

Accesibilidad de las personas sordas a los servicios de salud mental

Alumna:

Estefanía Pérez Reyes

Tutora:

Yurena Morera Cáceres

Trabajo Fin de Máster

Máster universitario en Psicología General Sanitaria

Escuela de Doctorado y Estudios de Posgrado

Universidad de La Laguna

2022/2023

Convocatoria de julio

Agradecimientos

En primer lugar, quiero expresar mi profundo agradecimiento a mi querida tutora, Yurena, por su gran paciencia y acompañamiento durante esta etapa. También agradezco su gran corazón y sensibilidad hacia la comunidad sorda. Aprecio enormemente su comprensión, respeto y admiración hacia nuestro mundo.

A la memoria de mi padre, Eloy, y a mi hermano, Erasmo, cuyo amor y cariño perduran en mi corazón. A mi madre, Esperanza, merece mi reconocimiento por su incondicional paciencia, tiempo, apoyo y amor. Mi hermano, Eloy, le agradezco por su amor y su constante apoyo. A mis adoradas sobrinas, Victoria y Catalina, por la energía que transmiten. Mi compañero de vida, Manuel, por su constante presencia y apoyo. A mis queridos amigos, Amy, Priscila, Fernando, Francisco y Daiana, por su cariño y amistad. Agradezco también a mi intérprete de lengua de signos, Natasha, por su valiosa labor.

Este logro es para todos ustedes, quienes han sido parte fundamental en mi camino hacia el éxito.

Resumen

Este estudio tiene como objetivo explorar variables relacionadas con la accesibilidad de las personas sordas a los servicios de atención psicológica en comparación con una muestra de personas oyentes, su nivel de salud mental y su posible relación con la satisfacción de las necesidades psicológicas básicas y la resiliencia. Para ello se realizó un cuestionario online en el que participaron 149 personas, de las cuales 56 eran personas sordas y 93 oyentes. Según indican nuestros resultados, con la muestra estudiada, las personas sordas conocen mejor y han acudido más a los servicios de salud mental que las personas oyentes y, de forma no esperada, presentan mejores niveles de salud mental que éstas. Se discuten posibles explicaciones de estos resultados, incidiendo en la idea de que la sordera en sí misma no es un factor causante de problemas de salud mental, sino que depende de que las personas sordas reciban una atención psicológica especializada y adecuada a sus necesidades.

Palabras clave: Personas sordas, Accesibilidad, Salud Mental, Resiliencia, Satisfacción de necesidades básicas.

Abstract

This study aims to explore the accessibility of deaf people to clinical psychological services compared to a sample of hearing people, their level of mental health and its possible relationship with the satisfaction of psychological basic needs and resilience. To this aim, an online questionnaire was carried out in which 149 people participated, of which 56 were deaf and 93 hearing. According to our results, with the sample studied, deaf people know better and have attended more mental health services than hearing people and, unexpectedly, they have better levels of mental health than hearing people. Possible explanations for these results are discussed, emphasizing the idea that deafness itself is not a factor that causes mental health problems, but depends on deaf people receiving specialized psychological care appropriate to their needs.

Keywords: Deaf people, Accessibility, Mental Health, Resilience, Satisfaction of psychological needs.

1. Introducción

1.1. La salud mental y la realidad de las personas sordas

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como un estado de bienestar en el cual una persona es consciente de sus propias capacidades, puede hacer frente a las tensiones normales de la vida, puede trabajar de manera productiva y fructífera, y es capaz de contribuir a su comunidad. Es importante destacar que la definición de salud mental de la OMS reconoce que la salud mental abarca diversos aspectos de la vida y va más allá de la mera ausencia de enfermedad mental, implicando el equilibrio emocional, psicológico y social de una persona (OMS, 2022).

La OMS también reconoce que las personas con discapacidad experimentan significativas desigualdades en materia de salud en comparación con las personas sin discapacidad (OMS, 2023).

