



**UNIVERSIDAD
DE GRANADA**

**Facultad de
Psicología y
Logopedia**

**GRADO EN
PSICOLOGÍA**

TRABAJO FIN DE GRADO

**SORDERA
PRELINGÜÍSTICA Y
SALUD MENTAL**

Presentado por:

Dña. Cristina Ros Gil

Tutores:

Prof. Dr. Julio Santiago Torres

Prof. Dña. María Ángeles Sánchez Martínez

2021

ANEXO VI



UNIVERSIDAD
DE GRANADA



Declaración de Originalidad del TFG

Dña. Cristina Ros Gil declaro que el presente Trabajo de Investigación es original, no habiéndose utilizado fuente sin ser citadas debidamente. Para que conste así lo firmo el presente en Granada, 1 de diciembre, 2021.

Firma del estudiante

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero estudiantes, cuya finalidad es el almacenamiento de datos personales, académicos y administrativos de los estudiantes de la Universidad de Granada para la gestión de sus expedientes, con las cesiones previstas legalmente. El órgano responsable del fichero es la Secretaría General de la Universidad de Granada, y la dirección donde la persona interesada podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición es “Secretaría General de la Universidad de Granada. Avda. del Hospicio s/n, Hospital Real, 18071, Granada”. De todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal.

ÍNDICE

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE.....	4
1. INTRODUCCIÓN	7
2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	8
2.1. ¿Qué es la sordera?.....	8
2.2. El impacto de la sordera prelocutiva en el desarrollo neuropsicológico	10
3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS	16
3.1. Objetivo general	16
3.2. Objetivos específicos.....	16
4. METODOLOGÍA DE REVISIÓN	16
4.1. Fuentes de información / bases de datos	16
4.2. Estrategia de búsqueda	17
4.3. Criterios de selección	21
5. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	31
5.1. Problemas de salud mental detectados en las personas sordas.....	31
5.1.1. Trastornos del desarrollo.....	31
5.1.1.1. Trastornos del espectro autista	31
5.1.1.2. Discapacidad intelectual.....	32
5.1.2. Trastornos afectivos	33
5.1.2.1. Depresión	34
5.1.2.2. Ansiedad y autoestima.....	35
5.2. Evaluación.....	36
5.3. Acceso y tratamiento	42
6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	44
7. APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS Y BENEFICIOS ESPERADOS.....	45
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

OBJETIVO: La presente revisión bibliográfica muestra un análisis de la literatura científica sobre la relación entre sordera prelocutiva y salud mental, y cómo en base a ello, adecuar la práctica clínica psicológica.

METODOLOGÍA: Mediante una revisión sistemática se buscaron artículos científicos tanto cualitativos como cuantitativos, que tuvieran como tema principal la sordera y la salud mental. Estos datos han sido proporcionados por bases de datos tales como PubMed, Medline, Web of Science, Google Scholar y Dialnet de los últimos 40 años. Se revisaron las referencias de los resultados de la búsqueda para localizar artículos relevantes adicionales. Finalmente se han seleccionado nueve artículos.

RESULTADOS: Esta revisión evidencia primeramente que se observa una mayor incidencia de problemas de salud mental en las personas sordas prelocutiva que en la población oyente. Sin embargo, la sordera en sí misma no es causa de trastornos mentales. Es debido a la interacción de la condición de la sordera y factores sociales y educativos del entorno que la sordera se convierte en un factor de riesgo para la aparición de trastornos mentales en las personas sordas de todas las edades. Además, existen dificultades en la evaluación, el tratamiento y el acceso a los servicios de salud mental para las personas sordas. Por todo ello, es necesario adecuar los servicios de salud mental a las características de los clientes sordos.

CONCLUSIÓN GENERAL: Los problemas de salud mental en las personas sordas prelocutiva son el resultado de la intersección entre esta condición médica y factores sociales, ambientales y educativos desfavorables y discriminatorios para las personas sordas. Dado que la sordera es, en la mayoría de los casos, una condición irreversible, es necesario intervenir precisamente sobre esos factores sociales y educativos que, a diferencia de la sordera, pueden modificarse y adaptarse a las necesidades de las personas sordas. Por esta razón, se subraya la necesidad de un uso más amplio de la lengua de signos, intérpretes especializados y personal médico con experiencia en los aspectos socioculturales de la sordera, así como desarrollar herramientas adaptadas específicamente para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento.

PALABRAS CLAVE: Sordera, salud mental, privación lingüística, servicios de salud mental, lengua de signos, adultos, infancia, síndromes.

ABSTRACT AND KEYWORDS

INTRODUCTION: This literature review presents an analysis of the scientific literature on the relationship between deafness and mental health, and how to adapt clinical psychological practice based on it.

METHODOLOGY: By means of a systematic review we searched for qualitative and quantitative scientific articles whose main theme was deafness and mental health. These data were provided by databases such as PubMed, Medline, Web of Science, Google Scholar and Dialnet from the last 40 years. The references of the search results were checked to identify additional relevant studies. Finally, nine articles were selected.

RESULTS: This review first shows that there is a higher incidence of mental health problems in prelinguistically deaf people than in the hearing population. However, deafness in itself is not the cause of having mental disorders. It is because of the interaction of the condition of deafness and social and educational factors in the environment that deafness becomes a risk factor for the occurrence of mental disorders in deaf people of all ages. There are also difficulties in the assessment, treatment, and access to mental health services for deaf people. Thus, there is a demonstrated need to tailor mental health services to the characteristics of deaf clients.

GENERAL CONCLUSION: Mental health problems in prelinguistically deaf people are the result of the intersection between this medical condition and social, environmental, and educational factors that are unfavorable and discriminatory to deaf people. Since deafness is, in most cases, an irreversible condition, it is necessary to intervene precisely on those social and educational factors that, unlike deafness, can be modified and adapted to the needs of deaf people. For this reason, the need for a wider use of sign language, specialized interpreters and medical personnel with expertise in

the sociocultural aspects of deafness is emphasized, as well as the development of tools specifically adapted for diagnosis, assessment and treatment.

KEYWORDS: Deafness, mental health, language deprivation, mental health services, sign language, adults, childhood, syndromes.

1. INTRODUCCIÓN

La sordera es una condición sensorial que tiene el 5% de la población mundial. Las personas sordas o con discapacidad auditiva tienen dificultades de acceso a la información en todos los aspectos de sus vidas. El desarrollo de la infancia con algún tipo de sordera está influenciado por múltiples factores, algunos de los cuales pueden influir en el desarrollo de algún trastorno mental. Es por ello que es necesario en la práctica clínica psicológica tener en cuenta estas causas y factores para un diagnóstico y tratamiento eficaz.

La presente revisión bibliográfica va a identificar desde la infancia cuáles son las causas y consecuencias de los problemas de salud mental en las personas adultas sordas, y cómo en base a ello, adaptar la práctica clínica. Esto permitirá conocer a fondo los factores que condicionan la práctica clínica psicológica con la persona sorda o con discapacidad auditiva.

Para empezar, esta revisión identifica las causas y tipos de la sordera, para centrarse en la sordera que sucede antes de la adquisición del lenguaje. Analizamos su impacto en el desarrollo neuropsicológico. Profundizamos en la privación del lenguaje y su importancia, analizando la interacción de esta condición con las condiciones ambientales y sociales que impactan negativamente en las personas sordas. Se resalta la manera en que la actitud social influye en la salud mental de las personas sordas, emocional o psicológicamente.

Posteriormente, se enumeran los problemas de salud mental detectados en las personas sordas y la problemática relacionada, como el diagnóstico del autismo, de la discapacidad intelectual y de los trastornos afectivos, entre los cuales se encuentran la depresión, la ansiedad y la baja autoestima. Por último, se recogen pautas, recomendaciones y buenas prácticas para la atención psicológica a los clientes con sordera o discapacidad auditiva para conseguir su accesibilidad al servicio con un diagnóstico y tratamiento adecuado.

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1. ¿Qué es la sordera?

La sordera es una condición compleja que tiene aspectos biológicos, médicos, pero también sociales y psicológicos. A nivel biológico, la sordera se define principalmente por el grado de pérdida auditiva medido en decibelios (dB). Con base en esto, Clark (1981) propuso la siguiente clasificación:

- Leve (Slight): pérdida de 16 a 25 dB
- Ligero (Mild): pérdida de 26 a 40 dB
- Moderado (Moderate): pérdida de 41 a 55 dB
- Moderadamente severa (Moderately severe): pérdida de 56 a 70 dB
- Severa (Severe): pérdida de 71 a 90 dB
- Profundo (Profund): pérdida superior a 91 dB

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2021), alrededor de 1.500 millones de personas en el mundo viven con algún grado de pérdida auditiva, y de estas, cerca de 430 millones requieren asistencia médica o rehabilitación para la pérdida auditiva. Antes del 2050, se estima que 2.500 millones de personas sufrirán esta afección y 700 millones de ellas necesitarán asistencia médica o rehabilitación. La OMS (2021) considera que una pérdida auditiva superior a 35 dB es una discapacidad. El 80% de las personas que tienen una discapacidad auditiva viven en países de ingresos bajos y medianos.

A pesar de esta alta incidencia de pérdida auditiva, las formas severas o profundas son más raras. Según algunas estimaciones (Fellinger, Holzinger y Pollard, 2012), siete de cada 10.000 individuos pertenecen a uno de estos grupos.

Hay dos tipos principales de sordera, conductiva y neurosensorial (Zahnert, 2011). La primera es una pérdida de audición debida a problemas en el oído externo o medio, como ocurre por ejemplo en el caso de una infección del oído medio. El segundo, por otro lado, es causado por una disfunción de la cóclea, el nervio coclear o

ambos. Mientras que el primero puede tratarse médica o quirúrgicamente, el segundo requiere intervenciones más complejas o sofisticadas, como un implante coclear.

Independientemente del tipo, la sordera puede tener numerosas causas. A partir del período en el que puede surgir la sordera, la OMS (2021) ha identificado las siguientes causas:

- Período prenatal: factores genéticos (hereditarios y no hereditarios), infecciones intrauterinas (rubéola, citomegalovirus).
- Período perinatal (perinatal): Asfixia al nacer (falta de oxígeno en el momento del nacimiento), hiperbilirrubinemia (ictericia severa en el período neonatal), bajo peso al nacer, otras morbilidades perinatales y su manejo.
- Infancia y adolescencia: infecciones crónicas del oído (otitis media supurativa crónica), acumulación de líquido en el oído (otitis media crónica no supurativa), meningitis y otras infecciones.
- Adultos y ancianos: enfermedades crónicas, tabaquismo, otosclerosis, degeneración neurosensorial relacionada con la edad, pérdida auditiva neurosensorial repentina.

Finalmente, es posible identificar las causas que pueden afectar a la audición a lo largo de la vida independientemente de la edad, por ejemplo: impactación del cerumen, traumatismo en el oído o la cabeza, ruidos fuertes, medicamentos ototóxicos, productos químicos ototóxicos relacionados con el trabajo, deficiencias nutricionales, infecciones virales y otras afecciones del oído, pérdida de audición genética de aparición tardía o progresiva.

