



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Enfermedades mentales en adultos con deficiencia auditiva

Autor

Javier Martínez Castellón

Director

José Antonio Salvador Oliván

Facultad de Medicina
2009-2015

Resumen

Objetivos

El objetivo general del estudio consiste en analizar la relación entre la deficiencia auditiva y la presencia de trastornos mentales.

Como objetivos adicionales se plantea identificar los trastornos mentales más frecuentes en la población con deficiencia auditiva, así como analizar la posible relación entre el grado de deficiencia auditiva y tipo de sordera con los trastornos mentales.

Material y Métodos

El estudio realizado fue de tipo observacional y transversal. La población estuvo formada por los pacientes con deficiencia auditiva y enfermedad mental del Hospital San Jorge de Huesca. Se extrajo una muestra de la población a estudio de 20 pacientes con deficiencia auditiva y enfermedad mental. Posteriormente se recogieron variables relacionadas con la deficiencia auditiva (grado y tipo de sordera), el tipo de enfermedad mental (ansiedad, depresión, psicosis, deterioro cognitivo) y variables sociodemográficas (edad, sexo y antecedentes familiares). Por último se realizó un análisis estadístico de las variables para poder contrastar los resultados con los observados en la literatura.

Resultados y Conclusiones

La enfermedad mental más frecuentemente encontrada fue la ansiedad. Es posible que la sintomatología ansiosa sea la más frecuente dentro de las personas con deficiencia auditiva.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grado de deficiencia auditiva y el tipo de sordera con los trastornos mentales. La ansiedad fue el trastorno mental más frecuente dentro de los pacientes con sordera moderada. Entre los pacientes con un grado de deficiencia severo las patologías más frecuentemente encontradas fueron la depresión y la ansiedad. En todos los tipos de sordera (conductiva, neurosensorial, prelocutiva y postlocutiva) la ansiedad fue el trastorno mental más frecuente, seguido de la depresión.

Abstract

Objectives

The general objective of the study is to analyze the relationship between hearing loss and the presence of mental disorders.

As additional objectives, it is proposed to identify the most common mental disorders in the population with hearing impairment, and to analyze the possible relationship between the degree of hearing impairment and deafness type of mental disorders.

Methods

The study was observational and transversal. The population consisted of patients with hearing impairment and mental disease at San Jorge Hospital in Huesca. A sample of the population was extracted study of 20 patients with hearing impairment and mental illness. Later the variables related hearing impairment (degree and type of hearing loss), the type of mental illness (anxiety, depression, psychosis, cognitive impairment) and sociodemographic variables (age, gender and family history) were collected. Finally a statistical analysis of the variables in order to compare the results with those observed in the literature was conducted.

Results and Conclusions

The most frequently found mental illness was anxiety. It is possible that anxiety symptoms were the most common in people with hearing impairment.

No statistically significant differences between the degree of hearing impairment and the type of deafness with mental disorders were found. Anxiety was the most frequent mental disorder in patients with moderate deafness. Among patients with a degree of severe deficiency, the most frequently encountered pathologies were depression and anxiety. In all types of hearing loss (conductive, sensorineural, pre-lingual and post-lingual), anxiety was the most common mental disorder, followed by depression.

Palabras clave

“Deficiencia auditiva”, “sordera”, “enfermedad mental”, “depresión”, “ansiedad”, “psicosis”, “deterioro cognitivo”.

Keywords

"Hearing impairment", "deafness", "mental illness", "depression", "anxiety", "psychosis", "cognitive impairment".

Índice

1. Justificación	4
2. Introducción	4
2.1. Deficiencia auditiva	4
2.1.1. Conceptos previos y terminología	4
2.1.2. Clasificación	5
2.1.3. Etiología	6
2.2. Enfermedades mentales	7
2.2.1. Depresión	7
2.2.2. Psicosis	8
2.2.3. Ansiedad	10
2.2.4. Deterioro cognitivo	10
2.3. Relación entre sordera y enfermedad mental	11
2.3.1. Perspectiva sociocultural	11
2.3.2. Psicopatología	12
2.3.3. Barreras comunicativas	13
2.3.4. Estudios de asociación y prevalencia	14
2.3.5. Psicosis y deficiencia auditiva	15
2.3.6. Depresión y ansiedad en las personas con deficiencia auditiva	16
2.3.7. Deterioro cognitivo y deficiencia auditiva	17
3. Objetivos	17
4. Material y Métodos	17
5. Resultados y Discusión	19
5.1. Características principales de la muestra	19
5.2. Relación entre sordera y enfermedad mental	21
5.3. Limitaciones	23
6. Conclusiones	23
7. Bibliografía	24

1. Justificación

Hasta la fecha son todavía muy pocos los estudios que analizan el impacto que la deficiencia auditiva puede tener sobre la salud mental. En la mayoría de ellos se considera a la sordera como un factor de riesgo para el desarrollo de patología mental. Sin embargo, y dada la condición heterogénea de la población sorda, son muchos los factores que pueden modular esta patogenia. Por ejemplo, el tipo de sordera, el tipo de patología mental o el grado de deficiencia auditiva, son algunos de los aspectos que no deben ser obviados la hora de estudiar a esta población.

Siendo un tema tan poco estudiado, sobre todo en nuestro país, no es de extrañar que el manejo psiquiátrico de las personas con deficiencia auditiva sea un área en desarrollo. En este estudio se pretende profundizar en el conocimiento de la relación entre la deficiencia auditiva y las enfermedades mentales, y aplicarlo a una población hospitalaria.

2. Introducción

2.1. Deficiencia auditiva

2.1.1. Conceptos previos y terminología

El umbral de audición es la intensidad mínima de un sonido capaz de impresionar el oído humano. Aunque no siempre este umbral sea el mismo para todas las frecuencias que es capaz de percibir nuestro oído, es el nivel mínimo de un sonido para que logre ser percibido. Este valor normal se sitúa entre 0 dB y 25 dB.¹

Por ejemplo, un sonido con 15-30 dB correspondería a una conversación "en tono muy bajo". Entre 30-40 dB estaríamos hablando del volumen que, aproximadamente suele tener una conversación normal. Un sonido de 70-80 dB se corresponde con un grito fuerte, y entre 90-100 dB es el volumen de una orquesta o una explosión cercana.²

Siguiendo la terminología de la OMS³ sobre discapacidad, cuando existen trastornos o disminuciones en el funcionamiento auditivo se debe hablar de deficiencia auditiva, entendida como una capacidad disminuida que dificulta la percepción de las dimensiones del sonido. Sin embargo, una cierta deficiencia auditiva es habitual en muchas personas (especialmente con la edad), y no supone un gran problema. Sólo cuando esta pérdida auditiva afecta de manera significativa la vida de la persona y necesita utilizar ayudas especiales, se habla de discapacidad auditiva.

Así, al hablar de discapacidad auditiva hacemos referencia a una pérdida de capacidad sensorial en la que el individuo necesita de ayuda constante para la comunicación diaria y/o tiene seriamente afectada su capacidad de aprendizaje lingüístico.⁴

Dentro del término general de deficiencia auditiva se suele distinguir entre dos términos. Hablamos de hipoacusia cuando la audición es deficiente, pero permanece cierta capacidad que es útil para la percepción del lenguaje oral y de los sonidos

ambientales. Sin embargo, se suele emplear el término sordera cuando existe una audición residual imperceptible, que imposibilita la percepción del lenguaje oral y de los sonidos ambientales incluso con la presencia de dispositivos de ayuda.⁴⁻⁶

Es importante destacar que la separación entre hipoacusia y sordera es complicada de establecer ya que no existe un criterio objetivo para decir cuándo estamos ante un problema y cuando ante otro.⁴ En el presente trabajo y debido a que, en muchas ocasiones estos dos términos se usan indistintamente en las diferentes escalas y estudios revisados hasta la fecha, utilizaremos de igual manera estos dos términos, salvo en aquellas ocasiones en las que se especifique claramente las acepciones concretas en cada caso.