Hasta el momento, la comunidad sorda ha sido excluida del sistema de salud mental debido a las barreras comunicativas y la falta de formación de los profesionales (Gerber, 1983). Esto ha obligado a las personas pertenecientes a la comunidad sorda a asociarse para defender sus derechos, así como su identidad y su cultura específicas. En 1906 nace la primera asociación de personas sordas de España. En 1936 se habían constituido 15 asociaciones de personas sordas, gestándose el origen de la actual Confederación Estatal de Personas Sordas (CNSE). Si bien, es con el comienzo de la democracia en 1978, cuando surgen las federaciones autonómicas para personas sordas y comienza a establecerse la estructura actual del movimiento asociativo, constituido por asociaciones locales integradas en las federaciones autonómicas, y éstas en la CNSE, que a su vez está integrada y forma parte de la Unión Europea de Personas Sordas. En Canarias, hasta 1996, existían diversas asociaciones para personas sordas que trabajaban de forma independiente, año en el que se constituye la Federación de Asociaciones de Personas

Sordas de las Islas Canarias (FASICAN). El objetivo principal de estas asociaciones es trabajar para que las personas sordas que viven en Canarias se encuentren en una situación de igualdad y asegurar su acceso e integración a todos los niveles de la sociedad.

La pérdida de audición es un problema global de gran magnitud, con un impacto significativo en la calidad de vida de las personas afectadas, especialmente en aquellos países con menos recursos económicos. Según las estimaciones de la OMS, en el año 2050, alrededor de 2500 millones de personas sufrirán algún grado de pérdida auditiva, y al menos 700 millones, es decir, una de cada diez personas, necesitarán atención y rehabilitación específica.

Según la Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia del INE (EDAD, 2020), en España hay 1.233.400 personas sordas (es decir, alrededor de un 2,6 de la población total), de las cuales aproximadamente 55.700 (4,5%) viven en Canarias. La OMS (2021) clasifica la *sordera en leve o moderada* (pérdidas de 16 a 40 dB, implica una discapacidad moderada), *severa* (pérdidas de 41 a 90 dB, implica una discapacidad severa); y *profunda* (pérdida superior a 91 dB, implica una discapacidad total). Atendiendo a esta clasificación, el 47,6% de las personas sordas en España presentan una sordera severa (585.500 personas), el 28,9% sordera profunda (331.300 personas) y el 25,2% sordera leve o moderada (309.300 personas).

Hay dos tipos principales de sordera, la conductiva y neurosensorial (Zahnert, 2011). La *conductiva* es una pérdida de audición que se debe a problemas en el oído externo o medio (como ocurre por ejemplo en el caso de una infección del oído medio); mientras que la *neurosensorial*, está causada por una disfunción de la cóclea, el nervio coclear o ambos (que, a grandes rasgos, es la estructura funcional encargada de decodificar esta información sensorial que recibe el oído y enviársela al cerebro en forma de impulsos nerviosos).

Independientemente de su etiología, desde la perspectiva psicológica, un aspecto crucial de la sordera es la edad de inicio. La *sordera prelocutiva* se produce cuando la pérdida auditiva afecta a las personas antes de aprender un idioma; mientras que la *sordera postlocutiva* tiene lugar después de aprender un idioma (Fellinger y cols. 2012).

Debido a la limitación sensorial auditiva, las personas sordas han incorporado de forma natural las *lenguas de signos*, como respuesta creativa a la necesidad humana de comunicación e interacción social. Las lenguas de signos son lenguas naturales de carácter visual, espacial, gestual y manual, en cuya formación intervienen factores históricos, culturales, lingüísticos y sociales (Ley 27/2007, artículo 4) y cuyo estatus lingüístico está avalado científicamente (Fernández y Pertusa, 1996; Plann, 1997; Sacks, 1997). Además, como cualquier otro lenguaje, se trata de un elemento cohesionador fundamental en las comunidades de personas sordas, gracias al cual no solo se pueden comunicar y acceder a la información, sino que también construyen su identidad y comparten normas y valores (Orihuela, 2000).

Las personas sordas constituyen una población con una *variabilidad* mucho mayor que la de los individuos de audición normal. Esta variabilidad responde tanto a factores de índole fisiológico (grado y tipo de pérdida auditiva o la etiología, etc.); como a factores de tipo contextual o social, como el estatus auditivo de los padres y madres (si son sordos u oyentes), la calidad y el tipo de educación que recibe la persona sorda, etc. Por tanto, la sordera no sólo implica una condición *biológica o médica*, sino que abarca también aspectos *psicológicos y sociales*, lo que la hace una condición compleja y multidimensional (Orihuela, 2000). Por esta razón, la Federación Mundial de Personas Sordas reconoce la necesidad de las personas sordas de recibir una atención médica y psicológica especializada, por parte de profesionales expertos y con las habilidades necesarias para ello (Orihuela, 2000).

