

Experiencias en salud mental y sordera: una perspectiva desde la puesta en marcha de una unidad.

Starting a new unit: first steps working in mental health and deafness.

Nora Olazabal Eizaguirre ^{a,c}, Verónica Pousa Rodríguez^b, Eva Sesma Pardo^a, M. Aránzazu Fernández-Rivas^{a,c}, Miguel Ángel González-Torres^{a,c}.

^a Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao.

^b Psicóloga Interna Residente. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao

^c Departamento de Neurociencias. Universidad del País Vasco.

Resumen: La atención a la salud mental de las personas con discapacidad auditiva es un área en desarrollo en nuestro medio. En este contexto se inició en 2011 en el Hospital de Basurto un proyecto para atender a las necesidades específicas de este colectivo en el área de Bizkaia. En estos tres años han sido 31 los pacientes atendidos con un total de 187 consultas.

En este escrito presentamos el contexto actual en la atención de pacientes sordos y las especificidades generales que han de ser tomadas en cuenta a la hora de evaluar su psicopatología. Nos centraremos en especial en los pacientes sordos prelocutivos que utilizan la Lengua de Signos (LSE).

Palabras clave: sordera, salud mental, lengua de signos, adultos, menores.

Abstract: The attention to the mental health of people with hearing impairment is a developing area in our country. In this context, we started a project at Basurto Hospital to attend the specific needs of this group in the area of Bizkaia. 31 patients, with a total number of 187 consultations, have been assessed and treated in these three years.

In this paper we present the current context in the care of deaf patients and general specificities that must be taken into account when assessing psychopathology in these patients. We will focus specifically on prelocutive and signant deaf patients.

Key words: deafness, mental health, sign language, adults, infants.

Introducción

La atención a la enfermedad mental en personas sordas es un aspecto por el que la comunidad científica internacional está desarrollando un interés creciente. Esta inquietud de los profesionales, sin embargo, no se correlaciona con la cantidad de recursos existentes en este ámbito, sobre todo

si atendemos al estado español. Antes de iniciar nuestra andadura, solo existía una única unidad dedicada a estos pacientes en el estado, la Unidad de Salud Mental y Sordera (USMS) del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM).

En el ámbito de la salud mental existen sociedades dedicadas exclusivamente al estudio de



los pacientes con discapacidad auditiva, en especial a los sordos prelocutivos que se expresan en lengua de signos. Un ejemplo notable es la ESMHD (*European Society for Mental Health and Deafness*) (www.esmhd.org), Sociedad Europea en la que psicólogos, psiquiatras, enfermeros y trabajadores sociales con interés en este área desarrollan una actividad científica que, en el año 2011, se vio reforzada con la publicación de la primera revista europea dedicada a este ámbito, la *International Journal on Mental Health and Deafness* (<http://www.ijmhd.org>). A fin de fomentar en diálogo y colaboración entre los profesionales europeos, la ESMHD organiza anualmente encuentros de interés clínico y científico, donde se comparten conocimientos y experiencias.

En este contexto, en el año 2011, tomamos la decisión de iniciar en la Unidad de Psiquiatría del Hospital de Basurto una experiencia con personas sordas y con discapacidad auditiva de cualquier grado. Este artículo nace del interés de dar a conocer esta actividad asistencial realizada en los últimos años, que, partiendo del estudio de las características de la población sorda y en especial aquella que sufre patología mental, nos ha llevado a atender pacientes de la provincia de Bizkaia. Pretendemos mediante este texto establecer las generalidades básicas para trabajar con pacientes sordos, en especial con los sordos prelocutivos, y finalmente presentaremos, a modo de ejemplo, dos casos que ilustran la labor clínica.