2.1.2. Clasificación

Los diferentes grados y tipos de sordera, así como el momento de aparición de la misma, condicionan una gran heterogeneidad en el conjunto de personas sordas. De esta forma se hace imprescindible acotar a la población a la hora de abordar cualquier tema relacionado con este colectivo.⁷

Una pérdida auditiva puede ser clasificada en función a diversos criterios. Entre ellos, cabría destacar la intensidad de la pérdida auditiva, la localización de la lesión responsable de la sordera, y el momento de aparición de la misma, tanto desde un punto de vista cronológico como en relación al periodo de adquisición del lenguaje.

Atendiendo a la intensidad de la pérdida auditiva se establecen cinco grupos (Tabla 1). Una sordera leve correspondería a una pérdida de entre 25 y 40 dB, siendo esta pérdida unilateral o bilateral, según el número de oídos afectados. Asimismo, se habla de una hipoacusia moderada cuando existe una pérdida auditiva de entre 41 y 70 dB. Se considera que una sordera es profunda cuando existe más de 90 dB de pérdida auditiva. La anacusia o cofosis es la ausencia total de audición. Es un problema muy poco frecuente, ya que incluso en las sorderas profundas se mantienen unos mínimos restos auditivos.⁴

Tabla 1. Grados de deficiencia auditiva según la magnitud de la pérdida auditiva según la BIAP (Bureau International d'Audiophonologie)⁸

Grado de pérdida auditiva	Magnitud de la pérdida auditiva (dB)
Leve	Entre 25 y 40
Moderada	Entre 41 y 70
Severa	Entre 71 y 90
Profunda	>90
Total (Anacusia o Cofosis)	Ausencia de resto auditivo

En cuanto al momento de aparición del déficit auditivo, atendiendo a la adquisición del lenguaje, es importante diferenciar:

- a) Sordera prelocutiva o prelingual: Aquella que aparece antes de la adquisición del lenguaje.^{4,6,10}

- b) Sordera perilocutiva: Se denomina así a la que ocurre en el periodo inicial de adquisición del lenguaje (que correspondería, de forma general, desde los 2 a los 4-5 años).^{4,6,10}
- c) Sordera postlocutiva o postlingual: Aquella que se instaura después de que las adquisiciones lingüísticas fundamentales estén consolidadas.^{4,6,10}

En España, cerca del 2% de las personas con discapacidad auditiva presentan una sordera prelocutiva.⁹

En función de la localización de la lesión responsable de la deficiencia auditiva se pueden clasificar en:

- a) Sordera de transmisión o conductiva: Es aquella en la que se alteran los normales mecanismos de transmisión del sonido, en ese oído. Así la hipoacusia de transmisión puede estar justificada por una alteración del oído externo, del tímpano, de la caja del tímpano o de la cadena de huesecillos.^{6,10}
- b) Sordera de percepción o neurosensorial. Es aquella en la que se alteran los normales mecanismos de percepción del sonido, en ese oído. En este caso pueden estar lesionados la cóclea, el nervio auditivo, los núcleos y vías auditivos, etc. Este tipo de hipoacusia es el característico de procesos tales como la presbiacusia, la sordera brusca, la sordera laboral, el síndrome de Menière, el neurinoma del acústico, etc.^{6,10}
- c) Cuando existe una asociación de sorderas de transmisión y percepción se habla de sorderas mixtas.^{6,10}

2.1.3. Etiología

Dentro de las etiologías de la alteración sensorial encontramos que, en España, más de la mitad son producidas por enfermedades adquiridas.⁹ Según la OMS³, éstas pueden ser:

- Enfermedades infecciosas, como por ejemplo la meningitis, el sarampión o la parotiditis, que pueden provocar una pérdida de audición principalmente en la infancia, aunque también pueden ocasionarla en la edad adulta.
- Uso de fármacos ototóxicos a cualquier edad.
- Presbiacusia o pérdida de audición, relacionada con el envejecimiento, que se debe a una degeneración de las células sensoriales.
- Otitis crónicas.
- Exposiciones al ruido excesivo.
- Traumatismos craneoencefálicos.

Por su parte, las causas congénitas son responsables del 4,2 % de las deficiencias auditivas en España.⁹

Actualmente se estima que aproximadamente un 60% de las sorderas prenatales tienen un origen genético.¹⁰ En éstas, el patrón de herencia es autosómico recesivo en el 80% de casos, autosómico dominante en el 18%, y recesivo ligado al X en sólo el 2% de pacientes.

Las sorderas genéticas o hereditarias, suelen presentarse aisladas en un 75% de los casos y asociadas a alteraciones de otros órganos, formando parte de un cuadro sindrómico, en el 25% restante.

2.2. Enfermedades mentales

En el presente trabajo nos centraremos exclusivamente en el estudio de cuatro enfermedades mentales:

- Depresión
- Psicosis
- Ansiedad
- Deterioro cognitivo

Para su estudio nos basaremos en los dos sistemas de clasificación de enfermedades psiquiátricas que se utilizan en todo el mundo, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)¹³, elaborada por la OMS; y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR),¹⁴ elaborado por la American Psychiatric Association.

2.2.1. Depresión

Los trastornos del estado de ánimo se caracterizan por una alteración en la regulación del estado de ánimo, la conducta y el afecto.

Dentro de los trastornos del estado de ánimo se diferencian dos grandes síndromes: el síndrome depresivo y el síndrome maníaco.

En el caso del síndrome depresivo se han creado múltiples sistemas de clasificación que no siempre resultan coincidentes. Las clasificaciones americanas psiquiátricas (DSM-IV-TR) e internacional (CIE-10) aunque difieren levemente en su terminología, han llegado a un acuerdo casi completo, en donde los síntomas nucleares que explican la esencia del trastorno, y que veremos a continuación, son casi idénticos.^{11, 15}

Los síntomas nucleares pueden ser clasificados en cuatro grupos.¹³⁻¹⁵

a) Síntomas fundamentales.

Son muy específicos aunque difíciles de objetivar. Todo trastorno depresivo se caracteriza por tener un estado de ánimo bajo, presente la mayor parte del día, casi cada día. Lo más específico es la llamada tristeza vital, descrita por el paciente como una tristeza de cualidad distinta a la que se presenta tras un acontecimiento desagradable. Puede haber una variación diurna del estado de ánimo siendo peor por

la mañana y mejorando a lo largo del día. Otro síntoma muy específico es la anhedonia; ésta se define como una disminución acusada del interés o de la capacidad para sentir placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día.

b) Síntomas somáticos.

Son relativamente frecuentes y fáciles de objetivar, pero su especificidad es baja, sobre todo en aquellos pacientes con otras comorbilidades.

Alteraciones del sueño (insomnio/hipersomnias), alteraciones del apetito (siendo lo más frecuente la disminución del apetito y el peso), fatigabilidad, astenia, sensación de falta de energía. Disminución de la libido o disfunciones sexuales varias.

Quejas somáticas. Dolores, molestias físicas o preocupaciones hipocondríacas. Pueden enmascarar el cuadro. Son más frecuentes en niños, ancianos, personas con un nivel cultural bajo o en aquellos pacientes que les cuesta mucho o son incapaces de describir las emociones con palabras.

c) Síntomas conductuales.

Al igual que los anteriores muestran un carácter objetivo y son igualmente inespecíficos. Alteraciones cognitivas (disminución de la atención, la concentración y la memoria), alteraciones psicomotoras con inhibición o agitación psicomotriz.

d) Síntomas relacionados con el pensamiento.

Al igual que los primeros tienen un marcado carácter subjetivo.

Visión negativa de la vida, tanto en lo referente al pasado (autorreproches, recuerdos mayoritariamente tristes) como al presente (ideas de autodepreciación, minusvalía, culpa, fracaso) o al futuro (sentimientos de desesperanza). Ideas y pensamientos relacionados con la muerte, desde el deseo de que la vida termine cuanto antes (tedio vital) hasta la aparición de planes o intentos de suicidio. La depresión es el principal diagnóstico psiquiátrico relacionado con el suicidio

La prevalencia de síntomas depresivos puede llegar al 30% en la población general, teniendo las mujeres el doble de probabilidad de estar afectadas que los hombres.¹¹

Se debe tener en cuenta que la potencial morbimortalidad del trastorno depresivo es significativa. El suicidio es la segunda causa de muerte en personas de 25 a 30 años de edad y el trastorno depresivo es un factor importante en aproximadamente el 50% de estas muertes.¹¹

2.2.2. Psicosis

Todos aquellos trastornos mentales en los que el paciente pierde en algún momento el correcto juicio de la realidad (saber que lo que le sucede es extraño, anormal) se han llamado tradicionalmente psicóticos.