La *Comunidad Sorda* está constituida por personas sordas y oyentes que comparten la misma lengua y la misma cultura. Según la Confederación Estatal de Personas Sordas (CNSE) se define como: *“aquella que participa de unos valores culturales y lingüísticos contruidos en torno a la lengua de signos y a una concepción visual del mundo (...). Está dotada de una estructura asociativa con tupidas redes de relaciones, articuladas alrededor de entidades organizadas y cultura propia y donde la sordera no es considerada ni deficiencia ni discapacidad”*.

La importancia de la participación activa en la comunidad sorda, tanto para niñas y niños como para adultos, ha sido constatada en varios estudios que han demostrado que tiene un impacto positivo para el desarrollo de una competencia lingüística más avanzada y para la formación del sentido de pertenencia y la identidad. Todos estos aspectos, a su vez, repercuten positivamente en la reducción del riesgo de padecer trastornos de ansiedad y baja autoestima, mejorando así la calidad de vida de las personas sordas (Paz y Salamanca, 2009).

El derecho a la identidad lingüística y cultural –a través de las lenguas de signos– de las personas sordas está reconocido y protegido por la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, en su artículo 30. En Canarias, el artículo 16 de la Ley Orgánica 1/2018, de 5 de noviembre, de la reforma del Estatuto de Autonomía de Canarias, en el que se establecen los derechos de las personas en situación de discapacidad y dependencia, en su punto 4, garantiza el uso y la protección de la lengua de signos española, así como la igualdad de trato para las personas sordas que opten por esta lengua en Canarias: *“El uso de la lengua de signos española y las condiciones que permitan alcanzar la igualdad de trato de las personas sordas que opten por esta lengua, que será objeto de enseñanza, protección y respeto. A estos efectos, y entre otras acciones, se*

adoptarán las medidas necesarias que permitan la comunicación a través de la lengua de signos entre las personas sordas y las Administraciones de la Comunidad”.

No obstante, y como se ha señalado anteriormente, la variabilidad es una característica relevante del colectivo de personas sordas y lo es también en lo que se refiere a la modalidad de comunicación. Para algunas personas sordas la lengua de signos es su primera lengua, mientras que para otras es la lengua oral. También hay personas sordas que dominan ambas lenguas y se sienten cómodas usando una u otra dependiendo del contexto. Por otro lado, algunas personas sordas aprendieron la lengua de signos en la infancia, mientras que otras la adquirieron en la edad adulta. Además, existen personas sordas que utilizan audífonos o implantes cocleares, y entre ellas, algunas utilizan la lengua de signos y otras no. También encontramos personas que consideran que las ayudas técnicas para la audición son suficientes para participar en el mundo que les rodea, mientras que otras consideran que, aunque son necesarias, son insuficientes (Orihuela, 2000). Por último, dependiendo de su acceso al sistema educativo, también hay una alta variabilidad entre las personas sordas en cuanto a su nivel de expresión y comprensión escrita (Orihuela, 2000).

Es importante destacar que la sordera *en sí misma* no causa trastornos psicológicos o psiquiátricos (Gentili y Holwell, 2011; Ros, 2022). En este sentido, debe evitarse la relación directa entre sordera y enfermedad mental (Olazabal y cols., 2014). La sordera se convierte en un factor de riesgo que puede tener un impacto negativo en la vida de las personas cuando no se atienden correctamente las necesidades específicas de las personas sordas y, especialmente, si la pérdida auditiva ocurre antes o durante el período de adquisición del lenguaje, cuando no se garantiza el acceso al lenguaje de las niñas y niños sordos, pues están expuestas a las consecuencias negativas de la privación lingüística (Hall y cols. 2017; Ros, 2022).