Dependiendo del momento de la aparición de la sordera es importante distinguir entre la sordera prelocutiva, que afecta a las personas que son o quedan sordas antes de aprender un idioma, y la sordera postlocutiva, que afecta a las personas que se vuelven sordas después de aprender un idioma (Fellingner et al. 2012). Dado que la sordera prelocutiva impide la adquisición normal de un lenguaje oral, sus consecuencias sobre la persona van mucho más allá que la dificultad en la comunicación, como discutiremos más abajo en detalle. Los sordos prelocutivos a menudo adquieren una lengua visual, una lengua de signos, lo que les abre las puertas a comunidades culturales especiales

con las que se identifican. De ahí que se use el término Sordos, con mayúscula, para distinguirlos de los sordos que, aunque no oyen, son parte de la comunidad oyente en cuanto a identidad y cultura.

Finalmente, en el caso de la sordera prelocutiva, otra distinción importante es la que existe entre los niños sordos nacidos y criados en una familia oyente y los que nacen y se crían en una familia sorda.

En virtud de estas diferencias mencionadas previamente, cuando hablamos de personas con discapacidad auditiva nos referimos a un grupo muy heterogéneo. Por eso, existen muchos recursos diferentes que utilizan. Por ejemplo, los más habituales son la lectura labial, la lengua de signos, las prótesis auditivas (audífonos o implantes cocleares), y la transcripción en texto.

En esta revisión bibliográfica nos centramos principalmente en el caso de la sordera prelocutiva profunda con o sin uso de la lengua de signos. Sin embargo, muchos de los temas abordados pueden ser relevantes para todos los tipos de sordera.

La sordera puede tener un impacto negativo en la vida de las personas. Especialmente cuando las pérdidas auditivas no son reconocidas o cuidadas, las personas sordas pueden tener dificultades en términos de comunicación, sobre todo cuando la pérdida auditiva ocurre durante el período de adquisición del lenguaje o antes, porque entonces no desarrollan una competencia lingüística adecuada. La privación del lenguaje impide el adecuado desarrollo de habilidades cognitivas como la memoria, el razonamiento lógico y la resolución de problemas. También dificulta el desarrollo social y emocional, debido al aislamiento impuesto en el que suelen encontrarse las personas sordas en entornos no inclusivos. En términos educativos y laborales, muchas personas sordas no reciben una educación adecuada a su condición y, a menudo, ocupan puestos de trabajo más bajos que el resto de la población activa (OMS, 2021). Como podemos ver, muchos de estos problemas tienen su origen en la privación del lenguaje y, por lo tanto, se considerarán en la siguiente sección.

2.2. El impacto de la sordera prelocutiva en el desarrollo neuropsicológico

Si excluimos los casos en los que la sordera va acompañada de discapacidad intelectual u otro tipo de problemas de salud mental (Fellinger et al., 2012), la sordera puede afectar el desarrollo psicológico normal debido a la falta de estímulos auditivos y

al retraso (o falta total) en el aprendizaje del lenguaje. Como explican Fellingner et al. (2012), cuando no se estimula auditivamente en edades tempranas, el retraso en la asimilación del lenguaje se cree que influye negativamente en los ámbitos del procesamiento neurocognitivo, la memoria de trabajo auditiva y visual, la atención, inhibición, control, planificación, y la organización cognitiva y emocional. El problema del retraso en el aprendizaje del lenguaje, o bien llamado “privación del lenguaje” (Hall, 2017), es, por tanto, crucial para comprender cómo la sordera puede influir en el desarrollo psicológico normal del niño.

La exposición al lenguaje durante el período crítico, es también crucial para desarrollar una serie de conceptos que permiten dar sentido a la experiencia individual e interpersonal, que reciben el nombre de "teoría de la mente". La teoría de la mente es un esquema mental mediante el cual cada individuo logra comprender los pensamientos y sentimientos de otra persona, aunque estos no sean directamente accesibles para él. Gracias a su propia teoría de la mente, una persona es capaz de entender que la conducta de los demás es resultado de estados mentales, lo que le motiva a intentar comprenderlos y, por tanto, puede comprender, por ejemplo, que otra persona quiere o cree algo, o que otra persona está triste o feliz. El lenguaje, especialmente en su dimensión conversacional, es fundamental para el desarrollo de una teoría de la mente adecuada (Peterson y Siegal, 1995). Un niño en el período crítico puede desarrollar una teoría de la mente gracias a conversaciones sobre estados mentales. Por ello, es evidente que la privación del lenguaje implica el desarrollo de una teoría de la mente rudimentaria y limitada, en la que faltan conceptos adecuados sobre los estados mentales propios y ajenos por conversaciones de pobre contenido o nulas (Peterson y Siegal, 1995). La incapacidad para desarrollar conceptos adecuados sobre los estados mentales propios y ajenos en el período crítico es una de las razones básicas para la aparición de problemas mentales en las etapas adultas de la vida de una persona sorda (Hall, 2017).

La privación del lenguaje también afecta el desarrollo del cerebro del niño. En un estudio realizado por Cheng, Roth, Halgren y Mayberry (2019) se demostró que los niños sordos sometidos a privación del lenguaje desarrollan una alteración de la microestructura de la materia blanca, especialmente en el fascículo arqueado dorsal izquierdo (FA). Esto significa que la privación del lenguaje altera el desarrollo normal de los circuitos cerebrales y las estructuras neurolingüísticas, y esto tiene consecuencias

no solo a nivel lingüístico, sino también a nivel cognitivo y emocional, porque todo el desarrollo cerebral postnatal se ve comprometido por la privación del lenguaje. Como bien lo explica Hall (2017), cuando el cerebro no recibe un lenguaje accesible en un período de tiempo temprano concreto se produce un impacto decisivo e irrevocable en él y en su desarrollo saludable. Por el contrario, la exposición al lenguaje permite explotar la plasticidad neuronal y, por lo tanto, ofrece la oportunidad de desarrollar el cerebro a través de la experiencia y el aprendizaje (Cheng et al., 2019). Por lo tanto, la privación del lenguaje puede ser la causa de retrasos cognitivos y problemas de salud mental que pueden ocurrir en el resto de la vida de las personas sordas. La lengua de signos es, por tanto, un recurso fundamental para evitar la privación del lenguaje y favorecer el completo desarrollo cerebral y psicológico del niño:

“The lifelong consequences of language deprivation are too far-reaching, from early childhood to adulthood, to limit a deaf child’s time-sensitive language acquisition opportunities. Rather than focusing on auditory deprivation and speech skills, developmental approaches for deaf children should prioritize healthy, expected development of all developmental domains (e.g., cognitive, academic, socio-emotional) that comes with the guaranteed full acquisition of a fully accessible first-language foundation such as sign language.” (Hall, 2017).

“Las consecuencias a lo largo de la vida de la privación del lenguaje son de demasiado alcance, desde la primera infancia hasta la edad adulta, para reducir las oportunidades (limitadas a un cierto periodo temporal) de adquisición del lenguaje de un niño sordo. En lugar de centrarse en la privación auditiva y las habilidades del habla, los enfoques de desarrollo para niños sordos deben priorizar el desarrollo esperado y saludable de todos los dominios del desarrollo (por ejemplo, cognitivo, académico, socioemocional) que viene con la adquisición completa y garantizada de una primera lengua totalmente accesible, como el lenguaje de señas.” (Hall, 2017).

Hall, Levin y Anderson (2017) han adelantado la hipótesis de que la privación del lenguaje constituye un síndrome mental específico al que están expuestas las personas sordas, denominado “síndrome de privación del lenguaje”. Los factores característicos de este síndrome serían: trastornos del lenguaje, déficit de conocimientos y alteraciones en el pensamiento, el estado de ánimo y/o el comportamiento. Debido a la superposición de estos síntomas con algunas enfermedades mentales, la privación del

lenguaje puede llevar a hospitalizaciones por enfermedades mentales mal diagnosticadas. Muchos pacientes sordos parecen ser hospitalizados no por una enfermedad mental, sino por las diversas secuelas relacionadas con la privación del lenguaje (Hall et al., 2017).

Los mismos autores demuestran claramente que este síndrome tiene orígenes socioculturales. La privación del lenguaje que las personas sordas experimentan con frecuencia es un hecho social centrado en las elecciones de desarrollo que se tomaron durante su infancia. Estas elecciones de desarrollo, si van en la dirección de no aportar una experiencia de lenguaje utilizable para el niño sordo, aumentan drásticamente el riesgo de un efecto de "bola de nieve" en sus consecuencias sobre las habilidades cognitivas y sociales que, a su vez, aumentan la probabilidad de enfermedad mental (Hall et al., 2017). Las consecuencias de la privación del lenguaje son, por tanto, una mayor incidencia de problemas mentales en la población sorda y una menor calidad de vida. Un niño sordo criado en un mundo oyente tiene más posibilidades de sufrir traumas interpersonales. La privación del lenguaje tiene consecuencias obvias sobre el desarrollo social y emocional, que luego se reflejan en la autoestima (Fellinger, Holzinger, Sattel, Laucht y Goldberg, 2009). Además, en el caso de los hijos sordos de padres oyentes, es posible identificar una degradación de las relaciones familiares debido precisamente a los problemas de comunicación, con todas las consecuencias negativas que esto puede tener sobre el normal desarrollo psicológico del niño. El ámbito del lenguaje y comunicación doméstica es un factor esencial que influye en el bienestar psicosocial de la infancia sorda. Los niños y niñas sordas que no tienen una comunicación eficaz dentro de sus hogares se enfrentan a probabilidades cuatro veces mayores de tener trastornos de salud mental que los que se comunican eficazmente. Además, las dificultades de comunicación en el entorno escolar también se hacen notar y es común que sufran acoso escolar. Si se impulsa una buena comunicación lo antes posible, se podrán desarrollar recursos psicológicos más adaptativos y una adecuada calidad de vida percibida.

Está, por tanto, claramente establecido que la sordera es un factor de riesgo para el desarrollo psíquico normal del niño. Sin embargo, es importante señalar que no es la sordera en sí la que determina este riesgo, sino la interacción entre esta condición y una serie de circunstancias ambientales y sociales. Es decir, es necesario integrar el modelo médico-audiológico con el social. Todo lo dicho hasta ahora no demuestra que las

personas sordas no puedan aprender un lenguaje, sino tan solo que encuentran dificultades para aprender el lenguaje oral. Hay un tipo de lenguaje disponible para los niños sordos: las lenguas de signos. Estas utilizan el canal manual-visual, como la lengua de signos española (LSE) o la que se utilice en su país. En el estudio de Cheng et al. (2019) se ha demostrado que los niños sordos expuestos a la lengua de signos en el período crítico exhiben exactamente el mismo grado de desarrollo cerebral que los niños oyentes. Esto significa que la privación del lenguaje no es una condición que deban sufrir necesariamente los niños sordos. Por el contrario, la privación ocurre debido a factores sociales y a elecciones educativas basadas en el oralismo (Hall, 2017). Muy a menudo, los padres de niños sordos deciden no enseñar lengua de signos al niño porque consideran que será un obstáculo para el aprendizaje del lenguaje oral. Sin embargo, esta opinión no está respaldada por ninguna evidencia empírica y, de hecho, está arraigada en sesgos y prejuicios (Hall, 2017), dentro de una macroestructura social que fomenta la discriminación de colectivos minoritarios.