Características generales del paciente sordo

Las personas con discapacidad auditiva pueden presentar competencias de comunicación muy dispares. Algunos nacieron ya con una sordera congénita, otros la adquirieron en la infancia o en la edad adulta. Por tanto, se distinguirá entre aquellos que pudieron aprender a hablar y conocieron el sonido antes de adquirir la sordera (sordera postlocutiva) y aquellos que no (sordera prelocutiva). Las formas de comunicación preferidas por el paciente sordo son diferentes, pudiendo comunicarse en lengua oral, mediante lectura labial o mediante la Lengua de Signos. Además, muchos sordos utilizan ayudas para la audición, como pueden ser audífonos o implantes cocleares. (1)

La lengua de signos propia de nuestro país se denomina Lengua de Signos Española, y fue reconocida en el año 2007, tras largos años de lucha del colectivo sordo, como lengua oficial del estado español por el Congreso de los Diputados (Ley 27/2007 del 23 de octubre de 2007) (2). La lengua de signos no es universal, es diferente para cada uno de los países y presenta dialectos según las regiones. De esta manera, son propios de otros países el British Sign Language (BSL), el American Sign Language (AMESLAN), etc.

En cuanto a la educación recibida, la mayoría de pacientes sordos prelocutivos que atendemos han sido escolarizados en colegios en los que sus características especiales son atendidas en mayor o menor medida, por lo que su alfabetización básica está garantizada. No ocurre lo mismo en el acceso a estudios superiores, en los que la presencia continua de un Intérprete en Lengua de Signos es requerida, y dada la escasez de recursos económicos, no se garantiza. Esto hace que la existencia de profesionales sordos de salud mental (psicólogos, trabajadores sociales, etc.) sea escasa en nuestro medio.

El paciente sordo, como portador de una peculiaridad que lo distingue del resto de la sociedad, difiere de la misma en algunas vivencias vitales. Éstas no deben ser consideradas patológicas 'per sé' y por tanto, se debe evitar la relación directa entre la sordera y la enfermedad mental. Los individuos sordos sufren dificultades de adaptación y aislamiento en una sociedad mayoritariamente oyente. Es el propio aislamiento el que se ha identificado como generador de enfermedad mental en estos pacientes. Nos enfrentamos, pues, a una forma 'transcultural' de la práctica clínica, ya que la persona que acude a consulta presentará valores, costumbres y lenguaje propios y una manera de pensar idiosincrásica de la comunidad sorda.

Situación del colectivo de personas sordas en salud mental: prevalencia de patología mental y posibles causas

Los datos de las recientes investigaciones sobre la salud mental en adultos sordos prelocutivos muestran que este colectivo tiene una mayor probabilidad de ser diagnosticado de trastornos de personalidad, trastornos adaptativos o de

comportamiento y trastornos de somatización. Contrariamente a lo sugerido en las primeras investigaciones, presentan la misma probabilidad de sufrir esquizofrenia, trastorno de personalidad paranoide y depresión. (3)

Entre las posibles causas de psicopatología en las personas sordas, la literatura menciona una serie de características cognitivas y emocionales propias, que inciden desde su nacimiento y que pueden influir en su mayor vulnerabilidad a padecer una enfermedad mental. Entre ellas encontramos (4):

1. *Carencias en el vínculo padres-hijo/a.* Muchas de las dificultades emocionales y comportamentales pueden derivarse de un dificultades en vínculo padres-hijo/a. El 90% de las personas sordas nacen de padres oyentes. Se aprecia, pues, que la primera vivencia de aislamiento ocurre en la propia familia de origen.
2. *Dificultades de interacción:* Las dificultades pueden ampliarse también a las interacciones del niño sordo con el resto de la familia y entorno social. En este caso la barrera comunicativa juega un papel crucial. El desarrollo de habilidades de socialización se verá, por tanto, comprometido desde temprana edad.
3. *Desarrollo social y emocional:* La privación conversacional de los niños sordos tendrá implicaciones en el desarrollo de una adecuada competencia cognitiva-social. Los estudios al respecto muestran que en comparación con los oyentes, las personas sordas tienen un retraso en la alfabetización emocional y el desarrollo de la teoría de la mente de tres-cuatro años (5). Esta alteración se traduce en dificultades para situarse en la perspectiva de los demás y darse cuenta de los estados psicológicos y de las intenciones de los otros.