La *privación del lenguaje* impide el desarrollo adecuado de las habilidades cognitivas (memoria, razonamiento, resolución de problemas, etc.) e impide o dificulta el desarrollo social y emocional apropiado de la persona. Esto tiene repercusiones graves en la calidad de vida de las personas sordas ya que, según Hall y cols. (2017) tiene un efecto “bola de nieve”: la falta de desarrollo de las habilidades cognitivas y sociales pueden aumentar la probabilidad de aparición de una enfermedad mental; las dificultades de comunicación hacen que las niñas y niños sordos sufran con frecuencia acoso escolar; y al no recibir una educación adecuada a su condición, las personas sordas, a menudo, ocupan puestos de trabajo más bajos que el resto de la población activa, entre otras cuestiones (Hall y cols.,2017).

Es importante enfatizar que la privación del lenguaje no es una condición que deban sufrir necesariamente las niñas y los niños sordos. No es que las personas sordas no puedan aprender un lenguaje, sino que encuentran dificultades para acceder al lenguaje oral. Así pues, la privación lingüística se debe a factores sociales y a elecciones educativas “oralistas” basadas en sesgos y prejuicios (Hall y cols., 2017). Con frecuencia los padres de niñas y niños sordos deciden no enseñarles lengua de signos porque piensan que es un obstáculo para el aprendizaje de la lengua oral. Sin embargo, esta opinión no está abalada científicamente. Así, por ejemplo, en un estudio Cheng y cols. (2019) demostraron que las niñas y los niños sordos expuestos a la lengua de signos en el período crítico presentan exactamente el mismo grado de desarrollo cerebral que las niñas y los niños oyentes. Como ya se ha señalado, si bien está claramente establecido que la sordera puede ser un factor de riesgo para el desarrollo psíquico normal de la niña y del niño sordo, la aparición de problemas de salud mental en personas sordas no está directamente relacionada con la sordera, sino con factores ambientales y sociales (privación lingüística, estigma,

discriminación y exclusión social) que hacen de esta condición un factor de riesgo para el desarrollo íntegro de la persona (Ros, 2022; Theunissen y cols., 2011).

1.2. *Accesibilidad a los Servicios de Salud mental de las personas sordas*

Las investigaciones sobre salud mental en personas sordas, en general, muestran que las personas sordas presentan peores indicadores de salud mental que las personas oyentes (Orihuela, 2000). Sin embargo, como ya se ha señalado, no basta con constatar que existe una mayor incidencia de problemas de salud mental en la población sorda, sino que es necesario cuestionar y profundizar en sus posibles causas.

Multitud de estudios han demostrado que existe una desigualdad en el acceso y la calidad de los servicios de salud mental para las personas sordas (Fellinger y cols., 2012; Vernon y Leigh, 2007). Los servicios a los que pueden acceder las personas sordas son de menor calidad y, con frecuencia, no proporcionan tratamientos adaptados a sus necesidades, destacando la escasez de profesionales sordos o con conocimiento de la lengua de signos y sobre la comunidad y la cultura sorda (Fellinger y cols., 2012). El acceso a la comunicación con los profesionales sanitarios es esencial para lograr un diagnóstico, tratamiento y seguimiento precisos. La existencia de estas *barreras lingüísticas y culturales* hace que los problemas de las personas sordas no puedan abordarse adecuadamente y que aumente considerablemente el riesgo de un mal diagnóstico, con todas las consecuencias negativas que esto puede acarrear para la vida de la persona sorda. Como se señaló, uno de los principales problemas encontrados es el lenguaje, ya que el idioma de los profesionales de la salud mental en raras ocasiones coincide con el idioma nativo de las personas sordas. Esto es especialmente relevante en los casos de personas sordas cuya lengua materna es la lengua de signos. Una solución al problema del idioma en contextos en los que el profesional no domine la lengua de signos es recurrir a la ayuda