En algunos casos, desde el propio sistema familiar, los padres asumen su rol desde el conformismo o desde la sobreprotección porque no pueden subsanar la falta de comunicación en una lengua que no dominan ni aceptan (Saldarriaga, 2014). En ese contexto surge el síndrome de la mesa de comedor (en inglés DTS, “dinner table syndrome”) presente en muchas de las situaciones cotidianas que vive una persona sorda (Hauser, O’Hearn, McKee, Steider, & Thew, 2010). Este síndrome se refiere a que las personas sordas de nacimiento o por enfermedad temprana, que nacen en familias oyentes, viven situaciones desde la infancia en las que no pueden acceder al intercambio comunicativo espontáneo que surge alrededor de la comida familiar. Además de la imposibilidad de escuchar lo que se dice, intentar entender conversaciones utilizando la lectura labial se ve dificultado por muchos factores, como no respetar los turnos adecuados para una persona sorda, solapamiento de conversaciones, recibir explicaciones muy breves o respuestas de que se lo explicarán más tarde o por las interrupciones que se hacen entre sí los oyentes. Por estas razones, los sordos no pueden acceder al aprendizaje incidental o informal en sus hogares u otros contextos, sean escolares, sociales, como un viaje o en el patio de recreo. Este síndrome influye de forma negativa en las personas sordas, desarrollando unas menores habilidades lingüísticas y conocimientos generales o del mundo. La accesibilidad mediática consigue solo parcialmente paliar las consecuencias, puesto que es imposible

sustituir las conversaciones familiares (Hall, Smith, Sutter, DeWindt, & Dye, 2018), lo que les lleva a sentirse “desconectados” en su familias, provocando lazos familiares débiles. Desde la infancia, aprenden a dejar de participar en la conversación (Bodner-Johnson, 1991), marcharse antes de que finalice el evento, reír aunque no hayan entendido, decir que “sí” o “no” siguiendo la intuición y no porque hayan comprendido. Este tipo de conducta debe tenerse en cuenta durante el tratamiento de su salud mental, del cual hablaremos en profundidad más adelante

Los niños sordos son considerados a menudo como “personas con discapacidad auditiva” (Hall, 2017). Como hemos visto antes, la OMS considera una pérdida de audición superior a 35 dB una discapacidad. Sin embargo, la sordera debería verse como una "diversidad funcional", término propuesto por el Foro de Vida Independiente (Romañach y Lobato, 2005) para fomentar la dignidad en la diversidad humana. Es decir, una forma de funcionamiento diario diferente a la mayoría. Una de las cosas favorables que tiene el término “diversidad funcional” es poder reconocer que la discapacidad surge en un ámbito en el que no existen recursos adecuados para poder disponer del derecho y la oportunidad de participar en la sociedad y crecer personalmente.

Sin embargo, aunque reconozcamos la sordera como una “diversidad funcional”, es importante recordar al mismo tiempo las implicaciones que tiene el término “discapacidad” para proteger jurídicamente las situaciones de discriminación por discapacidad provocadas por la existencia de las limitaciones y barreras impuestas por una sociedad mayoritariamente oyente a las personas sordas (Medina-García, M., 2017). Si se cambia el término, hay riesgo de que se caiga en el olvido de proveer recursos y romper las barreras existentes. Mientras que socialmente es positivo cambiar el término a “diversidad funcional” porque hace ver a unos y otros como ciudadanos del mismo valor, legalmente es necesario ejercer el máximo cuidado en cuanto a cambios de terminología y asegurar recursos necesarios para la plena participación en la sociedad.

Solo en virtud de la interacción entre la condición médica de las personas sordas y los factores sociales y educativos del entorno circundante, la sordera se convierte en un factor de riesgo real para la aparición de problemas psicológicos en las personas sordas, tanto en niños como en adolescentes y adultos. Posteriormente, se pasará a revisar los problemas psicológicos que presentan una mayor incidencia en la población

sorda que en la oyente. Revisaremos también las dificultades que pueden surgir en el diagnóstico mismo de estos problemas en el caso de los sordos así como en el acceso al tratamiento y su desarrollo.

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS

La pregunta de investigación de esta revisión sistemática es conocer las condiciones de salud mental en las personas sordas. Para responder a esta pregunta, primero revisamos si las personas sordas tienen una mayor incidencia de problemas mentales que la población oyente y se identifican las posibles causas. A continuación, se estudian los servicios de salud mental para personas sordas a fin de conocer las limitaciones de las herramientas usadas para evaluar, diagnosticar y tratar a los clientes sordos. Finalmente, investigamos cómo es posible facilitar el acceso y aumentar la calidad de estos servicios de salud mental.

3.1. Objetivo general

- Analizar la literatura científica sobre los efectos de la sordera en la salud mental.

3.2. Objetivos específicos

- Identificar los problemas de salud mental en las personas sordas como consecuencia de la sordera.
- Determinar si los instrumentos utilizados para diagnosticar los problemas de salud mental en las personas sordas son los adecuados.

4. METODOLOGÍA DE REVISIÓN

4.1. Fuentes de información / bases de datos

En la presente revisión bibliográfica se ha optado por utilizar como fuentes de información diversas bases de datos, entre las cuales se encuentran MEDLINE, PubMed, Web of Science y Dialnet.

La base de datos de Web of Science cuenta con una serie de bases de datos de referencias bibliográficas y citas de diversas publicaciones periódicas que constan de

información desde el año 1900 hasta la actualidad. Esta base de datos incluye muchas otras bases de datos, incluida MEDLINE.

La base de datos de MEDLINE contiene más de 28 millones de referencias a artículos de revistas de ciencias de la vida con especialización en biomedicina. MEDLINE incluye literatura publicada desde 1966 hasta el presente y una cobertura seleccionada de literatura anterior a ese período. MEDLINE cubre la biomedicina y la salud, ampliamente definida para abarcar aquellas áreas de las ciencias de la vida, las ciencias del comportamiento, las ciencias químicas y la bioingeniería que necesitan los profesionales de la salud y otras personas que se dedican a la investigación básica y la atención clínica, la salud pública, el desarrollo de políticas de salud o afines actividades educacionales. Para buscar en la base de datos MEDLINE, se utilizó el motor de búsqueda PubMed.

Por último, Dialnet "es uno de los mayores portales bibliográficos del mundo, cuyo objetivo principal es dar mayor visibilidad a la literatura científica hispana. Se centra fundamentalmente en los ámbitos de las Ciencias Humanas, Jurídicas y Sociales, además se presenta como una herramienta fundamental para una búsqueda de información de calidad" (Dialnet, 2020).

4.2. Estrategia de búsqueda

Para realizar esta búsqueda se han utilizado búsquedas avanzadas en las anteriormente citadas bases de datos, con elaboradas ecuaciones de búsqueda en las cuales se han integrado una serie de descriptores con la compañía de "*" para ampliar más los términos. Los descriptores han sido: "deafness*", "hearing loss*", "hard of hearing*", "mental health*", "mental disorders*", "mental health service*", "access to mental health system*". Los descriptores se han combinado utilizando operadores booleanos tales como: AND, OR, NOT.

Todos los artículos seleccionados están indexados en la base de datos MEDLINE. Por esta razón, la estrategia de búsqueda utilizada en el motor de búsqueda PubMed, que se utiliza para buscar resultados en MEDLINE, se describe aquí. La búsqueda se hizo en inglés.

Se han utilizado diferentes ecuaciones de búsqueda, ya que en una única ecuación de búsqueda no se ha podido hallar toda la información pertinente al tema y a los subtemas tratados en la revisión bibliográfica.

La búsqueda se inició a través de una consulta genérica “deafness and mental health”. PubMed se vincula automáticamente a términos y subtítulos MeSH. Por tanto, la búsqueda de palabras clave equivale a: ("deafness"[MeSH Terms] OR "deafness"[All Fields] OR "deafnesses"[All Fields]) AND ("mental health"[MeSH Terms] OR ("mental"[All Fields] AND "health"[All Fields]) OR "mental health"[All Fields]). La búsqueda de identificación arrojó 603 resultados.

En una segunda búsqueda se utilizó la siguiente ecuación: ("deafness"[MeSH Terms] AND "mental disorders"[MeSH Terms] AND "surveys and questionnaires"[MeSH Terms] AND "psychology"[MeSH Major Topic]). Esta ecuación proporcionó un resultado de 118 artículos. Para refinar más la búsqueda, se aplicaron unos criterios de exclusión refinando con los siguientes filtros: Free full text (texto completo libre), Article (Artículos), 1980-2021 Date - Publication (Fecha de publicación), English (Inglés), Spanish (Español). Esto proporcionó un total de 89 resultados de 118 artículos, excluyendo 29 artículos, por estar relacionados con otra temática, como por ejemplo, la pérdida de audición o la psicopatología en las personas mayores. De los 89 artículos se procedió a la lectura del título y el resumen, resultando una selección de, en total, 5 artículos relevantes para la temática.

Para explorar aún más el campo, se realizaron otras búsquedas en las que se insertó un término aún más específico junto al término “sordera”, por ejemplo (“depression”[MeSH Terms]) y (accessibility, health services[MeSH Terms]).

En la tercera búsqueda realizada se utilizó la siguiente ecuación de búsqueda, con la inclusión del término “depression”, manteniendo los mismos filtros de exclusión aplicados: (("deafness"[MeSH Terms] AND "mental disorders"[MeSH Terms] AND "surveys and questionnaires"[MeSH Terms])) AND (depression)[MeSH Terms] AND ((ffrft[Filter]) AND (english[Filter] OR spanish[Filter]) AND (1980:2021[pdat])). Produjo 12 resultados, de los cuales se realizó la lectura del título y resumen. Después de ello, 10 quedaron descartados, por no estar relacionados con la temática, como la problemática en matrimonios o la pérdida de audición por edad en personas mayores. Finalmente, se seleccionaron 2 artículos.

En la cuarta búsqueda realizada se utilizó la siguiente ecuación de búsqueda con el término “accessibility”, además de los mismos filtros de exclusión aplicados: ((deafness[MeSH Terms]) AND (mental disorder[MeSH Terms])) AND (accessibility, health services[MeSH Terms] AND ((ffrft[Filter]) AND (english[Filter] OR spanish[Filter])) AND (1980:2021[pdat])). El resultado dio 13 artículos de los cuales se leyó el título y resumen, descartando 11 artículos, por tener poca relevancia con el tema a tratar. Se eligieron 2 de 13 artículos.

En la quinta búsqueda realizada se utilizó una nueva ecuación de búsqueda relacionada con el término “privación lingüística”, disponiendo siempre los mismos filtros de exclusión: (("deafness"[MeSH Terms] OR "deafness"[All Fields] OR "deafnesses"[All Fields]) AND ("language"[MeSH Terms] OR "language"[All Fields] OR "languages"[All Fields] OR "language s"[All Fields] AND ("deprivation"[All Fields] OR "deprivation"[All Fields] OR "deprivations"[All Fields] OR "deprive"[All Fields] OR "deprived"[All Fields] OR "deprives"[All Fields] OR "depriving"[All Fields])) AND ((ffrft[Filter]) AND (english[Filter] OR spanish[Filter]) AND (1980:2021[pdat])). Se extrajeron 83 artículos, de los cuales se revisaron el título y el resumen, concluyendo con el descarte de 81 artículos, por criterios de selección como descartar la pérdida auditiva por edad o investigaciones relacionadas con el implante coclear. Resultando en 2 artículos relevantes.