Para entender el escaso input referido a lenguaje emocional y mentalista que encontramos en algunos sordos, es importante tener en cuenta que el desarrollo de esta facultad requiere poseer un instrumento lingüístico de calidad en términos semánticos y sintácticos. Sin embargo, en un mundo mayoritariamente oyente, el niño sordo se encontrará con un vocabulario muy restringido para expresar conceptos emocionales, para dar nombre a los

sentimientos y emociones, así como para relacionarlos verbalmente con sus antecedentes y consecuentes (6).

Un segundo elemento clave en el desarrollo socio-emocional es la participación en la etapa infantil, tanto de forma directa como indirecta, de situaciones de interacción social en las que haya referencias significativas a estados mentales y emocionales asociados con ciertas conductas. En este sentido, las barreras comunicacionales presentes desde el nacimiento y las dificultades en las interacciones sociales que ello conllevan afectarán a la habilidad para comprender los estados mentales de los otros (Perner et al.,1994; Ruffman et al.,1998) (6), (7), (8).

En consecuencia, las personas sordas pueden tener dificultades para desarrollar una buena competencia social, que pueden incluir, entre otros: Dificultades para controlar sus impulsos, para desarrollar un adecuado concepto y autoestima, incapacidad para reconocer y expresar emociones y sentimientos, para desarrollar empatía, para evaluar afectos o emociones que resultan de ciertos actos, e incluso, para establecer procesos de atribución de causa entre ciertos acontecimientos (8).

4. *Sobreprotección parental o “sobrecontrol comportamental”:* La falta de percepción objetiva por parte de la familia de las posibilidades reales de su hijo o hija induce a limitar su autonomía y, por tanto, dificulta su desarrollo. Se han señalado diversas actitudes sobreprotectoras, especialmente por parte de familias oyentes, tales como: Limitaciones para realizar actividades, bajo nivel de exigencia académica, poco rigor en la aplicación de normas, etc. De hecho, diversos estudios han puesto de manifiesto que los niños sordos reciben en general menos explicaciones de su familia respecto a la razón de sus acciones y sus consecuencias, estados de ánimo, etc., que las personas oyentes de su misma edad. Ambas tendencias de conducta, tanto la sobreprotección como la escasez de explicaciones, pueden relacionarse con algunos de los rasgos frecuentemente descritos como característicos de la personalidad de los sordos: falta de autonomía e independencia, y por otra parte,

carácter impulsivo, acciones poco meditadas y no planificadas, en contraposición a estilos reflexivos (4), (8).

5. *Errores de diagnóstico*: La exploración psicopatológica debe ser realizada en el registro de comunicación habitual del paciente. Por tanto, en pacientes signantes la entrevista se realizará en Lengua de Signos. Las personas sordas singantes operan con un sistema de representaciones psíquicas distintas de las de los oyentes, lo que da lugar a un sistema de pensamiento y una cultura propias. Correlativamente, la forma de expresar sus problemas psicopatológicos es también diferente, debido a la distinta estructuración del lenguaje. Los problemas de comunicación o la ausencia de comunicación directa entre el paciente y el profesional se correlaciona tanto con infra-diagnóstico como con sobrediagnóstico (4).

Además de utilizar el mismo registro de comunicación, será necesario el conocimiento de las características culturales propias de los sordos y de su comunidad. De no ser así, el profesional podría considerar como patológicas algunas peculiaridades que no lo son para la comunidad sorda (1).

Realizar la entrevista clínica en LSE y tratar con pacientes con diferencias culturales claras nos obliga a trabajar de una forma más pausada. Por otra parte, no contamos con test psicométricos adaptados y validados en población sorda, lo cual dificulta la evaluación neuropsicológica.