La clasificación actual utilizada por la DSM-IV-TR y la CIE-10 restringe el término “trastorno psicótico” a aquellas enfermedades en las que los clásicos síntomas psicóticos (alucinaciones y delirios) son el componente más llamativo de la clínica, quedando así solamente contenidos en esta categoría las esquizofrenias, los trastornos delirantes crónicos (clásicamente conocidos como “paranoia”) y otros trastornos psicóticos cercanos a éstos (trastorno psicótico breve y trastorno esquizofreniforme).

No obstante existen muchas enfermedades como por ejemplo las demencias, el delirium o las psicosis maníaco-depresivas, que pueden incluir síntomas psicóticos en su presentación. Por tanto, cuando hablamos de sintomatología psicótica hacemos referencia simplemente a la presencia de alucinaciones y/o delirios.¹¹

a) Alucinaciones.

Alucinación psicosensoresial o verdadera. Se define como una experiencia perceptiva sin un objeto real que la cause o justifique.

Según su cualidad sensorial pueden ser auditivas, visuales, táctiles, olfativas o gustativas. Incluso cenestésicas cuando hacen referencia a una sensación corporal o cenestésicas cuando tienen relación con el movimiento de una o varias partes del cuerpo.

El paciente está absolutamente convencido de que lo que percibe es real. Si existiera duda sobre su veracidad o crítica de la experiencia sensorial estaríamos hablando de una alucinosis (Otra modalidad psicopatológica que suele estar presente en trastornos con un origen exógeno u orgánico).¹⁵

El paciente las sitúa en el espacio exterior, es decir, la percepción no proviene de su propia cabeza o de su propio cuerpo. Cuando estas percepciones sí se sitúan dentro de la cabeza (alucinación psíquica o falsa), se habla de pseudoalucinaciones. Según los autores clásicos, las pseudoalucinaciones son las típicas de la esquizofrenia, pero en la práctica pocas veces se pueden diferenciar de las alucinaciones verdaderas o psicosensoresiales.

b) Delirios.

Los delirios o ideas delirantes son creencias falsas, irrefutables a toda lógica, basadas en una inferencia errónea de la realidad.

Como ocurre con las alucinaciones, los delirios no son exclusivos de las enfermedades psicóticas, ni existe tampoco una buena correlación entre el tema del delirio y la enfermedad responsable.

En la génesis del delirio intervienen diferentes mecanismos psicológicos, siendo el más frecuente la interpretación delirante de sucesos que han ocurrido en realidad (por ejemplo, creer que a uno le persiguen al ver que la gente habla en voz baja a su alrededor en una biblioteca). En la esquizofrenia, se describe como típico el mecanismo de la percepción delirante, en la que tras una percepción normal aparece espontáneamente, con total claridad, una idea delirante cuya conexión con lo

percibido es absurda (por ejemplo, creer que uno es un mesías tras ver dos pájaros cruzar el cielo). Sin embargo, pueden aparecer percepciones delirantes en cuadros maníacos y en psicosis debidas a otras enfermedades neurológicas.

La esquizofrenia suele golpear a los individuos al final de la adolescencia o al inicio de la edad adulta y tiene un efecto devastador sobre el resto de su vida y sobre la vida de sus familias. La presencia de esta enfermedad crónica y deteriorante afecta gravemente a la calidad de vida del individuo y a sus perspectivas de empleo, matrimonio y paternidad. Además de esta tragedia personal, la esquizofrenia da lugar a una importante carga en la salud pública debido a los costes que originan sus necesidades crónicas de atención sanitaria y a la pérdida de productividad.

2.2.3. Ansiedad

La ansiedad es una respuesta normal y adaptativa al estrés y al peligro, necesaria para la supervivencia de los individuos y de nuestra especie. Está ligada a las situaciones que vivimos normalmente, preparando al individuo para la ejecución de tareas o alerta frente a posibles amenazas.¹⁶

Sin embargo, la ansiedad puede ser patológica cuando no se presenta como respuesta proporcionada frente a un estímulo o si su intensidad y duración exceden de los límites aceptables. En tales condiciones pierde su función de adaptación y se convierte en un problema para el individuo.

En términos generales, la ansiedad normal es menos acentuada, más ligera y no implica una reducción de la libertad personal. Por el contrario, la ansiedad patológica, elemento nuclear de los trastornos de ansiedad, es desproporcionada con las situaciones o se presenta en ausencia de cualquier peligro ostensible.¹⁶

La ansiedad tiene dos componentes: la ansiedad física, que es un afecto caracterizado por un aumento de la activación, de la percepción, de la sensación de vulnerabilidad, y de la disforia; y la ansiedad somática, en la que aparecen sensaciones corporales como palpitaciones, sudor, disnea, palidez y malestar abdominal.¹¹

Probablemente los trastornos de ansiedad son el grupo de trastornos psiquiátricos más frecuente en la población general, siendo la fobia específica el diagnóstico psiquiátrico más frecuente y la crisis de angustia, la principal urgencia psiquiátrica. Su incidencia global es más frecuente en mujeres y en jóvenes (20-30 años), disminuyendo en la vejez.¹⁵

2.2.4. Deterioro cognitivo

El deterioro cognitivo y la demencia constituyen uno de los problemas de salud pública más importantes en los países desarrollados. Dada su relación con la edad, constatamos en la última década un continuo incremento tanto en su incidencia como en su prevalencia, secundariamente al aumento progresivo de la longevidad en la población.¹⁷

Los cambios a nivel cognitivo pueden ser atribuidos a múltiples factores vinculados al envejecimiento, que pueden considerarse extrínsecos, tales como enfermedades edad-

dependientes con repercusión cerebral (enfermedad cerebrovascular, hipertensión, diabetes, endocrinopatías), patología psiquiátrica, aislamiento sociocultural, alteraciones sensoriales y el propio proceso de envejecimiento.

No menos importantes son los factores intrínsecos del individuo que influyen sobre el devenir de la enfermedad, tales como la reserva funcional y estructural cerebral, la dotación genética, así como el grado de adaptación a los cambios durante su vida.¹⁷

Pese a los esfuerzos en el área de la investigación para definir la frontera existente entre lo normal y lo patológico, la experiencia nos demuestra que no es nada fácil. Se sabe que, en ausencia de enfermedad neurológica o sistémica, el anciano sano presenta un decremento pequeño en el área cognitiva, deteriorándose primero las habilidades visuoespaciales, de cálculo y de aprendizaje, mientras que se conservan mejor las habilidades verbales y conocimientos generales. En cuanto a la memoria se afecta la memoria de trabajo, episódica y de recuerdo libre, mientras que la memoria icónica (a corto plazo), el reconocimiento, recuerdo facilitado, memoria semántica, implícita y prospectiva se mantiene preservada.^{17, 18}

El diagnóstico de deterioro cognitivo leve (DLC), motivado por la necesidad de encontrar individuos en riesgo de desarrollar demencia, incluye la presencia de quejas subjetivas de memoria con correspondientes dificultades en pruebas objetivas pero con conservación del funcionamiento cognitivo general y sin señales de alteración en el funcionamiento de las actividades de la vida diaria que impidan una vida independiente; es decir, la esencia del DCL es una alteración de memoria sin que exista una demencia¹⁹.

El diagnóstico de demencia, por otro lado, implica deterioro en otras áreas además de la memoria tales como en las habilidades espaciales o en las funciones ejecutivas, que limitarían el funcionamiento del individuo para las actividades básicas de la vida diaria. En la demencia, el deterioro progresa a lo largo de meses o años, sin afectar inicialmente a la atención/concentración. El paciente con demencia no es consciente de sus fallos.