En la sexta búsqueda realizada se utilizó la siguiente ecuación de búsqueda relacionada con el término “autismo”, disponiendo siempre los mismos filtros de exclusión: (("deafness"[MeSH Terms] OR "deafness"[All Fields] OR "deafnesses"[All Fields]) AND ("autism s"[All Fields] OR "autisms"[All Fields] OR "autistic disorder"[MeSH Terms] OR ("autistic"[All Fields] AND "disorder"[All Fields]) OR "autistic disorder"[All Fields] OR "autism"[All Fields]) AND ("surveys and questionnaires"[MeSH Terms] OR ("surveys"[All Fields] AND "questionnaires"[All Fields]) OR "surveys and questionnaires"[All Fields])) AND (ffrft[Filter]) AND (1980:2021[pdat])). Se mostraron 9 artículos. Se realizó una lectura del título y resumen de cada uno de ellos, descartando 6 artículos por estar relacionados con otra temática distinta. El resto, 3 artículos, fueron interesantes para la temática.

En la sexta búsqueda realizada se utilizó una nueva ecuación de búsqueda relacionada con el término “discapacidad intelectual” con “personas con discapacidad

auditiva”, disponiendo siempre los mismos filtros de exclusión: (“persons with hearing impairments”[MeSH Terms] OR (“persons”[All Fields] AND “hearing”[All Fields] AND “impairments”[All Fields]) OR “persons with hearing impairments”[All Fields] OR “deaf”[All Fields]) AND (“intellectual disability”[MeSH Terms] OR (“intellectual”[All Fields] AND “disability”[All Fields]) OR “intellectual disability”[All Fields])) AND ((ffrft[Filter]) AND (english[Filter] OR spanish[Filter]) AND (1980:2021[pdat])). Resultaron 32 artículos, de los cuales se revisaron, se descartaron 30, por no ser relevantes para la evaluación y problemática existente entre la discapacidad intelectual y la sordera. Entonces quedaron 2 artículos.

En la séptima búsqueda realizada se utilizó una nueva ecuación de búsqueda relacionada con el término “personas con discapacidad auditiva” y “síndrome de la mesa de comedor” disponiendo siempre los mismos filtros de exclusión: (“persons with hearing impairments”[MeSH Terms] OR (“persons”[All Fields] AND “hearing”[All Fields] AND “impairments”[All Fields]) OR “persons with hearing impairments”[All Fields] OR “deaf”[All Fields]) AND (“meals”[MeSH Terms] OR “meals”[All Fields] OR “dinner”[All Fields] OR “dinners”[All Fields]) AND (“table”[All Fields] OR “tabled”[All Fields] OR “tables”[All Fields]) AND (“syndrom”[All Fields] OR “syndromal”[All Fields] OR “syndromally”[All Fields] OR “syndrome”[MeSH Terms] OR “syndrome”[All Fields] OR “syndromes”[All Fields] OR “syndrome s”[All Fields] OR “syndromic”[All Fields] OR “syndroms”[All Fields])) AND (ffrft[Filter]) AND (1980:2021[pdat])). Se obtuvo 1 resultado, un artículo que se consideró relevante tras la lectura del título y su resumen.

En la octava búsqueda realizada se utilizó una nueva ecuación de búsqueda relacionada con el término “sordera” e “infancia” disponiendo siempre los mismos filtros de exclusión:(“deafness”[MeSH Terms] OR “deafness”[All Fields] OR “deafnesses”[All Fields]) AND (“childhood”[All Fields] OR “childhoods”[All Fields])) AND ((ffrft[Filter]) AND (english[Filter] OR spanish[Filter]) AND (1980:2021[pdat])). Se obtuvieron 332 resultados con los filtros aplicados, de los cuales se eliminaron 329 artículos por ser de mayor interés especialmente la accesibilidad en la comunicación familiar durante una infancia con sordera y fueron considerados relevantes 3 artículos.

En la base de datos de Web of Science Core Collection, la ecuación de búsqueda fue la siguiente: “deafness” (All Fields) and mental health (All Fields), resultando en

4.172 resultados. Para refinar, se hicieron dos búsquedas avanzadas; la selección por categoría “Psychology” y la delimitación de cronología de la fecha de publicación 1980-01-01 a 2021-01-01. Se obtuvieron 237 resultados de los cuales se revisaron con la lectura de su título y resumen y se descartaron 225 por la duplicación de algunos artículos, además de no ser relevantes para la temática. Se eligieron 12 artículos relevantes.

En Dialnet se utilizaron diferentes términos de búsqueda, como lengua de signos, BDI, sordera, salud mental, persona sorda. Se obtuvieron en total 18 artículos, refinando con: texto completo y país España, con resultado de 10 documentos. Se descartaron 4 artículos, por no tratarse adecuados a la temática y se consideraron relevantes 6.

Finalmente, nuestra búsqueda ha obtenido un total de 38 documentos válidos, sin embargo, tras un último cribado de información necesaria para nuestra revisión se han seleccionado 9 artículos para el análisis de información. Los 9 artículos, son considerados idóneos para la revisión por su carácter empírico y por la posibilidad de analizar los resultados de las evidencias con la evaluación que se realiza acerca de la temática tratada en esta revisión. El flujo del proceso de selección se indica en la Figura 1.

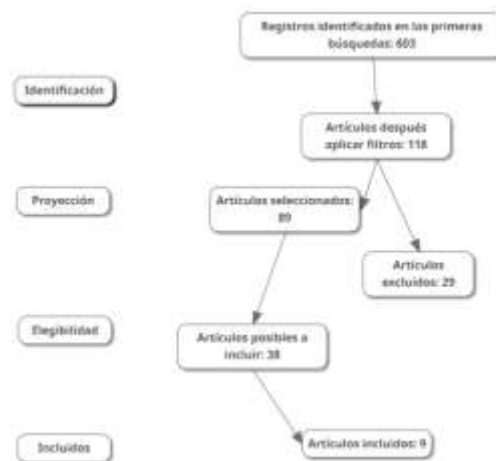


Figura 1.- Diagrama de flujo del proceso de selección.

4.3. Criterios de selección

Como criterios de selección se ha tenido en cuenta artículos científicos cuantitativos, cualitativos, y mixtos, los cuales han sido seleccionados en función del

idioma, es decir, se han escogido artículos en inglés y en español. Dentro de las ecuaciones de búsqueda hemos delimitado la búsqueda a aquellos publicados entre el año 1980 y el año 2021.

Para poder llevar a cabo la selección de los artículos se ha tenido en cuenta, en primer lugar, la lectura del título, y en segundo lugar, el resumen, con el fin de saber si el texto contenía información relevante para esta revisión sistemática. Además, se tuvo en cuenta tanto el número de citas como el número de veces que se citó el estudio.

En la selección de los artículos se dio prioridad a los artículos que tratan sobre la sordera severa o profunda, y se descartaron los resultados relacionados con las pérdidas auditivas a menudo leves que, por ejemplo, pueden ocurrir en la vejez. Además, se dio prioridad a los artículos que tratan de la relación entre sordera y salud mental en niños y adolescentes frente a adultos.

En general, se eligieron durante la lectura del título y del resumen aquellos artículos que tratan de discapacidad y salud mental, discapacidad auditiva / sordera y salud mental, atención en salud mental a las personas con discapacidad auditiva o personas sordas, dificultades de acceso a la atención en salud mental en el sistema de salud / salud mental, problemas de salud mental detectados en las personas sordas, tests adaptados, privación lingüística, recursos, tratamientos, seguimientos existentes para la atención en salud mental de las personas sordas, variable género en salud mental de las personas sordas.

Se excluyeron artículos relacionados con la pérdida de audición en personas mayores, las causas y consecuencias de la pérdida de audición por edad en personas mayores, las enfermedades mentales relacionadas con la pérdida de audición por edad en personas mayores, y la proliferación del estrés en matrimonios con uno de los cónyuges con pérdida de audición por edad e investigaciones con el implante coclear.

(Tabla 1: Análisis de los artículos seleccionados en la revisión)

Tabla resumen de los artículos seleccionados en la revisión

Nº	Autor	Año	Tema	Tamaño de la muestra	Resultados principales	Método	Técnica
1	Fellinger, J., Holzinger, D., Dobner, U., Gerich, J., Lehner, R., Lenz, G., y Goldberg, D.	2005	Estudio sobre la incidencia de problemas de salud mental en un grupo de personas sordas en Alemania.	n = 236	La muestra de sordos tiene una calidad de vida significativamente más pobre que la población general para los dominios físico y psicológico ($p < 0.01$) según lo medido por el WHOQOL-BREF. Sin embargo, en el dominio de las relaciones sociales, no se demostró ninguna diferencia significativa ($p = 0,19$). Todos los hallazgos con el GHQ-12 y el BSI muestran niveles mucho más	Cuantitativo	Cuestionarios

					altos ($p = 0.01$) de angustia emocional entre los sordos.		
2	de Graaf, R., y Bijl, R. V.	2002	Estudio sobre los determinantes de la salud mental entre los adultos con deficiencias auditivas graves en los Países Bajos, con especial referencia a la diferencia entre sordera prelocutiva y poslocutiva.	n = 523	De los hombres con sordera prelocutiva y postlocutiva, el 27,1% y el 27,7%, respectivamente, informaron de angustia mental, y entre las mujeres estas cifras fueron del 32,4% y 43,2%. Estas tasas son superiores a las de la población general (hombres: 22,0%; mujeres: 26,6%).	Cuantitativo	Entrevistas
3	Kvam, M. H., Loeb, M., y Tambs, K.	2007	Estudio sobre la incidencia de problemas de ansiedad y depresión en un grupo de personas sordas en comparación con la población	n = 42,815 (Tamaño muestra oyente)	Los encuestados sordos mostraron significativamente más síntomas de problemas de salud mental que los encuestados oyentes. Mientras	Cuantitativo	Cuestionarios

			oyente en Noruega.	n = 431 (Tamaño muestra con sordera)	que el 1%, 4%, 2% de los participantes oyentes informan síntomas graves de ansiedad y depresión o angustia mental respectivamente, en el grupo de sordos estos porcentajes son 10%, 21% y 20%, respectivamente.		
4	Eizaguirre, N.O., Rodríguez, V.P., Pardo, E.S., Rivas, A.F y González Torres, M.A.	2014	Análisis de la actualidad en la atención al paciente sordo en España y de las especificidades generales que se deben tener en cuenta en la evaluación de su psicopatología	n = 31 (pacientes atendidos) n = 187 (consultas)	Descripción de las características generales del paciente sordo y análisis de las patologías mentales prevalentes y posibles causas.	Mixto	Análisis de experiencia clínica
5	Theunissen,	2011	Estudio de los niveles de	n = 83	Los niños con discapacidad	Cuantitativo	Cuestionarios

