño integre la audición a todos los aspectos de su vida, para que pueda utilizar el implante para comunicarse y aprender.¹⁴

Consideramos de fundamental importancia el contacto de los niños con sus padres. El aprendizaje no se produce en soledad sino a través del significado que los otros le otorgan a las cosas como así a través de los conflictos que el medio nos impone para resolver diversas situaciones. El contacto con los otros que le hablan, que le dan significado a aquellos sonidos que aún no tienen sentido para este niño, que lo llaman, que le generan conflictos al tratar de comunicar aquello que aún no tienen palabras pero si conceptos internos que necesitan ahora transformarse en palabras comprensibles para los demás, constituyen los estímulos más ricos que favorecen los aprendizajes.

En nuestra experiencia podemos decir que tiene gran importancia el abordaje educacional en el equipo de implante, dado que es necesario brindar orientaciones a la familia (primer medio de comunicación y socialización del sujeto) y a la escuela (segundo medio de comunicación y socialización del sujeto) para crear las condiciones favorables en el aprendizaje del niño implantado.

La Tabla 4 nos brinda los niveles de rehabilitación en que se encuentran los casos estudiados en relación con el tiempo del implante, observándose que el caso 1 y 2 se encuentran en el cuarto nivel (reconocimiento-comprensión), con 4 y 2 años de implantación respectivamente; el caso 3 en el segundo nivel (discriminación-identificación), teniendo 1 año de implantado y el caso 4 con solo 4 meses de implantado se encuentra en el primer nivel (detección).

La edad de aparición de la sordera y de la implantación son dos criterios cronológicos determinantes para la elaboración de la estrategia de rehabilitación fonolingüística del niño con implante coclear, que le permita obtener el máximo provecho de esta novedad tecnológica.¹³

Lo cual se evidencia en el caso 2 que tuvo una pérdida postlocutiva con buen desarrollo lingüístico y su rehabilitación es muy satisfactoria

encontrándose en el último nivel, no siendo así en el caso 1 el cual en estos momentos se encuentra también en ese nivel pero se trata de una pérdida prelocutiva que se implanto con 14 años de edad y un periodo de 4 años de rehabilitación.

Debemos recordar que el implante coclear no devuelve una audición normal y la naturaleza de los estímulos que proporciona, presenta deficiencias notables respecto a la estimulación acústica habitual, por esta razón es indispensable prever un tiempo cuya duración podrá ser variable según los casos para entrenar al paciente a detectar, identificar y finalmente entender las informaciones que llegaran a sus áreas auditivas.

El implante ayuda al niño a detectar los sonidos, pero la discriminación y la comprensión de lo que escucha requiere experiencia y entrenamiento.¹⁴

Tanto la familia como el centro escolar juegan un papel importante durante el tiempo de tratamiento. Al inicio del tratamiento se comunican cuáles son los objetivos marcados para el niño, las estrategias recomendables, recabando información sobre su aceptación y la forma que se tiene entre todos de conseguir el mayor desarrollo resaltando las habilidades que posee más que las discapacidades.¹⁶

La familia es el eje principal de la rehabilitación donde sus miembros comparten el objetivo común de desarrollar la comunicación oral dedicando tiempo y atención significativos a comunicarse de forma constructiva con el niño. El proceso de rehabilitación es largo, la duración general es muy variable: suele indicar un periodo de 6 meses a 1 año con un ritmo inicia intensivo y luego conforme al progreso del paciente; algunos casos necesitan bastante menos tiempo pero también es importante señalar que se producen mejorías a muy largo plazo, incluso después de 2-3 años tras la implantación. Se recomienda que el entrenamiento se adapte en lo posible al nivel cultural y a las circunstancias sociales de cada paciente involucrado siempre el entorno familiar y educativo. Teniendo presente que este es un proceso que requiere paciencia, dedicación y mucho amor, porque son niños realmente muy complejos y que están muy relación con las individualidades de cada niño.

La intervención oportuna y rehabilitación integral de este tipo con discapacidad, tiene como único objetivo mejorar su capacidad de desarrollo y de bienestar, posibilitando de la forma más completa su integración en el medio familiar, escolar y social, así como su autonomía para elevar su calidad de vida.

CONSIDERACIONES FINALES

A partir de lo expuesto, se considera fundamental la intervención interdisciplinaria en un programa de implante coclear, el cual debe ser enfrentado de tal forma que las áreas que intervienen analicen en profundidad, desde su especialidad, cada caso en particular dentro del contexto en que se desenvuelve y sus intervenciones estén orientadas en función del análisis conjunto y articulado que determine los momentos adecuados según las necesidades que surjan.