de un *intérprete*. Un intérprete de la lengua de signos española es un profesional que se encarga de facilitar la comunicación entre personas sordas que utilizan la lengua de signos y personas oyentes que utilizan el español hablado. Su presencia en el ámbito sanitario es fundamental para garantizar una comunicación efectiva entre los profesionales de la salud y las personas sordas. La participación de intérpretes generalmente tiene un impacto positivo en la experiencia clínica de las personas sordas. Por ejemplo, se ha demostrado que con un intérprete las personas sordas acceden a los servicios de salud mental con mayor facilidad y siguen el tratamiento prescrito con mayor precisión (Steinberg y cols., 2006). No obstante, la inclusión de un intérprete altera la dinámica de la relación profesional sanitario-paciente pues, al fin y al cabo, se trata de una tercera persona que está presente durante la interacción. Además, dado el contexto especializado en el que se desarrolla la interpretación, es necesario que el intérprete tenga conocimientos de salud mental y que ambos profesionales, intérprete y personal sanitario, sepan cooperar (Morere y cols., 2019; Vernon y Leigh, 2007). Por último, aunque los intérpretes profesionales tienen un código ético estricto que exige confidencialidad e imparcialidad en su trabajo, en comunidades pequeñas, con un número reducido de intérpretes y cuando la persona sorda y el intérprete ya se conocen, la confidencialidad puede quedar comprometida (Steinberg, 1991; Orihuela, 2000). Así pues, la falta de comunicación eficaz entre la persona sorda y el personal sanitario, ya sea por desconocimiento de la lengua de signos, como por desconocimiento de la comunidad y las características de las personas sordas, o debido a un dominio limitado del lenguaje por parte de la persona sorda, puede llevar a diagnósticos erróneos y evaluaciones inadecuadas, ya que el profesional puede no comprender adecuadamente la realidad de estos pacientes (Black & Glickman, 2006; Kushalnagar y cols., 2019).

De hecho, uno de los principales problemas que expresan las y los pacientes sordos es la mala comunicación con el personal médico (Steinberg y cols., 2006); además, manifiestan su deseo de ser atendidas por profesionales de salud mental que sean competentes en la atención a este colectivo (Black & Glickman, 2006) e informan de una *mayor satisfacción* cuando el profesional sanitario domina la lengua de signos y, conoce los aspectos sociales y culturales asociados a la sordera (Vernon y Leigh, 2007). Es en esos casos cuando la experiencia de la persona sorda se acerca, en términos de calidad, a la de las personas oyentes (Orihuela, 2000).

Una idea central de este trabajo es que la condición de sordera en sí misma, si bien constituye un factor de riesgo por las razones anteriormente descritas, no es causante *per se* de problemas de salud mental. Ya que, si las personas sordas disponen de un acceso adecuado al lenguaje y pueden acceder de forma igualitaria a servicios de salud mental especializados y ajustados a sus necesidades, no tendrían que presentar peores indicadores de salud mental que las personas oyentes. Con el objetivo de valorar otros aspectos relacionados con la salud mental, además de la condición de sordera, en este estudio se explorará la relación entre salud mental, necesidades psicológicas básicas y resiliencia.

1.3. Variables relacionadas con la Salud mental: Satisfacción de necesidades psicológicas básicas, y Resiliencia

La *teoría de la autodeterminación* de Ryan y Deci (2000) plantea la existencia de tres necesidades psicológicas que serían innatas, universales y esenciales para la salud y el bienestar. Estas necesidades son: a) *la autonomía*, es decir, es la necesidad de sentir que tenemos capacidad de decidir sobre nuestros propios actos, de expresar nuestras ideas y opiniones sin sufrir presiones externas, y de elegir libremente cómo vivir nuestra vida; b) *la competencia*, que se refiere a la necesidad de sentirse hábil y eficaz en el desempeño