	S. C., Rieff, C., Kouwenberg, M., Soede, W., Briare, J. J. y Frijns, J. H.		síntomas depresivos en un grupo de niños sordos en comparación con un grupo de control oyente en los Países Bajos y en la parte de habla holandesa de Bélgica	(Tamaño muestra con sordera) n = 117 (Tamaño muestra oyente)	auditiva informaron más síntomas depresivos que los niños con audición normal. La prevención y el tratamiento de la depresión en los niños con discapacidad auditiva podrían centrarse en el uso adecuado de estrategias de afrontamiento, ya que cuyas estrategias tienen una relación directa con el nivel de depresión.		
6	Hall, W. C., Smith, S. R., Sutter, E. J., DeWindt, L. A., & Dye, T., 2018	2018	Estudio sobre “dinner table syndrome” (DTS) realizado en Estados Unidos.	n = 211	Se predijo el recuerdo de accesibilidad de los adultos sordos a la comunicación familiar indirecta en la infancia dependiendo de la condición auditiva de los padres. Con padres oyentes, aumentaba la	Cuantitativo	Cuestionarios

					probabilidad en 17,6 veces de que los adultos sordos informasen de un acceso limitado a la comunicación familiar indirecta en la infancia. No había ningún otro factor predictor sociodemográfico o específico de los sordos.		
7	Steinberg A., Barnett S., Meador H.E, Wiggins E. y Zazove P.	2006	Estudio sobre la experiencia y percepción de las personas sordas sobre los servicios de salud mental que utilizan. Estudio realizado en tres ciudades de Estados Unidos.	n = 91	Se detectaron varias dificultades de comunicación. El miedo, la desconfianza y la frustración fueron prominentes en las descripciones de los participantes de los encuentros de atención médica. Las experiencias positivas se caracterizaron por la presencia de intérpretes certificados con	Cualitativo	Entrevistas, Enfoque de grupo

					<p>experiencia médica, profesionales de la salud con habilidades en lengua de signos, y profesionales que hicieron un esfuerzo por mejorar la comunicación. Algunos participantes creían que los profesionales de la salud deberían aprender más sobre los aspectos socioculturales de la sordera.</p>		
8	<p>Fellinger, J., Holzinger, D., Sattel, H., Laucht, M. y Goldberg, D.</p>	2009	<p>Estudio realizado en Alemania sobre los factores relacionados con la alta tasa de trastornos de salud mental observados en personas con problemas de audición, incluidos los factores sociales</p>	n = 95	<p>Las tasas de prevalencia puntual y de por vida para cualquier trastorno psiquiátrico (32,6%; 45,3%) y depresión (7,4%; 26,3%) fueron más altas que en las muestras de población general y no se relacionaron con</p>	Cuantitativo	<p>Cuestionarios, entrevista clínica</p>

			y las medidas audiológicas.		el grado de pérdida auditiva. Hubo una relación entre tener un diagnóstico de por vida y la capacidad del niño para ser comprendido dentro de la familia (25,6% vs 7,7%, razón de posibilidades 4,12 [1,2-14,1], p = 0,02). Los trastornos de internalización de la salud mental eran entre tres y seis veces más probables en aquellos que habían sido objeto de burlas, maltratados por compañeros de clase o aislados.		
9	Werngren-Elgström, M., Dehlin, O. y	2003	Estudio sueco sobre la calidad de vida relacionada con la salud, expresada como bienestar subjetivo y la	n = 109	Los encuestados calificaron su bienestar subjetivo bastante alto. La proporción de encuestados que mostraban síntomas	Cuantitativo	Cuestionarios

	Iwarsson, S.		prevalencia de síntomas depresivos e insomnio, entre personas mayores con sordera prelocutiva que utilizan la lengua de signos. Se realizaron comparaciones con personas mayores oyentes.		depresivos leves fue del 31%. Casi tres cuartos (73%) de los encuestados sufrían de insomnio. Hubo una correlación sustancial entre el insomnio y los síntomas depresivos ($r = 0.66$, $P < 0.001$) y entre insomnio y menor bienestar subjetivo ($r = 0.67$, $P < 0.001$).		
--	--------------	--	---	--	---	--	--

5. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

5.1. Problemas de salud mental detectados en las personas sordas

La sordera en sí misma no causa problemas conductuales, emocionales o cognitivos, ni trastornos psicológicos o psiquiátricos (Gentili y Holwell, 2011). Esta condición, sin embargo, representa un factor de riesgo de tal manera que las personas sordas tienen una mayor incidencia de problemas o trastornos psicológicos (de Graaf y Bijl, 2012; Fellingner, Holzinger, Dobner, Gerich, Lehner, Lenz y Goldberg, 2005; Kvam, Loeb y Tambs, 2007). En el estudio realizado por Fellingner et al. (2005), por ejemplo, se encontró que un grupo de 256 personas sordas adultas de la comunidad sorda austriaca tenían una calidad de vida generalmente más baja en términos psicológicos o psiquiátricos que el grupo de control (oyentes). De manera similar, un estudio realizado por de Graaf y Bijl (2012) demuestra una incidencia significativamente mayor de problemas psicológicos en la población sorda que en las personas oyentes equivalentes. Otro estudio (Kvam et al., 2007) confirma que las personas sordas tienen un mayor riesgo de desarrollar problemas como ansiedad y depresión que la población oyente. Por tanto, aunque no existen trastornos conductuales, emocionales, cognitivos u otro tipo de psicopatologías específicas de las personas sordas (Fellingner et al., 2012), la incidencia de estos problemas es mayor que en la población oyente. En el resto de esta sección revisamos algunos de los problemas psicológicos o psiquiátricos que más afectan a las personas sordas con el fin de determinar si, y en qué medida, tienen una mayor incidencia en la población sorda que en las personas oyentes.

5.1.1. Trastornos del desarrollo

5.1.1.1. Trastornos del espectro autista

Los trastornos del espectro autista se refieren a un conjunto de trastornos complejos del desarrollo neurológico que afectan la forma en que funciona el cerebro de un niño. Los efectos de estos trastornos en el cerebro se traducen en tres comportamientos específicos: 1) déficits sociales; 2) dificultades de comunicación; y 3)

patrones de comportamiento repetitivos y estereotipados (Newschaffer et al., 2007). Según el estudio de Jure, Rapin y Tuchman (1991), la incidencia de trastornos del espectro autista es significativamente mayor (del 2 al 4%) en las personas sordas que en las oyentes.

Sin embargo, estos hallazgos deben tomarse con precaución debido a algunas dificultades inherentes al diagnóstico de autismo en niños sordos: los niños sordos pueden mostrar las mismas características que los autistas, como retraso en el aprendizaje del lenguaje, privación total del lenguaje, exclusión social, déficits educativos, etc. Pero lo hacen por diferentes motivos. Esto produce una doble dificultad: por un lado, es posible que la presencia de estas características lleve a un diagnóstico de autismo cuando en realidad este no es el caso. Por otro lado, puede suceder que no sea posible diagnosticar correctamente el autismo porque la presencia de esas características se atribuya a otras causas y no al autismo en sí (Szymanski, Brice, Lam y Hotto, 2012).

Por estas razones, es necesario desarrollar métodos de diagnóstico del autismo específicos para niños sordos. Además de las tres características ya mencionadas, Szymanski y Brice (2008) han sugerido los siguientes indicadores para diagnosticar el autismo en niños sordos: 1) contacto visual deficiente; 2) dificultad para hacer expresiones faciales; 3) dificultad para mirar en la misma dirección de la cuidadora; 4) dificultad para cambiar rutinas; y 5) intereses obsesivos. Gracias a estas técnicas de diagnóstico mejoradas, fue posible determinar que el número de niños sordos y autistas estaba sobreestimado en estudios previos, incluido el de Jure et al. (1991). En resumen, es necesaria una mayor cautela al abordar el tema y desarrollar herramientas de diagnóstico y metodológicas más apropiadas para esta población.

5.1.1.2. Discapacidad intelectual

Las discapacidades intelectuales son formas de desarrollo psíquico interrumpido o incompleto con capacidades adaptativas y funcionales deterioradas que ocurren durante el período evolutivo (Zeldin, 2021). Los niños y pacientes con diversos grados de discapacidad intelectual suelen presentar una o más de las siguientes condiciones: 1) retraso en el desarrollo del lenguaje; 2) retraso en las habilidades de adaptación (alimentación, cuidado de la higiene, cuidado de la propia seguridad); 3) retraso en procesos cognitivos como memoria, resolución de problemas, razonamiento lógico; 4)

habilidades sociales deficientes que resultan en una falta de interés en los juegos con compañeros de edad; 5) alteraciones del comportamiento, como temperamento difícil, hiperactividad, alteraciones del sueño, agresión, falta de atención, comportamientos repetitivos y estereotipados (Zeldin, 2021). Las discapacidades intelectuales a menudo se diagnostican mediante pruebas de coeficiente intelectual (CI) con una puntuación por debajo de 70.

La condición de las personas sordas a menudo se ha asociado con formas de discapacidad intelectual (Van Naarden, Decoufl y Caldwell, 1999). Incluso en este caso, sin embargo, el diagnóstico de este tipo de problemas no es fácil porque puede superponerse con otros problemas como la privación del lenguaje, el aislamiento social, etc. Además, las pruebas de inteligencia de CI se diseñan muy a menudo para la población oyente, por lo que el riesgo de falsos positivos es alto. Una persona sorda, de hecho, podría tener una puntuación inferior a 70, no porque padezca discapacidad intelectual, sino porque la prueba no está calibrada según sus necesidades. Evidentemente, puede darse el caso de que una persona sea sorda y con discapacidad intelectual, por ejemplo, como consecuencia de infecciones intrauterinas como la rubéola, que pueden provocar ambas (Fellinger et al., 2012). Se requiere, por tanto, una reflexión sobre la necesidad de servicios diferenciados de diagnóstico y salud mental para las personas sordas, a lo que volveremos más adelante.

En los casos en los que es posible constatar la coexistencia de sordera y discapacidad intelectual, esta coexistencia expone a las personas sordas a un mayor riesgo de problemas psiquiátricos (Sinkkonen, 1994). Finalmente, los niños con ambas condiciones (sordera y discapacidad intelectual) están más expuestos al abuso emocional, físico y sexual (Knutson, Johnson y Sullivan, 2004).

5.1.2. Trastornos afectivos

Los trastornos afectivos incluyen problemas como ansiedad, depresión y trastornos del estado de ánimo. También en este caso hay una mayor incidencia en la población sorda y, en particular, en niños y adolescentes (Hindley, 2005). Con referencia a lo dicho en el apartado 5.1., la sordera no puede considerarse una causa directa de estos problemas. Sin embargo, las consecuencias sociales de la sordera como la privación del lenguaje, las malas relaciones familiares, el estigma y la exclusión

social, son factores que favorecen la mayor incidencia de estos problemas en la población sorda.

5.1.2.1. Depresión

Según los criterios del DSM-IV, los trastornos depresivos son enfermedades mentales caracterizadas por una profunda y persistente sensación de tristeza y anhedonia. Uno de los principales factores que conducen a la aparición de problemas depresivos son los problemas de afrontamiento o la incapacidad para responder y reducir las consecuencias de eventos emocionalmente negativos.