Exploración psicopatológica: entrevista clínica

La entrevista clínica no difiere sustancialmente respecto a los pacientes oyentes. Los aspectos diferenciales del paciente sordo tendrán que ser tenidos en cuenta longitudinalmente durante el desarrollo de la exploración. Por ello, en la entrevista psiquiátrica realizada al paciente sordo en salud mental, será importante recoger específicamente los siguientes aspectos de la historia clínica (1):

a) La etiología de la sordera. Se interrogará sobre si es una sordera por enfermedad infecciosa materna durante la gestación, debido a daño

hipóxico perinatal, traumático, etc. Además nos interesaremos por la edad de la detección y el modo en el que se diagnosticó la deficiencia auditiva.

- b) El grado de pérdida auditiva. Se recogerán los resultados de las audiometrías realizadas y la funcionalidad del resto auditivo. Se establece que es una sordera profunda cuando el paciente escucha estímulos de a partir de 80-120 Decibelios.
- c) Discapacidades asociadas. Algunas causas congénitas de sordera (Sd. Pendred, Sd. Alport, etc.) afectan a otros sistemas además de la audición. Estas dificultades asociadas requerirán de una atención específica.
- d) Historia de crianza e historia educativa. ¿Cómo reaccionaron los padres al conocer la sordera? Recoger el tipo de escolarización (colegio para sordos, de integración, etc) y si acudió a un centro donde sus requerimientos especiales eran atendidos. Muchos pacientes viven los primeros sentimientos de aislamiento desde la edad escolar.
- e) Nivel de aceptación de la sordera: El grado de aceptación de la sordera del propio paciente y actitud del entorno respecto a las peculiaridades del paciente.
- f) Participación en la comunidad sorda: Si el paciente participa en la actividades de las asociaciones de sordos locales o si se relaciona con otros sordos. Los sentimientos de colectividad se han revelado protectores para la enfermedad mental.
- g) Patrón de comunicación familiar: Se deberá interrogar sobre el modo de comunicación y sobre si ésta es efectiva, lo es parcialmente o no permite al paciente la comunicación con su entorno próximo.

Datos sobre la actividad

Los datos recogidos en la actividad clínica en el periodo 2011-2013 muestran una actividad moderada. Se debe recordar que la oferta asistencial se debe al hecho cualitativo de la atención especializada y no al cuantitativo. Durante este periodo se atendieron 21 adultos y 10 menores, sumando en total 187 consultas individuales.

Las hospitalizaciones de pacientes con déficit auditivo fueron tres en total, siendo todos los pacientes adultos. La estancia media en Unidad de Agudos fue de 13 días para estos tres ingresos.

Casos clínicos

Hemos tratado de describir las características específicas de la atención a personas sordas en salud mental. Trataremos de ejemplificar mediante dos casos clínicos el abordaje práctico del paciente sordo.

Caso 1: *Se trata de una mujer de 40 años, con sordera congénita neurosensorial que acude a consulta refiriendo malestar general y nerviosismo. Es derivada desde su Centro de Salud Mental de zona, acompañada de una tía que refiere episodio de heteroagresividad de la paciente contra su propia madre, enferma neurológica e impedida físicamente. Se realiza una primera entrevista en LSE en la que se evidencia estado de angustia e intenso malestar, así como sensación de incompreensión de eventos del medio y sentimientos de escasa valía. El diagnóstico de sospecha es Trastorno de Ansiedad Generalizada. Se introducen benzodiacepinas a altas dosis y se mantiene tratamiento antidepressivo previo. La respuesta a tratamiento es satisfactoria, reduciendo la angustia y permitiendo a la paciente verbalizar que no comprende los cambios de actitud de su madre. Se le explica la enfermedad neurológica de ésta y se confrontan las falsas creencias de la paciente. Se retiran progresivamente las benzodiacepinas. La paciente mejora de forma importante en dos meses de seguimiento, asume parte del cuidado de su madre sin más incidentes, tras lo cual se establecen consultas de seguimiento con retirada posterior del antidepressivo.*

Los trastornos de ansiedad y los trastornos somatomorfos presentarían mayor prevalencia en pacientes sordos según la bibliografía existente

y se debe considerar el riesgo de infradiagnóstico o diagnóstico erróneo. Estos estudios hacen referencia principalmente a sordos prelocutivos, por la dificultad en la expresión de sentimientos y el aislamiento social que padecen (3). En esta paciente observamos que la falta de información de los eventos recientes mediatizaban su estado de angustia, que se redujo al ofrecerle información comprensible en Lengua de Signos.