Creemos que al tratar con pacientes, no podemos dejar de pensar en la complejidad que esto implica y todas las variables a ser consideradas para intervenir adecuadamente sin perder de vista la integridad de la persona humana que no puede ser analizada aisladamente según una capacidad diferente (en este caso auditiva), sino que debe ser analizada primeramente como sujeto que se constituye como tal a partir de su relación con los demás. Si pensamos en este niño que nunca escuchó y, que de repente, comienza a recibir estímulos sonoros, las sensaciones que percibe, podríamos pensar que son invasivas por lo tanto es necesario resguardar la personalidad frágil, en formación, como es la de un niño pequeño.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Reyes García D. El arrullo del sonido. Rev Bohemia[serie en Internet]. 2006[citada: 8 sep 2009]; 103 : 14-16. Disponible en: <http://www.bohemia.cu/2006/12/04/nacionales/implante-cloclear.html>
2. Flores BL. The auditory verbal Therapy: a training Program for Professionals in the Field of Hearing Disorders. EEUU. 2007.
3. Morales TM. Los niños con Implante Coclear, un acercamiento Psicopedagógico. La Habana : Editorial Pueblo y Educación;2007.p. 32-40.
4. Bacic CM. Rehabilitación en niños con implementación coclear. Programa Asistencial. Santiago Chile : Clínica Audiológica Universidad Mayor; Octubre 2007.
5. Jiménez FF. Aspectos del desarrollo emocional del niño sordo con Implante Coclear. Facultad de Psicología Santiago de Chile : Universidad Diego Portales; 2008.

6. Waltzman SB. Cochlear Implants in Children younger than 12 months. *Pediatric Official Journal of American Academy of Pediatrics*. 2005; 116; 487-493.
7. Serrano MM. *Comunicación y lenguaje*. Madrid : Universidad de Alhambra; 1991.
8. Colectivo de autores. *Libro blanco de atención temprana*. Grupo de atención temprana. Madrid : Centro Español de atención sobre discapacidad; 2000.p.14-15; 2000.
9. Duarte A. *Cualificación del personal educativo para niños con trastornos auditivos*. Carta de estudio 11. España.
10. Martí S. *Comunicación y lenguaje*. Madrid : Alahambra Universidad; 1991.
11. Pretty C. *Abordaje psicológico y educacional en un programa de Implante Coclear Pediátrico*. Departamento de implante coclear. España : Fundación ARAUZ; 2007.
12. González BL. *Antología para el área de la audición de educación especial*. Chile 2007.
13. Midred MT. *Los niños con implante coclear, un acercamiento psicopedagógico*. Ciudad de la Habana. Cuba ; 2007.
14. *Introducción al implante*[monografía en Internet]. Los Ángeles : Clínica John Tracy; 2000[citado: 4 dic 2009]. Disponible en: <http://www.clinicajohntracy.org/corres/specpapers/Intro2CIspan.pdf>
15. *Comisión de expertos de Audiofoología. Informe CEAF sobre implante coclear*[monografía en Internet]. Madrid : Real Patronato sobre Discapacidad; 2005[citado: 17 dic 2009]. Disponible en: www.implantecoclear.org/documentos/implante/ceaf.pdf
16. Sánchez H. *Estrategia que favorece la comunicación en el aula*. La Habana : Editorial Pueblo y Educación; 2001
17. *El desarrollo de la genética médica en Cuba*. *Tabloide especial*. 2006; (4 Supl Esp) : 2-8.

Tabla 1. Edad y sexo.

GRUPO DE EDADES	No	%
0 - 5	1	25
6 - 10	-	-
11 - 15	2	50
16 - 20	1	25
<i>TOTAL</i>	<i>4</i>	<i>100</i>

Fuente: Encuesta.

Tabla 2. Edad de diagnóstico de la pérdida y edad de implante.

CASO	EDAD DE DIAGNÓSTICO	EDAD DE IMPLANTE
Caso 1	1 año	14 años
Caso 2	8 años	11 años
Caso 3	7 meses	10 años
Caso 4	6 meses	5 años

Fuente: Encuesta.

Gráfico 1. Factores psicológicos (biopsicosociales) a evaluar.



Tabla 3. Aspectos educacionales que influyen en la integración del niño con implante.

CASO	TIPO DE ENSEÑANZA	GRADOS CURSADOS	ADAPTACIONES CURRICULARES
Caso 1	Especial	4to. grado	Si
Caso 2	General	8vo. grado	Si
Caso 3	General	7mo. grado	Si
Caso 4	General	Prescolar	-

Fuente: Encuesta.

Tabla 4. Resultados obtenidos en la rehabilitación auditiva y del lenguaje.

CASO	TIEMPO DEL IMPLANTE	NIVEL DE REHABILITACIÓN
Caso 1	4 años	Reconocimiento-comprensión
Caso 2	2 años	Reconocimiento-comprensión
Caso 3	1 año	Discriminación-identificación
Caso 4	6 meses	Detección

Fuente: Encuesta.