de nuestras tareas, sentir “éxito”, y sentirnos capaces de aprender nuevas habilidades; c) *la relación*, que es la necesidad de sentirnos en buena sintonía con las personas cercanas, disfrutando de una vida social activa. Según esta teoría la satisfacción de las tres necesidades básicas constituye un requisito indispensable para el desarrollo psicológico, la salud y el bienestar (González-Cutre y cols., 2015; Sheldon & Niemiec, 2006; Vallerand y Verner-Filion, 2013, entre otros). En cuanto a la *resiliencia* hace referencia a la capacidad humana para enfrentar, superar y salir fortalecido de las experiencias adversas (Grotberg, 2001). Según Rutter (1993), implica una serie de procesos sociales e intrapsíquicos que permiten mantener una vida saludable en un entorno desfavorable. Por último, Melillo y cols. (2001) resaltan la importancia de transformarse y fortalecerse tras enfrentar y superar la adversidad. Varios estudios demuestran la relación positiva entre la *resiliencia* y la *salud mental*. Por ejemplo, Beutel y cols. (2010) encontraron que las personas con alta resiliencia presentan niveles más bajos de trastornos psicológicos, una mayor calidad de vida percibida y un mejor funcionamiento general. Otros estudios también han encontrado que las personas con niveles más bajos de resiliencia presentan mayores niveles de trastornos psicológicos, como depresión, ansiedad y estrés, en comparación con los individuos con niveles más altos de resiliencia (Pidgeon y cols., 2014, entre otros). Teniendo en cuenta los resultados previos que indican que las personas sordas, en general, presentan peores índices de salud mental que las personas oyentes, es posible que estas diferencias puedan estar relacionadas también con diferencias en cuanto a la satisfacción de las necesidades psicológicas básicas de competencia, autonomía y relación y al nivel de resiliencia de las personas sordas en comparación con las oyentes.

1.4 *Objetivos e hipótesis*

El objetivo general de esta investigación es explorar variables relacionadas con la accesibilidad a los servicios de atención psicológica de una muestra de personas sordas en comparación con una muestra de personas oyentes, así como estudiar la relación entre Salud mental, la Satisfacción de las necesidades psicológicas básicas y la Resiliencia. Los objetivos específicos y las hipótesis que guían este estudio, se detallan a continuación:

H1) Explorar y confirmar la existencia de diferencias entre las personas sordas y oyentes en cuanto a la accesibilidad a los servicios de Salud mental.

H2) Confirmar correlaciones significativas entre las variables Salud mental, Satisfacción de necesidades psicológicas básicas y Resiliencia.

H3) Explorar la existencia o no de diferencias significativas entre la muestra de personas sordas y oyentes en los índices de Salud mental, Satisfacción de necesidades psicológicas básicas y Resiliencia.

2. MÉTODO

2.1. *Participantes*

La muestra está formada por 149 personas (107 mujeres), con edades comprendidas entre 18 y 67 años ($M = 30,82$ y $Dt = 12,23$), de las cuales 56 son personas sordas y 93 personas oyentes. Del total de personas sordas, 34 personas informan que utilizan como vía de comunicación tanto la LSE como la lengua oral (61%), 20 personas indican que su vía de comunicación es la LSE (36 %), y 2 personas indican que sólo su vía de comunicación es la lengua oral (3,6 %). El *nivel educativo* (evaluado en una escala de 1, estudios básicos; 2, estudios medios; 3, estudios universitarios; y 4, máster) y el *nivel de ingresos económicos por unidad familiar* (evaluado en una escala de 1, menos de 1000 eur./mes; 2, entre 1000-1500 eur./mes; 3, entre 1500-2000 eur./mes; y 4, más de 2000 eur./mes) de

la muestra de personas sordas y de personas oyentes incluidas en este estudio se puede considerar medio-alto (Nivel educativo: personas sordas: $M = 2,7$; $Dt = 1,00$; personas oyentes: $M = 2,86$; $Dt = 0,54$; Nivel de ingresos económicos: personas sordas: $M = 2,03$; $Dt = 0,91$; personas oyentes: $M = 1,92$; $Dt = 1,00$). Se verificó que no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en estas variables (nivel educativo: U de Mann-Whitney = 2532,000, $p = 0,749$; nivel de ingresos: U de Mann-Whitney = 2298,500, $p = 0,199$). A modo de comprobación, también se verificó que no existen diferencias de género en estas variables en la muestra estudiada.