2.3. Relación entre sordera y enfermedad mental

2.3.1. Perspectiva sociocultural

Durante los últimos años, investigadores y grupos de sordos han reivindicado el derecho a considerar a la comunidad sorda como un grupo cultural con entidad propia. Desde esta perspectiva sociocultural; se distingue entre el término «sordo», aplicable a todo aquel que presenta algún tipo de pérdida auditiva por el mero hecho de tenerla, y «Sordo», utilizado únicamente para referirse a aquel que, con relativa independencia de su pérdida auditiva; se siente parte de la comunidad sorda, conoce su lenguaje y comparte sus peculiaridades culturales; relacionadas fundamentalmente con el papel predominante de la experiencia visual para este colectivo.⁶

Por tanto, el paciente sordo, como portador de una peculiaridad que lo distingue del resto de la sociedad, difiere de la misma en algunas vivencias vitales. Éstas no deben ser

consideradas patológicas ‘per sé’ y por tanto, se debe evitar la relación directa entre la sordera y la enfermedad mental.²⁰

Nos enfrentamos, pues, a una forma ‘transcultural’ de la práctica clínica, ya que la persona que acude a consulta presentará valores, costumbres y una manera de pensar idiosincrásica de la comunidad sorda.²⁰

Estas comunidades son esenciales para sus miembros; sin embargo, para las personas oyentes, es decir, que no utilizan el lenguaje de signos como primera forma comunicativa, el acceso a estos grupos es muy difícil.⁶ Esta dificultad de acceso podría ser una de las causas que justificarían la escasez de estudios sobre la prevalencia de trastornos mentales en grandes muestras de población sordas.²¹

Las formas de comunicación preferidas por el paciente sordo son diferentes, pudiendo comunicarse en lengua oral, mediante lectura labial o mediante la Lengua de Signos.

La lengua de signos propia de nuestro país se denomina Lengua de Signos Española, y fue reconocida en el año 2007, tras largos años de lucha del colectivo sordo, como lengua oficial del estado español por el Congreso de los Diputados.²² Aproximadamente un 1,3% de las personas con discapacidad auditiva en España utilizan la lengua de signos, siendo el 85% menores de 65 años.⁹

2.3.2. Psicopatología

Entre las posibles causas de psicopatología en las personas sordas, la literatura menciona una serie de características cognitivas y emocionales propias, que inciden desde su nacimiento y que pueden influir en su mayor vulnerabilidad a padecer una enfermedad mental.²⁰

a) Carencias en el vínculo padres-hijo/a.

El 90% de las personas sordas nacen de padres oyentes. En muchos casos, esta primera vivencia de aislamiento, que ocurre en la propia familia de origen, supone una barrera para poder establecer vínculos afectivos entre padres e hijos. Estas carencias podrán tener posteriormente repercusiones emocionales y comportamentales en la persona sorda.

Desarrollo social y emocional.

La privación conversacional de los niños sordos tendrá implicaciones en el desarrollo de una adecuada competencia cognitiva-social. Los estudios al respecto muestran que, en comparación con los oyentes, las personas sordas tienen un retraso en la alfabetización emocional. Esta alteración se traduce en dificultades para situarse en la perspectiva de los demás y darse cuenta de los estados psicológicos y de las intenciones de los otros. Por tanto, en un mundo mayoritariamente oyente, el niño sordo se encontrará con un vocabulario muy restringido para dar nombre a los sentimientos y emociones, así como para relacionarlos verbalmente con sus experiencias vitales.

b) Sobreprotección parental o “sobrecontrol comportamental.”

La falta de percepción objetiva por parte de la familia de las posibilidades reales de su hijo o hija induce a limitar su autonomía y, por tanto, dificulta su desarrollo.

Se han señalado diversas actitudes sobreprotectoras, especialmente por parte de familias oyentes, tales como: Limitaciones para realizar actividades, bajo nivel de exigencia académica, poco rigor en la aplicación de normas, etc. De hecho, diversos estudios han puesto de manifiesto que los niños sordos reciben en general menos explicaciones de su familia respecto a la razón de sus acciones y sus consecuencias, estados de ánimo, etc., que las personas oyentes de su misma edad.

2.3.3. Barreras comunicativas

Si es importante la comunicación entre usuarios y profesionales de cualquier campo, en salud mental esto se convierte en imprescindible. La base de la evaluación y de la intervención está en la entrevista, entendida como herramienta de construcción del vínculo terapéutico; que, en el caso de los oyentes se construye a través de la palabra, el lenguaje y la interpretación de la narrativa.¹¹

En la actualidad, las personas sordas con problemas psiquiátricos son atendidas en los servicios de salud existentes, y es muy probable que existan riesgos en la evaluación y el manejo de este tipo de pacientes.

Habitualmente el traductor suele ser un familiar. En estos casos, se pierde la confidencialidad y es muy probable que se pierda información importante sobre el paciente.

En otros casos hay un intérprete que, con frecuencia, no suele estar formado en Salud Mental, con lo cual, la entrevista es costosa y suele ser necesario más tiempo del habitual. Además es frecuente que la presencia de este tercer componente pueda distorsionar involuntariamente la relación entre el médico y el paciente.²³

En concreto, en nuestro país, son muy pocos los profesionales sanitarios que conocen la lengua de signos o están familiarizados con las características culturales de la población sorda.²³ Muchos autores afirman que esta carencia de habilidades y de sensibilidad cultural es un factor significativo que contribuye al diagnóstico erróneo de las personas sordas.^{21,24,25} La evaluación ideal de un paciente sordo pasa por clínicos altamente especializados, entrenados en herramientas comunicativas como la lengua de signos y culturalmente sensibilizados con la comunidad sorda.²¹

Estos problemas comunicativos o la ausencia de comunicación directa entre el paciente y el profesional se correlacionan tanto con infradiagnósticos como con sobrediagnósticos.²⁰ Además no existen test psicométricos adaptados y validados para la población sorda, lo cual dificulta todavía más la evaluación neuropsicológica.²⁰

Creada en 2002, la Unidad de Salud Mental para sordos del Hospital Gregorio Marañón es la única entidad en España especializada en la atención de los problemas de salud mental en la población sorda. El equipo está formado por psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales que utilizan el sistema de lengua de signos.

No obstante, por su carácter pionero en ésta materia dentro de la sanidad pública, nace como parte de las Unidades de Referencia Institucional, por lo que atiende a personas sordas de todas las áreas de salud de la Comunidad de Madrid, así como de otras Comunidades Autónomas que carezcan de estos servicios específicos.²⁶

2.3.4. Estudios de asociación y prevalencia

Durante las últimas décadas, se han publicado varios estudios que han investigado acerca de la prevalencia y distribución de los trastornos mentales en la población sorda, intentando demostrar una vulnerabilidad para el desarrollo de enfermedades psiquiátricas en este colectivo.

Algunos de estudios han mostrado altos índices de problemas de salud mental en los adultos sordos.²⁷⁻³¹ No obstante, en todos ellos se ha hecho referencia a la incapacidad de demostrar una evidencia empírica sólida para dicha vulnerabilidad, debido a la existencia de problemas metodológicos. Éstos se deben principalmente a la heterogeneidad y la no representatividad de las muestras, así como a la gran diversidad de instrumentos de evaluación y procedimientos aplicados.³² Además, los estudios sobre la distribución de los trastornos psiquiátricos están claramente limitados a determinados subgrupos de pacientes con culturas y áreas geográficas específicas.^{21, 32}

Teniendo en cuentas estas limitaciones, algunos de los trabajos más recientes establecen las siguientes conclusiones:

- a) Øhre et al ³² afirma que: “Sobre la base de los conocimientos actuales de la psiquiatría y la psicopatología del desarrollo, se asume que las personas sordas en general son más vulnerables a desarrollar síntomas y trastornos psiquiátricos que la población oyente”
- b) En 2012, tres de los autores con mayor productividad científica sobre el tema,²¹ publican una revisión que analiza los estudios europeos sobre las tasas de prevalencia de problemas de salud mental en la población sorda. Los autores concluyen que: “A pesar de la escasez de estudios de efectividad epidemiológicos y de servicios de salud mental y sordera, hay amplia evidencia de mayores tasas de problemas de salud mental en las personas sordas en comparación con las personas oyentes”. También remarcan la necesidad de investigaciones adicionales acerca de las características y diagnósticos de los pacientes psiquiátricos sordos así como del abordaje de aquellos aspectos culturales y lingüísticos que han invalidado muchas de las investigaciones pasadas.
- c) En 2013, la 5ª edición del Manual Básico de Formación Especializada Sobre Discapacidad Auditiva de la Confederación Española de Personas Sordas,²³ concluye que: “Frente a la población general, los sordos adultos tienen mayor probabilidad de ser diagnosticados de trastornos de personalidad, de conducta y de adaptación, de padecer síndromes orgánicos y dificultades en el aprendizaje. Tienen mayor prevalencia en abuso de sustancias, dependencias o adicciones, patología psicosomática, historias de abusos y traumas en su biografía. Sin

embargo, los trastornos afectivos graves, como la depresión mayor, el trastorno bipolar o la esquizofrenia, tienen la misma probabilidad de aparición en personas sordas que en oyentes.”