Caso 2: *Se trata de una mujer que ingresa por alteración de conducta con fuga del domicilio sin saberse de su paradero durante 48 horas. La paciente habla lengua de signos de forma fluida. Al ingreso, se muestra temerosa con el entorno y refiere miedo a extraños e ideación de tipo autorreferencial con alucinaciones de tipo cenestésico. Se diagnostica de episodio psicótico y se inicia tratamiento con risperidona hasta 6mg/día con buena respuesta pasando posteriormente a risperidona inyectable de larga duración. Se realiza seguimiento posterior en consultas hasta la fecha sin reingresos ni reaparición de síntomas psicóticos. La paciente presenta una funcionalidad similar a la previa con actividades de ocio y vida familiar habitual.*

Los trastornos mentales como la psicosis no cuentan con estudios concluyentes en esta población, como tampoco existen estudios sobre la prevalencia de trastornos de la personalidad. La suspicacia congruente con el déficit sensorial, es como los profesionales de éste área han denominado a la tendencia a desconfiar del entorno que tienen los pacientes con uno o más deficiencias sensoriales y que parece más adaptativo que patológico (1), (3). En este caso la paciente presentaba síntomas psicóticos con autorreferencialidad y alucinaciones cenestésicas, más frecuentes en pacientes con sordera.

Contacto

Nora Olazabal Eizaguirre • Tel.: 944 006 137 / Fax: 944 006 213
Pabellón Eskuzka, Hospital Basurto • Avda. Montevideo 18 • 48013 Bilbao
nora.olazabaleizaguirre@osakidetza.net



Bibliografía

- 1) Hindley, P.; Kitson, N. (1999). *Mental Health and Deafness*. Ed. Wiley (1 edition).
- 2) <http://www.boe.es/boe/dias/2007/10/24/pdfs/A43251-43259.pdf> Ley 27/2007, de 23 de octubre, por la que se reconocen las lenguas de signos españolas y se regulan los medios de apoyo a la comunicación oral de las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas (Ley LLSS-MACO).
- 3) Ohre B., Von Tetzchner S., Falkum E. (2011) *Deaf adults and mental health: a review of recent research on the prevalence and distribution of psychiatric symptoms and disorders in the prelingually deaf adult population*. International Journal on mental health and deafness. Vol 1, no 1.
- 4) Muñoz Bravo J. (2006). *Sordera y salud mental: la psicología frente a la deficiencia auditiva*. INFOCOP on-line.
- 5) González Cuenca, A. M.; Barajas Esteban, C.; Linero Zamorano, M. J.; Quintana García I. (2008). *Deficiencia auditiva y teoría de la mente. Datos para la reflexión y la intervención*. Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología, Vol. 28, No. 2, 99-116.
- 6) Clemente, R.A., Sánchez P., González M.A. (1993). *Estilo materno y adquisición lingüística infantil. El caso particular del niño sordo*. Revista Comunicación, Lenguaje y Educación, Vol.19-20, (183-192).
- 7) Valmaseda, M. (2009). *La alfabetización emocional de los alumnos sordos*. Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva, 3(1), 147-163.
- 8) Perner, J., Ruffman, T., y Leekam, S. (1994). *Theory of mind is contagious: you catch it from your sibs*. *Child development*, 65, 1228-1238
- 9) Corvera J., González F (2000). *Psicodinamia de la Sordera*. Gaceta Médica de México. Vol 136, No2.