2.2. Instrumentos

- *Datos Personales y Sociodemográficos*: se incluyeron preguntas sobre la edad, el sexo, el nivel educativo y la situación económica y laboral actual; por su relevancia en este estudio también se incluyeron cuestiones relacionadas con la condición de sordera. Todos los instrumentos utilizados en este estudio se pueden consultar en la siguiente dirección de internet:
https://docs.google.com/forms/u/1/d/1D_zhkaHni9S2raEd5H4yk_BcZJeRt7MHwnwreAL6n2Y
- *Indicadores relacionados con los servicios de salud mental*: se incluyeron varias preguntas que exploran el conocimiento y acceso de las personas a los servicios de salud mental; así como los principales motivos por los que han acudido y su valoración de éstos.
- *General Health Questionnaire* (GHQ-12, Goldberg y Williams, 1988; adaptación española elaborada por López-Castedo y Fernández, 2005). Se compone de 12 ítems, que evalúan problemas de salud sufridos en las últimas semanas. Se responde mediante una escala de puntuación dicotómica (0-0-1-1), llamada puntuación GHQ.

Puntuaciones mayores o iguales a 5 indican riesgo de patología emocional. La consistencia interna del cuestionario en este estudio fue de 0,902 (α de Cronbach).

- *Escala breve de Resiliencia* (CD-RISC, Connor y Davidson, 2003; adaptación española de Notario-Pacheco y cols., 2011). Está formada por 10 ítems que se responden en una escala tipo Likert de cinco puntos, desde 0 (*totalmente en desacuerdo*) hasta 4 (*totalmente de acuerdo*). Mayores puntuaciones se interpretan como un nivel mayor de resiliencia (α de Cronbach = 0,878).
- *Escala de Satisfacción de Necesidades psicológicas Básicas en General* (BNSG-S, Gagné, 2003; adaptación al español de González-Cutre y cols., 2015). Está formada por 21 ítems que miden la satisfacción de las necesidades de competencia, autonomía y relación. Los ítems se responden en una escala tipo Likert que va desde 1 (*nada verdadero*) a 7 (*totalmente verdadero*). La puntuación obtenida se interpreta como un índice de satisfacción en las necesidades básicas (α de Cronbach = 0,885).

2.3. Procedimiento

Los participantes fueron contactados a través de WhatsApp, donde se les solicitó colaborar en la investigación y se les proporcionó un enlace para acceder al cuestionario en línea. Antes de comenzar el cuestionario, se estableció un requisito explicando que solo las personas sordas con un nivel de lecto-escritura medio-alto podían participar. Los participantes accedieron voluntariamente a completar el cuestionario de forma anónima después de recibir las instrucciones. El cuestionario se envió el 17 de febrero y se cerró el 21 de marzo, lo que implicó un período de recopilación de datos de un mes aproximadamente.

3. Resultados

La primera hipótesis de este estudio explora si existen diferencias significativas o no entre la muestra de personas sordas y la muestra de personas oyentes en variables relacionadas con el conocimiento y accesibilidad a los servicios de salud mental. En cuanto al *conocimiento y el acceso a los servicios de salud mental* se encontraron diferencias significativas entre las personas sordas y oyentes. El 83,9% de las personas sordas *saben dónde pueden acudir en caso de necesitar ayuda por un problema de salud mental* frente al 66,6% de las personas oyentes ($\chi^2 = 5,303, p = 0,021$). Además, el 82,1% de las personas sordas afirma *haber acudido alguna vez a la consulta de un profesional de la psicología* frente al 66,6% de las personas oyentes ($\chi^2 = 4,197, p = 0,040$).

Por otro lado, no existen diferencias significativas entre las personas sordas y oyentes en cuanto a los *motivos* por los que afirman haber acudido al servicio de salud mental ($\chi^2 = 7,591, p = 0,370$), siendo los más frecuentes los relacionados con el manejo de emociones y el desarrollo personal (personas sordas: 19,15%; personas oyentes: 16,13%) y los problemas de ansiedad (personas sordas: 12,77%; personas oyentes: 14,52%). Destacar que solo 4 personas sordas (8,5% de las personas sordas que han acudido a servicios de salud mental) afirma haber ido al psicólogo/a por problemas asociados con su condición de sordera (ver Figura 1).