2.3.5. Psicosis y deficiencia auditiva

En 1915, en la octava edición de su “Tratado”, Kraepelin describe el “delirio paranoide de los sordos”, como: “la exteriorización de un delirio de persecución, vago, con alucinaciones particularmente indeterminadas y un humor ansioso e intenso, lo que según toda esta apariencia toma sus raíces en sentimientos de inseguridad que derivan de la imposibilidad de relaciones intelectuales con el mundo exterior.”³³

Históricamente, los pacientes sordos han sido diagnosticados incorrectamente como psicóticos.³⁴ Esto ha podido deberse a interpretaciones erróneas de trastornos del pensamiento o alucinaciones debidas, únicamente, a aquellos problemas que podían tener los pacientes sordos en su fluidez en el lenguaje de signos o en la gramática empleada en el lenguaje escrito.^{23,34}

Posteriormente se han realizado varios estudios de prevalencia de enfermedades y síntomas psicóticos con diferentes muestras de poblaciones de pacientes sordos, comparándolas con pacientes oyentes.

Appleford³⁵ encontró una mayor prevalencia de esquizofrenia y trastornos relacionados en la población sorda ($P < 0,15$).

Black y Glickman³⁶ encontraron una prevalencia mayor de esquizofrenia en la población oyente que en la población sorda.

Landsberger y Díaz³⁷ obtuvieron que la prevalencia de esquizofrenia era similar en ambas muestras. Incluso el trastorno esquizoafectivo fue significativamente más frecuente entre el grupo de oyentes. Las psicosis no especificadas (NOS) fueron significativamente más prevalentes en el grupo de sordos.

Por ahora, el estudio más reciente que analiza la incidencia de trastornos psicóticos en la población sorda prelocutiva concluye que: “Los trastornos psiquiátricos mayores tienen la misma incidencia en personas sordas que en oyentes (esquizofrenia, trastorno bipolar), al igual que entre los oyentes de distintas culturas, grupos étnicos o religiones.”³⁸

Los trastornos paranoides son más frecuentes entre los sordos postlocutivos. Esto es importante, debido a que es un concepto que se ha relacionado históricamente con la mayor parte de la población sorda y sin embargo las últimas investigaciones señalan que, la población con sordera prelocutiva presenta la misma probabilidad de sufrir; tanto trastornos de personalidad paranoide como esquizofrenia paranoide.^{23,32}

2.3.6. Depresión y ansiedad en las personas con deficiencia auditiva

La edad a la que se presenta la deficiencia auditiva es un factor fundamental que puede influir en el desarrollo cognitivo, social y afectivo de las personas con deficiencia auditiva.^{7, 21} Tanto es así, que la presencia de síntomas ansiosos se ve modulada por la edad a la que se presenta la pérdida auditiva, de tal forma que aquellas personas que pierden la audición en etapas tempranas de su vida, manifiestan menores niveles de angustia, que aquellas que la pierden en etapas posteriores.³⁹

La utilización del lenguaje de signos está considerado como un factor de protección frente a la disminución de la calidad de vida expresada en términos de bienestar subjetivo en la población con deficiencia auditiva, ya que el hecho de tener una herramienta comunicativa alternativa, permite a estas personas tener unas mejores relaciones sociales y disminuir la ansiedad.³⁹

No obstante, comparando diversas muestras de pacientes con deficiencia auditiva frente a aquellas de sujetos oyentes, se encuentra que las primeras presentan mayor presencia de síntomas emocionales y del comportamiento.^{27, 39}

Sin embargo, al hablar de diagnósticos y no de sintomatología, recordamos que, dentro de la población sorda los cuadros afectivos de mayor intensidad, como la depresión mayor, tienen la misma prevalencia que en oyentes aunque sus manifestaciones puedan ser diferentes.²³ Por ejemplo es frecuente encontrar en estos pacientes cuadros afectivos caracterizados por abundantes quejas somáticas, irritabilidad, disforia, agitación, atribuciones aprensivas frente a los procesos vitales e incluso abuso de sustancias.

En este aspecto, Ohre et al,³² pese a seguir teniendo muy presentes las limitaciones metodológicas que han estado presentes en la mayoría de trabajos publicados hasta la fecha, concluye que es posible un aumento de la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en la población sorda, en comparación con la población general oyente.

Atendiendo a la población sorda prelocutiva, es interesante señalar que, según González y Rullas:²³ “cuando la depresión asienta en sordos prelocutivos, no hay que pensar que la depresión deriva de la sordera (error frecuentemente cometido desde la perspectiva oyente), sino que habría que pensar primero en otras causas”. En cambio para la población sorda postlocutiva, los mismos autores afirman que, para este grupo de población; “son más frecuentes los duelos en relación con la pérdida auditiva y las reacciones de adaptación a la nueva situación”

En cuanto a las conductas autolíticas dentro de las personas con discapacidad auditiva, no está claro si las tasas de comportamiento suicida son más altas que en la población general.³¹

Las personas sordas pueden presentar un aislamiento social mayor, pueden tener más problemas de salud física, y pueden ser más propensos a sufrir los síntomas depresivos que la población oyente. Todos estos factores aumentan el riesgo de suicidio en la población general, con lo cual, es posible que las personas sordas tengan un mayor riesgo de suicidio que la población oyente.³¹

2.3.7. Deterioro cognitivo y deficiencia auditiva

El empeoramiento de la memoria, las dificultades en la comprensión y el entecimiento en el pensamiento, son todos efectos que se asocian normalmente al envejecimiento cerebral y, en personas mayores, se asume que están producidos por un déficit de las facultades mentales relacionado con la edad.

Aunque ésta es a menudo la causa, algunos estudios señalan el papel que puede tener la sordera en el envejecimiento cerebral.

Algunos autores afirman que una deficiencia auditiva no tratada puede acelerar la aparición de aquellos síntomas cognitivos que normalmente se atribuyen al envejecimiento cerebral asociado a la edad.^{40, 41}

Según Frank Lin, otorrino y epidemiólogo de la Universidad Johns Hopkins,⁴⁰ la deficiencia auditiva puede forzar al cerebro a dedicar gran parte de su energía en el tratamiento del sonido, a expensas de la que debería emplearse en la memoria y el pensamiento, que se ven comprometidos. Este desvío de energía estaría detrás de la pérdida de memoria y el declive de las funciones cognitivas, que suele preceder al desarrollo de demencia en 7 y 3 años respectivamente. En su último estudio, publicado en 2015, participaron voluntarios con pérdida auditiva a los que se sometió a pruebas repetidas de cognición durante más de seis años. Los participantes que tenían dificultades para oír bien vieron mermadas sus habilidades cognitivas entre un 30 y un 40% más rápido que en aquellos otros con audición normal. Los niveles de disminución de la función cerebral se relacionaron directamente con la cantidad de pérdida de audición, según los investigadores. Por el contrario, quienes usaban audífono obtenían mejores puntuaciones en los test.