Un estudio de Theunissen, Rieff, Kouwenberg, Soede Briare y Frijns (2011) muestra que los niños sordos tienen más síntomas de depresión que los niños oyentes, afectando por igual a niños y niñas. En contra de lo que podría parecer esperable, estos autores observaron que los niños sordos que asisten a escuelas e instituciones especiales tienen una mayor incidencia de síntomas depresivos que los niños sordos que asisten a escuelas con niños oyentes. Esto puede deberse a que la asignación del alumnado al tipo de escuela se suele realizar según su rendimiento escolar y modalidad de aprendizaje y comunicación. Por ello, el alumnado asignado a escuelas o instituciones especiales puede tener ya unas dificultades importantes de comunicación en la sociedad. Esto refuerza la idea de que la aparición de problemas de salud mental en personas sordas no está directamente relacionada con la sordera, sino más bien con factores ambientales y sociales que hacen de esta condición una fuente de riesgo para el desarrollo de problemas mentales. Expresado por el autor:

“It is presumed that the higher prevalence of depression in HI (i.e., hearing impaired) children may stem from communicative barriers within a hearing world, different etiologies of hearing loss, and experiences related to stigma and discrimination.” (Theunissen et al., 2011, p. 1316).

“Se presume que la mayor prevalencia de depresión en niños DA (i.e., discapacitados auditivos) puede deberse a barreras comunicativas dentro de un mundo

oyente, diferentes etiologías de pérdida auditiva y experiencias relacionadas con el estigma y la discriminación.” (Theunissen et al., 2011, p. 1316).

Se han observado resultados similares para las personas mayores sordas (Werngren-Elgström, Dehlin y Iwarsson, 2003). En este estudio, realizado a través de entrevistas en lengua de signos con personas sordas prelocutivas, se demostró que muchos síntomas de depresión son más comunes en las personas mayores sordas que en las personas con restos auditivos. Esto también va acompañado de una mayor incidencia de trastornos del sueño y, en particular, insomnio. Sin embargo, estos síntomas no corresponden a una percepción subjetiva de tener peor calidad de vida en las personas sordas que en las personas oyentes.

5.1.2.2. Ansiedad y autoestima

Los fenómenos de privación del lenguaje, aislamiento comunicativo, estigma y exclusión social son la base de una mayor incidencia de problemas de ansiedad en niños (Bat-Chava y Martin, 2003) y en adultos sordos (Kvam et al., 2007). Estos están directamente relacionados con niveles más bajos de autoestima en los sordos que en la población oyente. Los niños sordos, en particular, son más vulnerables a estos problemas debido a una comprensión limitada del mundo que los rodea y las dificultades de comunicación que encuentran, especialmente cuando se ubican en contextos oyentes, en los que la sensación de aislamiento se refuerza aún más. Según Bat-Chava (1993), hay tres factores que pueden tener un impacto positivo o negativo en los problemas de ansiedad y autoestima en los niños sordos:

- Actitud de los padres: cuando los padres intentan comprender los problemas relacionados con la sordera de sus hijos de manera positiva, esto tiene un impacto positivo en los niveles de autoestima y reduce los problemas de ansiedad. Cuando esto no sucede, ocurre lo contrario.
- Comunicación clara: la posibilidad de una comunicación clara tiene un impacto positivo en la reducción de la ansiedad y los problemas de autoestima.
- Participación en la comunidad sorda: cuando los niños, e incluso los adultos, participan activamente en la comunidad sorda, pueden desarrollar una competencia

lingüística más avanzada, desarrollar un fuerte sentido de pertenencia y comprender mejor su lugar en el mundo. Todo esto tiene un impacto positivo en la reducción del riesgo de ansiedad y baja autoestima.

5.2. Evaluación

La evaluación de la salud mental de un cliente se realiza con el fin de producir un diagnóstico y proponer un tratamiento para la solución del problema. En virtud de lo dicho en la primera parte, la evaluación de los pacientes sordos es particularmente difícil (Morere, Dean y Mompresoer, 2019).

Uno de los principales problemas encontrados es el del lenguaje, que representa un obstáculo en dos aspectos. Primero, porque el idioma de la evaluación a menudo no coincide con el idioma nativo del cliente sordo. Esto es especialmente relevante en los casos de personas sordas cuya lengua materna es la lengua de signos, o aquellas que tuvieron privación lingüística y no dominan nativamente ninguna lengua, y/o personas con una comprensión limitada de elementos abstractos que se preguntan en las herramientas de evaluación. Existen pocas herramientas de evaluación y pruebas en lengua de signos y, muy a menudo, tienen una circulación muy limitada (Estrada, Delgado, y Beyebach, 2010). Incluso cuando la evaluación se realiza en lengua de signos, se requiere una comprensión profunda de la estructura de estos idiomas para una evaluación correcta. Las personas sordas que utilizan lengua de signos, de hecho, pueden dar la impresión errónea de estar agitadas (Fellinger et al., 2012). Además, la impresión de que el paciente se cierra o parece ansioso podría ser una reacción al miedo a la mala comunicación con el médico y no un síntoma de trastorno mental (Fellinger et al., 2012). Finalmente, hay que tener en cuenta que en la lengua de signos, las expresiones faciales no solo representan emociones, sino que también tienen una función lingüística específica. Si esto no se tiene en cuenta, el significado de las expresiones faciales puede confundirse y, por lo tanto, perjudicar la evaluación (Fellinger et al., 2012).

Un segundo problema relacionado con el lenguaje, como se vio anteriormente, es que los pacientes sordos pueden tener habilidades lingüísticas limitadas, lo que puede conducir a errores en la evaluación y, por lo tanto, en el diagnóstico. Este problema es particularmente relevante en entornos psiquiátricos, donde las deficiencias en el lenguaje pueden confundirse con síntomas de psicosis o enfermedad mental. Glickman

(2008, citado en Morere et al., 2019) menciona que incluso médicos con un buen conocimiento de la cultura sorda pueden confundirlos.

Además, las habilidades lingüísticas deficientes no deben confundirse con síntomas de discapacidad intelectual (Fellinger et al., 2012). Conocer estos aspectos que caracterizan la condición de una persona sorda es, por tanto, fundamental para realizar una correcta evaluación.

Para superar el problema del idioma en contextos en el que el profesional no domine la lengua de signos es posible recurrir a la ayuda de un intérprete. Según Steinberg, Barnett, Meador, Wiggins y Zazove (2006), el uso de intérpretes tiene un impacto generalmente positivo en la experiencia clínica del paciente sordo y ayuda a crear un clima de colaboración y confianza. El mismo estudio también informa que los pacientes evaluados con la ayuda de un intérprete acceden a los servicios de salud mental con mayor facilidad y voluntad, y siguen el tratamiento prescrito con mayor precisión.

Sin embargo, incluso esta práctica tiene sus problemas. En primer lugar, la intervención de un intérprete cambia la dinámica de la relación médico-paciente, creando un intermediario que puede convertirse en un filtro de la relación médico-paciente. En segundo lugar, dado el contexto especializado en el que se desarrolla la interpretación, es necesario que el propio intérprete esté especializado en salud mental y que el intérprete y el médico sepan cooperar (Morere et al., 2019). Finalmente, en el caso de las personas culturalmente sordas, no basta con que el intérprete conozca la lengua de signos, sino que también es necesario que tenga un conocimiento profundo de la cultura sorda para evitar malas interpretaciones. Los valores de las personas culturalmente sordas pueden diferir de los de los oyentes, un comportamiento normal en la cultura sorda puede considerarse incorrecto o inapropiado en otro contexto, y los médicos e intérpretes que no son de la cultura sorda pueden confundirlo con síntomas de una enfermedad. Todo ello dificulta su evaluación y un diagnóstico preciso (Morere et al. 2019). Estos autores concluyen que es preciso una comprensión del impacto de la sordera y su cultura cuando seleccionemos, administremos e interpretemos las pruebas.

En virtud de lo anterior, es necesario adecuar la evaluación a la condición y necesidades de las personas sordas. Al respecto, Fellinger et al. (2012) han recopilado

esta lista de buenas prácticas sobre cómo interactuar con pacientes sordos, que vale la pena mencionar en su totalidad (Fellinger et al., 2012):

- Pregunte al paciente su enfoque comunicativo preferido. Si es lengua de signos, colabore con un profesional con dominio alto en la lengua de signos o con un intérprete cualificado.
- Involucre al paciente cálida y directamente, con contacto visual frecuente y durante tanto tiempo como sea posible. Avise cuando necesite interrumpir el contacto visual y cambiar la dirección de la mirada, por ejemplo, al ordenador.
- Tenga en cuenta la eficacia limitada y la fatiga de la lectura labial. Agregue elementos visuales al discurso, por ejemplo, gestos, escribir notas, dibujos y otras ayudas visuales.
- Al hablar, asegúrese de que el paciente tenga la mejor visión posible de su rostro. Asegúrese de que hay una buena iluminación y no se ponga enfrente de una fuente de luz (por ejemplo, una ventana o lámpara), para evitar la molestia que produce ver a contraluz.
- Al hablar, use un lenguaje simple y oraciones cortas. Hable a una velocidad natural y con volumen. Dé ejemplos claros y concretos y evite términos demasiado generales y vagos, o excesivamente técnicos.
- Evite comentarios simultáneos a otras personas durante la evaluación de un paciente sordo. Comunicar primero, luego actuar.
- Evite interrumpir hablando oralmente a otras personas mientras mantienen una conversación en lengua de signos.
- Acepte que una buena comunicación con los pacientes sordos requiere más tiempo del que necesita con pacientes oyentes. Planifique visitas prolongadas a los pacientes debido a la gran dificultad de comunicación con ellos y a la necesidad de educarles en muchas de las cosas sobre las que se les va a informar.

- Verifique la comprensión. Pídale al paciente que resuma los puntos esenciales. No pregunte a un paciente si lo entendió, porque asentir con la cabeza podría no significar comprensión.

Finalmente, Morere et al. (2019) han elaborado una tabla de factores, así como Eizaguirre et. al. (2014) enumeró una lista de aspectos distintivos a tener en cuenta en una entrevista clínica, que deben incluirse en un informe psicológico de una persona sorda con el fin de realizar una valoración lo más completa posible que permita llegar a un diagnóstico correcto y desarrollar un tratamiento adecuado. La Tabla 2 recoge las recomendaciones más importantes de ambos estudios.

Tabla 2: Factores a incluir en el informe.

Contenido del informe	Factores a tener en cuenta
Etiología	<ul style="list-style-type: none"> - Motivo de la sordera (Si fue durante la gestación por alguna enfermedad infecciosa en la madre, o debido a un daño hipóxico perinatal, traumático, etc.) - Edad del paciente en el momento del diagnóstico - Modo de diagnóstico
Grado de pérdida auditiva	<ul style="list-style-type: none"> - Recoger los resultados de las pruebas audiométricas - Determinar los decibelios - Estimar la funcionalidad de los restos auditivos. - Averiguar si es estable, fluctuante o en declive
Discapacidades asociadas	<ul style="list-style-type: none"> - Anotar e investigar la presencia / ausencia de la sordera cuando la causa de la sordera aumenta el riesgo de enfermedades adicionales. - Atender específicamente cuando son causas congénitas que afectan a otros sistemas además de la audición (Sd.