3. Objetivos

El objetivo general del estudio consiste en estudiar la relación entre la deficiencia auditiva y la presencia de trastornos mentales.

Como objetivos adicionales se plantea identificar los trastornos mentales más frecuentes en la población con deficiencia auditiva, así como analizar la posible relación entre el grado de deficiencia auditiva y tipo de sordera con los trastornos mentales.

4. Material y Métodos

El estudio realizado fue de tipo observacional y transversal. La población estuvo formada por los pacientes con deficiencia auditiva y enfermedad mental atendidos en el Servicio de Psiquiatría y en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital San Jorge de Huesca que cumplieren los siguientes criterios de inclusión: a) cualquier grado de deficiencia auditiva demostrada por audiometría al momento de la realización del estudio, b) presencia al momento del estudio de, sintomatología o diagnóstico de patología mental según la DSM-IV-TR¹⁴ o por la CIE-10¹³, de alguna de las cuatro

enfermedades mentales a estudio (depresión, ansiedad, psicosis y deterioro cognitivo). No hubo ningún criterio de exclusión.

Se buscó en la base de datos de altas (CMBD) del hospital aquellos pacientes hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital San Jorge de Huesca entre el 01/01/2014 y el 31/12/2014. Posteriormente se revisaron los antecedentes de deficiencia auditiva en los 596 pacientes encontrados, quedando conformada la muestra final por 20 pacientes que fueron los que cumplían los criterios de inclusión en el periodo de tiempo elegido.

Posteriormente, con el fin de realizar una descripción de las principales características sociodemográficas, se recogió de la historia clínica en formato papel las siguientes variables: fecha de nacimiento, sexo, antecedentes familiares de enfermedad mental, antecedentes familiares de sordera.

A continuación se recogieron las fechas de diagnóstico de la sordera y del trastorno mental de los pacientes, para intentar determinar la relación temporal entre la aparición de la deficiencia auditiva y el desarrollo de la enfermedad mental. Asimismo se recogió el grado de deficiencia auditiva (leve, moderado, severo, profundo o total) según la BIAP (Bureau International d'Audiophonologie),⁸ con el fin de encontrar alguna relación entre ésta variable y la presencia de alguna de las cuatro patologías mentales a estudio. Lo mismo se persiguió con el tipo de sordera en función de la localización de la lesión (neurosensorial o conductiva) y en función del momento de aparición de la misma en relación a la adquisición de las habilidades lingüísticas (prelocutiva o postlocutiva).

Por último se recogieron las variables relacionadas con la patología mental de los pacientes. Fue recogida la presencia (demostrada por diagnóstico o sintomatología según la DSM-IV-TR¹⁴ o por la CIE-10¹³) de depresión, ansiedad, deterioro cognitivo y psicosis. Las tres primeras se escogieron por su alta prevalencia en la población general y, al igual que se hizo con la cuarta, por la posibilidad de comparar con la literatura científica, ya que se vio que eran las enfermedades mentales más frecuentemente estudiadas en los trabajos publicados.

Tras la recogida de las variables se procedió a su análisis estadístico mediante el programa SPSS versión 20. Se obtuvieron tablas de frecuencia para todas las variables y se realizaron pruebas de contraste de hipótesis para investigar la relación entre los posibles factores de riesgo (grado de sordera, tipos de sordera) con la presencia de alguna de las cuatro enfermedades mentales a estudio. Para buscar la relación entre dos variables cualitativas se emplearon pruebas de comparación de porcentajes: chi cuadrado y prueba exacta de Fisher. En todos los casos se asume un nivel de significación estadística del 0,05 (5%).

5. Resultados y Discusión

5.1. Características principales de la muestra

Se encontró que 12 pacientes (60%) eran mujeres, mientras que 8 (40%) eran varones. Diecisiete pacientes (85%) no tenían antecedentes familiares, mientras que sólo 3 (15%) sí los tenían. Esto concuerda con el hecho de que el 90% de las personas sordas nacen de padres oyentes.²⁰ Esta primera experiencia vital, en la que los propios padres pueden tener dificultades a la hora de comprender a sus hijos por el mero hecho de no haber experimentado que se siente al tener una deficiencia auditiva, pudiera ser un factor de riesgo para un aislamiento emocional en el niño sordo. Se encontraron cifras similares para los antecedentes de enfermedad mental. Dieciséis pacientes (80%) no tenían ningún antecedente de trastorno mental, mientras que 4 (20%) sí los tenían.

Atendiendo al tipo de deficiencia auditiva según el momento de aparición de la misma se encontró que, 3 pacientes (15%) presentaron una sordera prelocutiva, mientras que 17 (85%) presentaron una sordera postlocutiva. En la gran mayoría de los pacientes la sordera fue establecida después de adquirir las habilidades lingüísticas fundamentales. Esto se corresponde con los datos observados en la literatura donde encontramos que la sordera postlocutiva es la más frecuente en la población general.⁹

En cuanto al tipo de sordera según la localización de la lesión se encontró que, 7 pacientes (35%) presentaron una sordera conductiva, mientras que 13 (65%) presentaron una sordera neurosensorial.

También se encontró que la mitad de los pacientes (10) tenían una sordera moderada, mientras que la otra mitad presentaban diferentes grados de sordera. Dos pacientes (10%) presentaron una pérdida auditiva leve, otros dos pacientes (10%) una pérdida auditiva total y 6 pacientes (30%) una pérdida auditiva severa o profunda.

Dieciocho pacientes (90%) estaban diagnosticados de algún trastorno de ansiedad o padecían sintomatología ansiosa. Trece pacientes (65%) presentaban sintomatología depresiva o estaban diagnosticados de algún síndrome depresivo. Once pacientes (55%) presentaron simultáneamente ansiedad y depresión. Once de los 12 pacientes de sexo femenino (91,6%) presentaron sintomatología ansiosa. Seis pacientes (30%) presentaron sintomatología psicótica, mientras que 5 pacientes (25%) presentaron síntomas de deterioro cognitivo o estaban diagnosticados de deterioro cognitivo (Tabla 2).

A priori, considerando la presencia de ansiedad en los pacientes a estudio como un diagnóstico de un trastorno de ansiedad, encontramos que nuestros datos no se correspondieron con los obtenidos en los estudios revisados, donde observamos que, las enfermedades mentales que se encuentran con mayor probabilidad en la población sorda son: trastorno de personalidad, trastorno de conducta, trastorno adaptativo, trastorno por abuso de sustancias y patología psicósomática. Así como mayor probabilidad de padecer síndromes orgánicos.²³

Sin embargo, considerando la presencia de ansiedad en los pacientes a estudio como la presencia de sintomatología ansiosa y no como un diagnóstico de un trastorno de ansiedad, vemos como nuestros resultados se acercan más a los encontrados en otros estudios, donde se afirma que es posible un aumento de la prevalencia de sintomatología ansiosa en la población sorda, en comparación con la población oyente.³²

Asimismo, comparando los datos con los de la población general, también se encontró una posible correlación, ya que en este colectivo, los trastornos de ansiedad son el grupo de enfermedades mentales más frecuentes, siendo su incidencia global más frecuente en mujeres.¹⁵

Tabla 2. Características principales de la muestra

	Nº	%
Sexo		
Hombres	8	40%
Mujeres	12	60%
Antecedentes familiares de sordera		
No	17	85%
Sí	3	15%
Antecedentes familiares de enfermedad mental		
No	16	80%
Sí	4	20%
Tipo de sordera según la localización de la lesión		
Conductiva	7	35%
Neurosensorial	13	65%
Tipo de sordera según el momento de aparición		
Prelocutiva	3	15%
Postlocutiva	17	85%
Grado sordera		
Leve	2	10%
Moderado	10	50%
Severo /Profundo	6	30%
Total	2	10%
Enfermedad mental		
Depresión	13	65%
Ansiedad	18	90%
Psicosis	6	30%
Deterioro cognitivo	5	25%

La edad media de los pacientes fue de 64,66, siendo 66,06 la mediana y 22,08 la desviación típica. En cuanto a la edad de aparición de la sordera se encontró una media

de aparición de 50,74 años, con una mediana de 49,56 y una desviación típica de 26,83. Resultados muy parecidos se obtuvieron al analizar la edad de aparición de la enfermedad mental, siendo 56,51 la media, 61,09 la mediana y 22,19 la desviación típica (Tabla 3).

Se observa cómo, en una población mayoritariamente adulta donde el 90% presentaba sintomatología ansiosa, la edad media de aparición del déficit auditivo estaba por encima de los 50 años. Esto se corresponde con los datos observados en la literatura donde observamos que, aquellas personas que pierden la audición en etapas tempranas de su vida, presentan menores niveles de ansiedad que aquellas que la pierden en etapas posteriores.³⁹

Tabla 3. Distribución de la muestra en función de la edad de los pacientes, la edad de aparición de la sordera y la edad de aparición de enfermedad mental.

	Edad paciente	Edad aparición sordera	Edad aparición enfermedad mental
Media	64,6637	50,7416	56,5103
Mediana	66,0616	49,5671	61,0932
Desviación típica	22,08963	26,83983	22,19390

5.2. Relación entre sordera y enfermedad mental

Doce pacientes (60%) fueron diagnosticados de su enfermedad mental tras haber sido diagnosticados previamente de su deficiencia auditiva. El tiempo medio de aparición del trastorno mental desde el diagnóstico de la sordera fue de 14,9 años (desviación típica de 10,2). De forma inversa, 8 pacientes (40%) fueron diagnosticados de sordera tras haber sido diagnosticado previamente de su enfermedad mental, siendo la media de aparición de 7,93 años (desviación típica de 8,09) (Tabla 4).

Se observó que la secuencia temporal de enfermedad se correspondía en su mayoría (60%) con la esperada según los estudios revisados, en los que se asume que las personas sordas en general son más vulnerables al desarrollo de enfermedades mentales.³²

Tabla 4. Distribución de la muestra según la secuencia de aparición sordera-enfermedad.

	Nº	%	Tiempo medio (años)	Desviación típica
Diagnóstico de sordera previo al de enfermedad mental	12	60%	14,9	10,2
Diagnóstico de sordera posterior al de enfermedad mental	8	40%	7,9	8,0

De los dos pacientes con sordera leve, uno de ellos padecía depresión, psicosis y deterioro cognitivo de manera simultánea, mientras que el otro padecía ansiedad. De entre los 10 pacientes que presentaban una sordera moderada, 6 (60%) padecía

depresión, 1(10%) psicosis, 1(10%) deterioro cognitivo y todos ellos (100%) ansiedad. En cuanto a los 6 pacientes con sordera severa o profunda, la mitad presentaban psicosis. También un 50%, es decir 3 pacientes, presentaban deterioro cognitivo. 5 (83,3%) presentaban depresión y 5 (83,3%) presentaba ansiedad. Al igual que en la sordera leve, sólo existieron 2 pacientes con sordera total de los cuales uno presentaba depresión, ansiedad y psicosis de forma simultánea, mientras que el otro solamente presentaba ansiedad (Tabla 5).

Tabla 5. Relación entre el grado de deficiencia auditiva y la presencia de enfermedad mental.

	Depresión		Ansiedad		Psicosis		Deterioro cognitivo	
	Nº	%	Nº	%	N	%	N	%
Sordera leve	1	50%	1	50%	1	50%	1	50%
Sordera moderada	6	60%	10	100%	1	10%	1	10%
Sordera severa	5	83,3%	5	83,3%	3	50%	3	50%
Sordera total	1	50%	2	100%	1	50%	0	0%

De los 7 pacientes con sordera conductiva, 4 (57,1%) tenían depresión, 2 (28,6%) psicosis, 1(14,3%) deterioro cognitivo y los 7 (100%) tenían ansiedad. En el caso de la sordera de tipo neurosensorial, donde se cuantificaron hasta 13 pacientes, se encontró que 9 (69,2%) tenían depresión, 4 (30,8) psicosis, 4 (30,8) deterioro cognitivo y 11 (84,6%) ansiedad.

De los 3 pacientes con sordera prelocutiva, 2(66,7%) tenían depresión, 1 (33,3%) psicosis y los 3 (100%) ansiedad. De los 17 pacientes son sordera postlocutiva 11 (64,7%) tenían depresión, 5 (29,4%) psicosis, 5 (29,4%) deterioro cognitivo y 15 (88,2%) ansiedad (Tabla 6).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el tipo de sordera y las distintas enfermedades mentales. La ansiedad fue la patología más frecuente para todos los tipos de sordera, seguida de la depresión

Tabla 6. Relación entre el tipo de sordera y la presencia de enfermedad mental.

	Depresión		Ansiedad		Psicosis		Deterioro cognitivo	
	Nº	%	Nº	%	N	%	N	%
Sordera conductiva	4	57,1%	7	100%	2	28,6%	1	14,3%
Sordera neurosensorial	9	69,2%	11	84,6%	4	30,8%	4	30,8%
Sordera prelocutiva	2	66,7%	3	100%	1	33,3%	0	0%
Sordera postlocutiva	11	64,7%	15	88,2%	5	29,4%	5	29,4%

5.3. Limitaciones

Al no tener un grupo control con el que comparar, no es posible establecer una relación de causalidad entre la sordera y presencia de enfermedad mental.

Es posible la existencia de sesgos de información a la hora de medir algunas variables del estudio. Por ejemplo, en el caso de la recogida de la variable “fechas de diagnóstico de la sordera”, se recogió la fecha en la que se realizó la primera audiometría en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital San Jorge, no siendo equivalente en muchos casos a la edad de inicio de la sordera, bien porque ésta se registró en otro hospital o bien porque no se había registrado previamente.

Finalmente, la limitación más importante que presenta este estudio es el escaso tamaño muestral. En la mayoría de estudios que abordan esta misma temática, éste sigue siendo el principal problema.

6. Conclusiones

La gran mayoría de los pacientes (80-85%) no presentó antecedentes familiares de sordera ni de enfermedad mental. Los tipos de sordera más frecuentes fueron los de tipo neurosensorial y postlocutivo. El grado de deficiencia auditiva más frecuente fue el moderado (entre 41 y 70 dB).

La enfermedad mental más frecuentemente encontrada fue la ansiedad. 18 de los 20 pacientes, es decir un 90%, padecían o bien sintomatología ansiosa o estaban diagnosticado de un síndrome ansioso. Comparando estos datos con los obtenidos en la literatura se concluye que es posible que la sintomatología ansiosa sea la más frecuente dentro de la población con deficiencia auditiva.

Dentro de los pacientes con sordera leve, todas las enfermedades tuvieron la misma frecuencia de aparición (50%). Sin embargo, la ansiedad fue el trastorno mental más frecuente dentro de los pacientes con sordera moderada. Entre los pacientes con un grado de deficiencia severo las patologías más frecuentemente encontradas fueron la depresión y la ansiedad. En el caso de la sordera total fue nuevamente la ansiedad, la patología más frecuente.

En todos los tipos de sordera (conductiva, neurosensorial, prelocutiva y postlocutiva) la ansiedad fue el trastorno mental más frecuente, seguido de la depresión.

La deficiencia auditiva es una condición heterogénea, con diferentes repercusiones en el desarrollo social, emocional y cognitivo. Esto genera una gran variabilidad en la población sorda, que debe ser considerada siempre a la hora de abordar su estudio. De hecho, uno de los principales problemas metodológicos que han restado evidencia empírica a muchos de los estudios anteriores se debe a la heterogeneidad y la no representatividad de las muestras. Un correcto abordaje del estudio de la patología mental en la población sorda pasa por acotar previamente los subgrupos de población

sorda, definiendo sus características y estudiando su asociación con patologías mentales específicas.