	Usher, Sd. Alport, etc.)
Prótesis auditivas	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar si usa alguna prótesis auditiva - Conocer su actitud acerca del tema - Duración y estabilidad en el uso
Modalidad de comunicación	<ul style="list-style-type: none"> - Preguntar su modalidad preferida - Conocer todas las modalidades que domina - Establecer la edad cuando dominó alguna modalidad - Saber la modalidad utilizada y duración de cada en el hogar y en la escuela - Evaluar su fluidez en las modalidades utilizadas
Historia de crianza	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar la presencia de algún miembro en la familia con sordera o discapacidad auditiva. - Saber la reacción de los padres al conocer la sordera - Patrón de comunicación familiar (efectiva, parcial o nula)
Historia educativa	<ul style="list-style-type: none"> - Anotar el tipo de escolarización (colegio de sordos, de integración, de educación especial, etc.) - Aclarar algún uso de servicio adicional (logopedia, apoyo escolar particular, etc.) - Precisar si se cubrieron sus necesidades educativas especiales en el centro escolarizado. (Servicio de intérprete de lengua de signos, apoyo educativo curricular, logopedia, etc.) - Determinar la modalidad de escolarización (apoyo en el aula, aula independiente, mixto, etc.) - Comprobar la calidad comunicativa con el entorno y el sentimiento de pertenencia/aislamiento en el colegio - Definir su nivel educativo

<p>Nivel de aceptación de la sordera</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Valorar la autoaceptación de la sordera del propio paciente - Descubrir la actitud de su entorno a su sordera
<p>Participación en la comunidad sorda</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Averiguar si se relaciona con otras personas sordas - Saber si participa en actividades ofrecidas por las asociaciones de personas sordas de su zona
<p>Comunicación accesible para la evaluación</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aclarar la modalidad de comunicación utilizada en la evaluación - Conocer la receptividad de ambos (profesional-cliente) - Determinar si la comunicación es directa (en lengua de signos, oral o bimodal) o indirecta (a través de un intérprete de lengua de signos, transcripción subtitulada a tiempo real, etc.) - Verificar la cualificación del profesional que se comunique con el cliente (Nivel de lengua de signos del profesional clínico o el del intérprete de lengua de signos y el nivel de conocimiento de la cultura sorda.)
<p>Selección de test y administración</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Todas las modificaciones y acomodaciones deben ser declaradas - Evaluar previamente las habilidades en comprensión lectora y expresión escrita. - Dependiendo de sus habilidades en el idioma, seleccionar tests adecuados. (P. ej. tests que limitan el impacto del lenguaje) - Tener en cuenta diferencias culturales y experiencias en los tests (P. ej. ítems que hagan referencia a instrumentos musicales o máquinas sonoras)

5.3. Acceso y tratamiento

Como se ve, en la fase de evaluación es posible detectar numerosas barreras lingüísticas y culturales que dificultan la experiencia del paciente sordo en el contexto de los servicios de salud mental. Lo mismo puede decirse del acceso y el tratamiento. Varios estudios han demostrado una desigualdad en el acceso y la calidad de los servicios de salud mental para las personas sordas (Fellinger et al., 2012; Vernon y Leigh, 2007). Por un lado, los pacientes sordos tienen mayores dificultades para acceder a los servicios de salud mental, a pesar de que padecen más estos problemas. Por otro lado, los servicios a los que pueden acceder son de menor calidad y, a menudo, no brindan tratamientos adaptados que, en cambio, están disponibles para la población oyente (Fellinger et al., 2012). Esto ocurre, en gran medida, por la falta de profesionales que tengan una formación adecuada en psicología y que, al mismo tiempo, tengan un conocimiento profundo de los aspectos médicos, psicológicos y sociales que caracterizan la sordera (Vernon y Leigh, 2007). Las dificultades de acceso y la mala calidad están relacionadas, además, con una ausencia casi total de instalaciones y servicios dedicados específicamente a las personas sordas. En España, por ejemplo, solo hay dos, uno en la capital del país, Madrid, la Unidad de Salud Mental y Sordera (USMS) del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM). El segundo en el área de Bizkaia, País Vasco, la Unidad de Psiquiatría del Hospital de Basurto (Eizaguirre, Rodríguez, Pardo, Rivas y González Torres., 2014). A todo esto hay que añadir la escasa disponibilidad de intérpretes especializados en el sector de la salud mental (Vernon y Leigh, 2007). Finalmente, incluso cuando están disponibles, estos servicios son particularmente costosos y esto constituye una barrera adicional para la accesibilidad (Vernon y Leigh, 2007). Todo esto significa que muchas personas que necesitan acceder a los servicios de salud mental con mucha frecuencia no pueden e, incluso cuando lo necesitan, se enfrentan a un servicio de mala calidad, en el que el problema no se puede abordar adecuadamente y en el que el riesgo de un diagnóstico erróneo es particularmente alto, con todas las consecuencias negativas que esto puede tener para la vida del paciente sordo.

Un estudio realizado en tres ciudades de Estados Unidos (Steinberg et al., 2007) analizó con detalle el tema del acceso a los servicios de salud mental, centrándose en particular en la experiencia y percepción de 91 personas sordas a través de entrevistas.

Aunque el estudio es geográficamente limitado, sus resultados son interesantes y, probablemente, pueden generalizarse a otras regiones del mundo.

Uno de los primeros problemas que planteaban los pacientes sordos es la mala comunicación con el médico. La lectura de labios es uno de los métodos de comunicación más utilizados en estos contextos, pero plantea muchos problemas. En algunos casos, existen barreras físicas que impiden la lectura de labios, como el uso de una mascarilla. Además, para los nativos de la lengua de signos, una larga conversación sobre temas especializados como la salud mental puede ser un desafío debido a las diferencias estructurales y sintácticas entre la lengua de signos y el lenguaje oral. El mismo problema ocurre cuando se usa la comunicación escrita.

Como ya se mencionó, el uso de un intérprete aumenta la calidad de la experiencia del paciente sordo. Nuevamente, existen limitaciones. La multiplicación de figuras dentro del contexto clínico puede generar miedo y confusión en el cliente sordo, anulando el efecto positivo de la presencia del intérprete. Este es aún más el caso cuando no es un intérprete profesional. Además, cuando el intérprete es un miembro de la familia surgen importantes problemas de privacidad que hacen que la experiencia sea mala. Por estos motivos, es importante que el intérprete tenga formación médica para maximizar el beneficio producido por su presencia. Los pacientes sordos informan de una mayor satisfacción cuando el propio médico domina la lengua de signos y conoce bien los aspectos sociales y culturales asociados a la sordera. En estos casos, la experiencia del paciente sordo se acerca, en términos de calidad, a la de los pacientes oyentes. En general, el estudio muestra que en todas las descripciones de los participantes se mencionaron dificultades de comunicación, sentimientos de miedo, desconfianza y frustración. En casos en los que se implicaban aspectos legales, muchos no se defendieron personalmente y reconocieron su escaso conocimiento de sus derechos. Se mencionó además, por parte de algunos participantes, la necesidad de que el colectivo médico-profesional tuviese conocimientos socioculturales de las personas sordas. Cuando reportaban experiencias positivas fue cuando se disponía de intérpretes cualificados con experiencia médica, profesionales sanitarios con conocimientos en lengua de signos y profesionales que se esforzaron por mejorar la comunicación.

6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La sordera es una condición compleja que, en su forma de discapacidad con una pérdida auditiva superior a 35 dB, afecta aproximadamente al 5% de la población mundial (OMS, 2021). La sordera severa o profunda es mucho menos común, pero aún afecta a un número significativo de personas en todo el mundo, alrededor de 7 millones.

La importancia de esta revisión radica en ofrecer una perspectiva más amplia sobre el tema de la sordera y la salud mental, combinando el modelo médico-audiológico con un modelo social y psicológico. De hecho, no basta simplemente con establecer que hay una mayor incidencia de problemas de salud mental en la población sorda, sino que es necesario cuestionar sus posibles causas. Solo a partir del conocimiento de las causas, es posible pensar y desarrollar estrategias de atención y tratamiento adecuadas a la condición de las personas sordas. Los problemas de salud mental en las personas sordas son el resultado de la intersección entre esta condición médica y los factores sociales, ambientales y educativos desfavorables para las personas sordas. Dado que la sordera es, en la mayoría de los casos, una condición irreversible, es necesario intervenir precisamente sobre factores sociales y educativos que, a diferencia de la sordera, pueden modificarse y adaptarse a las necesidades de las personas sordas.

Uno de los objetivos específicos de esta revisión bibliográfica fue analizar la relación entre sordera y salud mental, e identificar los problemas de salud en el niño y en las personas mayores como consecuencia de la sordera. Al respecto, se han analizado una serie de estudios que reconocen unánimemente una mayor incidencia de problemas de salud mental en la infancia y adultez sorda. Problemas como depresión, ansiedad, baja autoestima, trastornos del desarrollo o discapacidad intelectual, todos tienen una mayor incidencia en las personas sordas que en la población oyente. Estas conclusiones puramente médicas se han integrado, al mismo tiempo, en un contexto más amplio que considera la sordera en su dimensión sociocultural. Por este motivo, nos centramos en el problema de la privación del lenguaje y su impacto en el desarrollo neuropsicológico del niño. Sin embargo, la sordera en sí misma no puede considerarse la causa de este fenómeno y, por tanto, de sus consecuencias negativas. Los niños sordos, de hecho, están expuestos a un mayor riesgo de privación del lenguaje porque su desarrollo se da en contextos familiares, educativos y sociales inadecuados a sus necesidades, en los que el uso del lenguaje oral impide que el niño comprenda el mundo que lo rodea. La lengua de signos, a veces considerada erróneamente ligada a un retraso del aprendizaje de la

lengua oral, y el uso de ayudas tecnológicas auditivas, son elementos clave para evitar la privación del lenguaje y asegurar un adecuado desarrollo cerebral y psicológico.

Otro objetivo de esta revisión bibliográfica fue determinar si los instrumentos utilizados en la práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de problemas de salud mental en las personas sordas son los adecuados. En este sentido, primero se encontraron datos de algunos estudios que demuestran una disparidad en el acceso a los servicios de salud mental para las personas sordas. Esto es aún más significativo si consideramos el hecho, ya mencionado anteriormente, de que las personas sordas tienen una mayor incidencia de problemas de salud mental que la población oyente. Además de los problemas relacionados con el acceso, se reflejó la necesidad de adaptar las herramientas de evaluación a los métodos de diagnóstico y tratamiento de las personas sordas. Por ejemplo, se han demostrado algunas dificultades que la condición de sordera puede crear para un correcto diagnóstico de autismo o discapacidad intelectual, y los posibles tratamientos que se pueden utilizar. Finalmente, nos enfocamos en la importancia del uso de la lengua de signos, el uso de expertos cualificados, un mayor conocimiento de los aspectos socioculturales de la sordera en entornos clínicos.

En conjunto, esta revisión de la literatura proporciona un análisis del tema de la sordera y la salud mental, y permite la identificación de posibles soluciones que se pueden implementar para promover el acceso equitativo a los servicios de salud mental para las personas sordas y una evaluación y tratamiento adecuados para abordar de manera más eficaz la alta incidencia de problemas de salud mental en las personas sordas.

7. APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS Y BENEFICIOS ESPERADOS

- Que los doctores comprendan que lo más importante en el tratamiento de un niño o una niña sorda es el desarrollo de una lengua nativa o materna, porque ello tiene repercusión en su desarrollo neuropsicológico, cognitivo y emocional. Como se vio, la privación del lenguaje puede conducir al desarrollo de trastornos mentales y problemas psiquiátricos. Al mismo tiempo, se ha demostrado que la etiología de este síndrome se debe a factores socioculturales. Por ello, es deseable intervenir sobre estos factores para reducir la incidencia de la privación del lenguaje y sus

consecuencias negativas, a fin de asegurar un adecuado desarrollo neuropsicológico, cognitivo y emocional de los niños sordos.

- Subrayar la importancia de la intervención temprana con las familias oyentes con hijos/as sordos/as para prevenir síndromes mencionados previamente puedan impactar en su desarrollo. Como el síndrome de la mesa de comedor (DTS) y sus consecuencias como la disminución de habilidades lingüísticas y conocimientos generales o del mundo.

- Adaptar la práctica clínica, el diagnóstico y el tratamiento al cliente sordo o con discapacidad auditiva teniendo en cuenta todos los factores mencionados anteriormente que básicamente se reducen a uno: la eliminación de las barreras comunicativas. Como informan varios estudios, existen desigualdades en el acceso y en la calidad de los servicios de salud mental para las personas sordas. A pesar de la mayor incidencia de problemas mentales en las personas sordas, estas tienen menos acceso a los servicios necesarios para el tratamiento de estos problemas, y muy a menudo no encuentran servicios especializados adaptados a sus necesidades. El beneficio esperado es la eliminación de las barreras comunicativas, mediante la utilización de personal que conozca la lengua de signos, pautas de comunicación generales adaptadas, intérpretes cualificados y médicos conscientes de los aspectos socioculturales de la sordera.

- Los tests de evaluación del coeficiente intelectual realizados oralmente y por escrito pueden proporcionar resultados de diagnóstico erróneo de discapacidad intelectual, como se explicó previamente. Sucede igual en los casos de autismo y privación lingüística, debido a una superposición entre algunas características comunes del cliente sordo y los síntomas de algunos trastornos mentales. Todo ello fundamenta la necesidad de adaptar y desarrollar herramientas de diagnóstico, cribado y evaluación adecuadas para personas sordas y/o con discapacidad auditiva.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Nota: se han indicado con asterisco (*) los artículos analizados en la Tabla 1.

- Bat-Chava, Y. (1993). Antecedents of Self-Esteem in Deaf People: A Meta-Analytic Review. *Rehabilitation Psychology*, 38(4), 221–234.
<https://doi.org/10.1037/h0080303>
- Bat-Chava, Y. y Martin, D. (2003). Negotiating Deaf-Hearing Friendships: Coping Strategies of Deaf Boys and Girls in Mainstream Schools. *Child: Care, Health and Development*, 29(6), 511-21. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2214.2003.00371.x>
- Bodner-Johnson, B. (1991). Family Conversation Style: Its Effect on the Deaf Child's Participation. *Exceptional Children*, 57(6), 502-9.
<https://doi.org/10.1177/001440299105700604>
- Cheng, Q., Roth, A., Halgren, E. y Mayberry, R. I. (2019). Effects of early language deprivation on brain connectivity: Language pathways in deaf native and late first-language learners of American Sign Language. *Frontiers in Human Neuroscience*, 13(320), 1-12. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2019.00320>
- Clark J. G. (1981). Uses and abuses of hearing loss classification. *ASHA American Speech-Language-Hearing Association (ASHA)*, 23(7), 493-500.
- *de Graaf, R. y Bijl, R. V. (2002). Determinants of mental distress in adults with a severe auditory impairment: differences between prelingual and postlingual deafness. *Psychosomatic Medicine*, 64(1), 61-70.
<https://doi.org/10.1097/00006842-200201000-00009>
- *Eizaguirre, N.O., Rodríguez, V.P., Pardo, E.S., Rivas, A.F y González Torres, M.A. (2014). Experiencias en salud mental y sordera: una perspectiva desde la puesta en marcha de una unidad. *Norte de Salud Mental*, 12(48), 73-78.
- Estrada, B., Delgado, C. y Beyebach, M. (2010). Beck Depression Inventory-II in Spanish sign language. *International Journal of Hispanic Psychology*, 3(1), 25–46.
- Fellinger, J., Holzinger, D. y Pollard, R. (2012). Mental health of deaf people. *Lancet*, 379(9820), 1037-1044. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61143-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61143-4)

- *Fellinger, J., Holzinger, D., Dobner, U., Gerich, J., Lehner, R., Lenz, G. y Goldberg, D. (2005). Mental distress and quality of life in a deaf population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(9), 737-742.
<https://doi.org/10.1007/s00127-005-0936-8>
- *Fellinger, J., Holzinger, D., Sattel, H., Laucht, M. y Goldberg, D. (2009). Correlates of mental health disorders among children with hearing impairments. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 51(8), 635-641.
<https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2008.03218.x>
- Gentili, N. y Holwell, A. (2011). Mental health in children with severe hearing impairment. *Advances in Psychiatric Treatment: The Royal College of Psychiatrists' Journal of Continuing Professional Development*, 17(1), 54-62.
<https://doi.org/10.1192/apt.bp.109.006718>
- Hall, W. C. (2017). What you don't know can hurt you: The risk of language deprivation by impairing sign language development in deaf children. *Maternal and Child Health Journal*, 21(5), 961-965. <https://doi.org/10.1007/s10995-017-2287-y>
- Hall, W. C., Levin, L. L., & Anderson, M. L. (2017). Language deprivation syndrome: a possible neurodevelopmental disorder with sociocultural origins. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 52(6), 761–776.
<https://doi.org/10.1007/s00127-017-1351-7>
- *Hall, W. C., Smith, S. R., Sutter, E. J., DeWindt, L. A., & Dye, T. (2018). Considering parental hearing status as a social determinant of deaf population health: Insights from experiences of the "dinner table syndrome". *PloS one*, 13(9), e0202169.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202169>
- Hauser, P. C., O'Hearn, A., McKee, M., Steider, A., & Thew, D. (2010). Deaf epistemology: Deafhood and deafness. *American annals of the deaf*, 154(5), 486-492. <https://doi.org/10.1353/aad.0.0120>
- Hindley, P. A. (2005). Mental health problems in deaf children. *Current Paediatrics*, 15(2), 114–119. <https://doi.org/10.1016/j.cupe.2004.12.008>

- Jure, R., Rapin, I. y Tuchman, R. F. (1991). Hearing-impaired autistic children. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 33(12), 1062-1072.
<https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.1991.tb14828.x>
- Knutson, J. F., Johnson, C. R. y Sullivan, P. M. (2004). Disciplinary Choices of Mothers of Deaf Children and Mothers of Normally Hearing Children. *Child Abuse & Neglect*, 28(9), 925–937. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.04.005>
- *Kvam, M. H., Loeb, M. y Tambs, K. (2007). Mental health in deaf adults: symptoms of anxiety and depression among hearing and deaf individuals. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 12(1), 1-7. <https://doi.org/10.1093/deafed/enl015>
- Medina-García, M. (2017). La educación inclusiva como mecanismo de garantía de la igualdad de oportunidades y no discriminación de las personas con discapacidad. Una propuesta de estrategias pedagógicas inclusivas. (Tesis doctoral). Universidad de Jaén, España. Recuperado 30 de noviembre de 2021 de <http://ruja.ujaen.es/jspui/handle/10953/896>
- Morere, D. A., Dean, P. M. y Mompremoer, L. (2019). Mental Health Assessment of Deaf Clients: Issues with Interpreters use and Assessment of Person with Diminished Capacity and Psychiatric Populations. *JADARA*, 42(4), 241-58.
- Newschaffer, C. J., Croen, L. A., Daniels, J., Giarelli, E., Grether, J. K., Levy, S. E., Mandell, D. S., Miller, L. A., Pinto-Martin, J., Reaven, J., Reynolds, A. M., Rice, C. E., Schendel, D. y Windham, G. C. (2007). The epidemiology of autism spectrum disorders. *Annual Review of Public Health*, 28(1), 235-258.
<https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.28.021406.144007>
- OMS (2021). Deafness and hearing loss. (s. f.). Who.int. Recuperado 24 de noviembre de 2021 de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>
- Peterson, C. C. y Siegal, M. (1995). Deafness, conversation and theory of mind. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 36(3), 459-474.
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1995.tb01303.x>
- Romañach, J. y Lobato, M. (2005). Diversidad funcional, nuevo término para la lucha por la dignidad en la diversidad del ser humano. Recuperado en 26 de noviembre

de 2021 de http://forovidaindependiente.org/wp-content/uploads/diversidad_funcional.pdf

- Saldarriaga Bohórquez, C. C. (2014). Personas sordas y diferencia cultural, representaciones hegemónicas y críticas de la sordera. Recuperado en 26 de noviembre de 2021 de <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/52064>
- Sinkkonen, J. (1994). Hearing Impairment, Communication and Personality Development: Depression in Hearing-Impaired Children. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 75(10), 1313–1317.
- *Steinberg A., Barnett S., Meador H.E., Wiggins E. y Zazove P. (2006). Health Care System Accessibility: Experiences and Perceptions of Deaf People. *Journal of General Internal Medicine*, 21(3), 260–266. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00340.x>
- Szymanski, C. A., Brice, P. J., Lam, K. H. y Hotto, S. A. (2012). Deaf children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(10), 2027-2037. <https://doi.org/10.1007/s10803-012-1452-9>
- Szymanski, C. y Brice, P. (2008). When Autism and Deafness Coexist in Children: What Do We Know Now. *Odyssey: New Directions in Deaf Education*, 9(1), 10–15.
- *Theunissen, S., Rieff, C., Kouwenberg, M., Soede Briare, W. y Frijns J. (2011). Depression in hearing-impaired children. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 75(10), 1313-7. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2011.07.023>
- Van Naarden K., Decoufl, P. y Caldwell, K. (1999). Prevalence and characteristics of children with serious hearing impairment in metropolitan Atlanta, 1991–1993. *Pediatrics*, 103(99), 570–75. <https://doi.org/10.1542/peds.103.3.570>
- Vernon M. y Leigh IW (2007). Mental health services for people who are deaf. *American Annals of the Deaf*, 152(4), 374–81. <https://doi.org/10.1353/aad.2008.0005>

*Werngren-Elgström, M., Dehlin, O. y Iwarsson, S. (2003). Aspects of quality of life in persons with pre-lingual deafness using sign language: subjective wellbeing, ill-health symptoms, depression and insomnia. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 37(1), 13-24. [https://doi.org/10.1016/s0167-4943\(03\)00003-7](https://doi.org/10.1016/s0167-4943(03)00003-7)

Zahnert, T. (2011). The differential diagnosis of hearing loss. *Deutsches Arzteblatt International*, 108(25), 433-443. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2011.0433>

Zeldin, A. S. (2021). Intellectual Disability. Recuperado en 16 de noviembre de 2021 de <https://emedicine.medscape.com/article/1180709-overview>