7. Bibliografía

1. Wikipedia, la enciclopedia libre. Fundación Wikimedia, Inc.; c2001 [actualizado 2014 Ago 1; citado 2015 Mar 30]. Umbral de audición; [Aprox. 4 pantallas]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Umbral_de_audición
2. Neurofisiología Granada. Granada: Guzmán JJ; c2005 [actualizado 2007 Ene 3; citado 2015 Mar 30]. Umbral Auditivo Subjetivo; [Aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://neurofisiologiagranada.com/peatc/peatc-umbralsubjetivo.htm>
3. Organización Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; [actualizado 2013 Feb 1; citado 2015 Mar 30]. Sordera y pérdida de la audición; [Aprox. 7 pantallas]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/es/>
4. Open Courseware. Murcia: Universidad de Murcia; 2008 [citado 2015 Mar 30]. Conceptos generales; [Aprox. 3 pantallas]. Disponible en: http://ocw.um.es/gat/contenidos/fcabello/tema5/2_conceptos_generales.html
5. Kvam MH, Loeb M, Tambs K. Mental health in deaf adults: symptoms of anxiety and depression among hearing and deaf individuals. *J Deaf Stud Deaf Educ.* 2007;12:1-7.
6. Pérez JI, Garaigordobil M. Deficiencia auditiva: autoconcepto, autoestima y síntomas psicopatológicos. *Análisis y Modificación de Conducta.* 2007;33(148):159-183.
7. Muñoz J. Sordera y salud mental: La psicología frente a la deficiencia auditiva. *Infocop Online.* 2006 [citado 2015 Mar 30];78(1):[Aprox. 4 pantallas]. Disponible en: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=879
8. Bureau International d'Audiophonologie. Liege: BIAP; c2012 [actualizado 2015 Ene 1; citado 2015 Mar 30]. Clasificación de las deficiencias auditivas; [Aprox. 3 pantallas] Disponible en: http://www.biap.org/index.php?option=com_content&view=article&id=5%3ARecommendation-biap-021-bis&catid=65%3Act-2-classification-des-surdites&Itemid=19&lang=es
9. Instituto Nacional de Estadística. Madrid: INE; c2008 [actualizado 2015 Mar 30; citado 2015 Mar 30]. Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2008; [Aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/p418/a2008/hogares/p01/modulo1/10/&file=01002.px&type=pcaxis&L=0>

10. Manrique M, Huarte A. Incidencia y causas de la sordera. Exploración y diagnóstico. En: Jáudenes C, et al. Manual básico de formación especializada sobre discapacidad auditiva. Madrid: FIAPAS; 2013. p. 50-71.
11. Semple D, Smyth R, Burns J, Darjee R, McIntosh A. Manual Oxford de Psiquiatría. 1st ed. Madrid: Grupo Aula Médica; 2009.
12. Wikipedia, la enciclopedia libre. Fundación Wikimedia, Inc.; c2001 [actualizado 2015 Mar 15; citado 2015 Mar 30]. Síntoma. [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Síntoma>
13. Organización Mundial de la Salud. CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico. Madrid: Meditor; 1992.
14. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson; 2002.
15. Huidobro A. Manual CTO de Medicina y Cirugía. Psiquiatría. 9a ed. Madrid: CTO Editorial; 2014.
16. Américo J. Trastornos de Ansiedad: Guía Práctica para el Diagnóstico y Tratamiento. 1a ed. Tegucigalpa: S.N.; 2010. [actualizado 2014 Abr 3; citado 2015 Mar 31] Disponible en: <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>
17. Amor MS, Martín E. Deterioro Cognitivo Leve. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG). Tratado de Geriatria para Residentes.1ª ed. Madrid: International Marketing & Communication, S.A. (IM&C); 2007. 169-172.
18. Roselli M, Ardila A. Vitoria. Deterioro Cognitivo Leve: Definición y Clasificación. Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias. 2012 [citado 2015 Mar 31]; 12(1):151-162. Disponible en: http://neurociencias.udea.edu.co/revista/PDF/REVNEURO_vol12_num1_12.pdf
19. Petersen RC, Smith GE, Waring SC, Ivanik RJ, Tangelos E, Kokmen E. Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. Arch Neurol. 1999;56(3):303-8.
20. Nora Olazabal N, Pousa V, Sesma E, Fernández-Rivasa MA, González-Torres MA. Experiencias en salud mental y sordera: una perspectiva desde la puesta en marcha de una unidad. Norte de salud mental. 2014;12(48):73-78.
21. Fellingner J, Holzinger D, Pollard R. Mental health of deaf people. Lancet. 2012;379:1037-44.
22. Ley 27/2007, de 23 de octubre, por la que se reconocen las lenguas de signos españolas y se regulan los medios de apoyo a la comunicación oral de las personas

- sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas. Boletín Oficial del Estado, nº 255, (24-10-2007).
23. González F, Rullas M. Sordera y salud mental. En: Jáudenes C, et al. Manual básico de formación especializada sobre discapacidad auditiva. Madrid: FIAPAS; 2013. p. 85-95.
 24. Diaz DR, Landsberger SA, Povlinskia J, Shewardb J, Sculleyb C. Psychiatric disorder prevalence among deaf and hard-of-hearing outpatients. *Compr Psychiatry*. 2013;54:991–995.
 25. Chovaz C, Lock E. New mental health services for deaf patients. *CMAJ*. 2007;176(2):160.
 26. García-García A, Zaragoza L, De Castro M, Ferre F, Muñoz J. Salud mental y personas sordas. *Autonomía personal*. 2011;(5):44-47.
 27. Kvam MH, Loeb M, Tambs K. Mental health in deaf adults: symptoms of anxiety and depression among hearing and deaf individuals. *J Deaf Stud Deaf Educ*. 2007;12:1–7.
 28. Fellingner J, Holzinger D, Dobner U, et al. Mental distress and quality of life in a deaf population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005;40:737–42.
 29. De Graaf R, Bijl RV. Determinants of mental distress in adults with a severe auditory impairment: differences between prelingual and postlingual deafness. *Psychosom Med*. 2002;64:61–70.
 30. Vernon M, Daigle-King B. Historical overview of inpatient care of mental patients who are deaf. *Am Ann Deaf*. 1999;144(1):51–61.
 31. Turner O, Windfuhr K, Kapur N. Suicide in deaf populations: a literature review. *Ann Gen Psychiatry*. 2007;6(26):1-9.
 32. Ohre B, Von Tetzchner S, Falkum E. Deaf adults and mental health: a review of recent research on the prevalence and distribution of psychiatric symptoms and disorders in the prelingually deaf adult population. *IJMHD*. 2011;1(1):1-22.
 33. Pérez C. El síndrome de Sanchís Banús. Una contribución española a la nosografía psiquiátrica del siglo XX. *Revista de Historia de la Psicología*. 2002;23(3-4):307-312.
 34. Glickman N. Do You Hear Voices? Problems in Assessment of Mental Status in Deaf Persons with Severe Language Deprivation. *J Deaf Stud Deaf Educ*. 2007;12(2):127-147.

35. Appleford J. Clinical activity within a specialist mental health service for deaf people: comparison with a general psychiatric service. *Psychiatr Bull.* 2003;27:375-7.
36. Black PA, Glickman NS. Demographics, psychiatric diagnoses, and other characteristics of North American deaf and hard-of-hearing inpatients. *J Deaf Stud Deaf Educ.* 2006;11(3):304–321.
37. Landsberger SA, Diaz DR. Inpatient psychiatric treatment of deaf adults: demographic and diagnostic comparisons with hearing inpatients. *Psychiatr Serv.* 2010;61:196-199.
38. Landsberger SA, Diaz DR. Identifying and assessing psychosis in deaf psychiatric patients. *Curr Psychiatry Rep.* 2011;13:198–202.
39. Casas D, Linares M, Lemos M, Restrepo D. Depresión y ansiedad en personas con deficiencia auditiva: revisión de literatura. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte.* 2009 [citado 2015 Abr 1]; (28): 1-15. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194214468012>
40. Lin FR, Kamil RJ, The effects of hearing impairment in older adults on communication partners: a systematic review. *JAMA Internal Medicine.* 2015;26(2):155-82.
41. Denia A. Blog de Sordera y Vértigo. Madrid. Antonio D. 2009 May 20 [citado 2015 Abr 1]. Disponible en: <http://www.sorderayvertigo.com/blog/category/sordera-y-deterioro-cognitivo/>