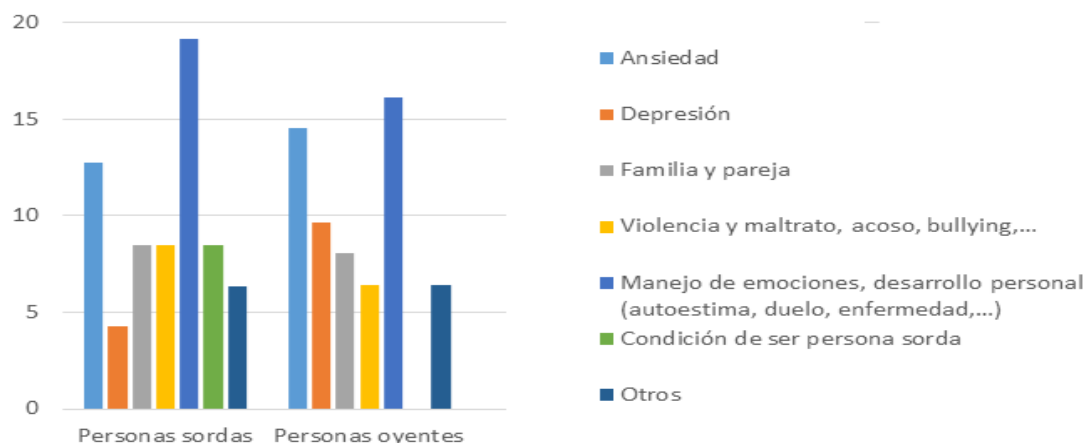


Figura 1. Principales motivos por los que se ha acudido a consulta de un profesional (en porcentaje) para personas sordas y oyentes.

En cuanto a la pregunta *qué fue lo más que te ayudó del servicio recibido* tampoco se encontraron diferencias significativas entre las personas sordas y oyentes ($\chi^2 = 4,648, p = 0,460$), destacando la adquisición de habilidades para la gestión emocional (personas sordas: 36,3 %; personas oyentes: 29,2%) (ver Figura 2).

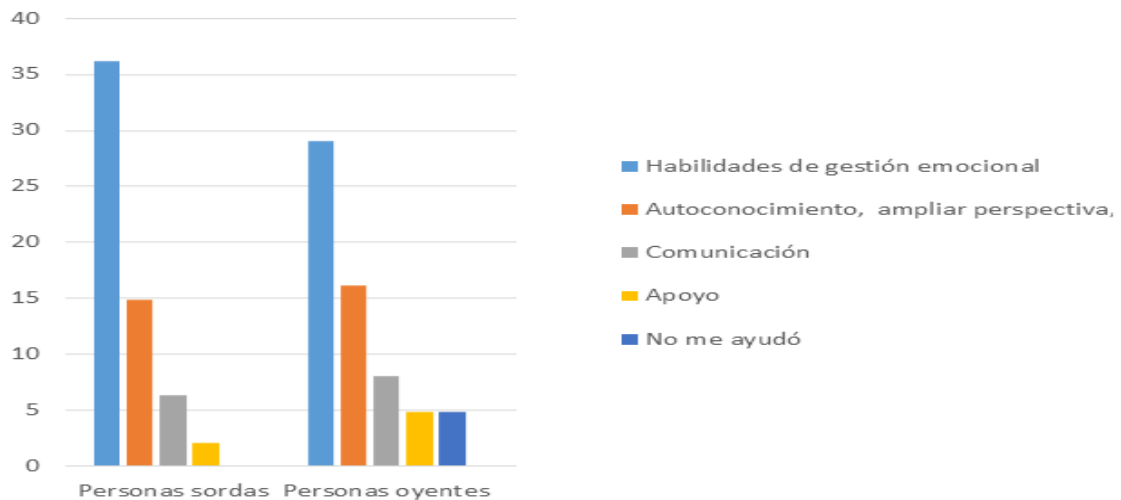


Figura 2. Principales elementos de ayuda de la atención clínica recibida (en porcentaje) para personas sordas y oyentes.

Sí se encontraron diferencias significativas entre personas sordas y oyentes en la variable *qué fue lo menos que te ayudó del servicio recibido* ($\chi^2 = 19,726, p = 0,006$). En la Figura 3 se puede observar cómo un 20% de las personas sordas reconoce que la principal dificultad fue el desconocimiento por parte del profesional de la LSE y de la realidad de las personas sordas; mientras que para las personas oyentes el principal problema relacionado con el servicio fue la falta de disponibilidad (por motivos económicos) y el poco tiempo de atención clínica recibida (11,29%).

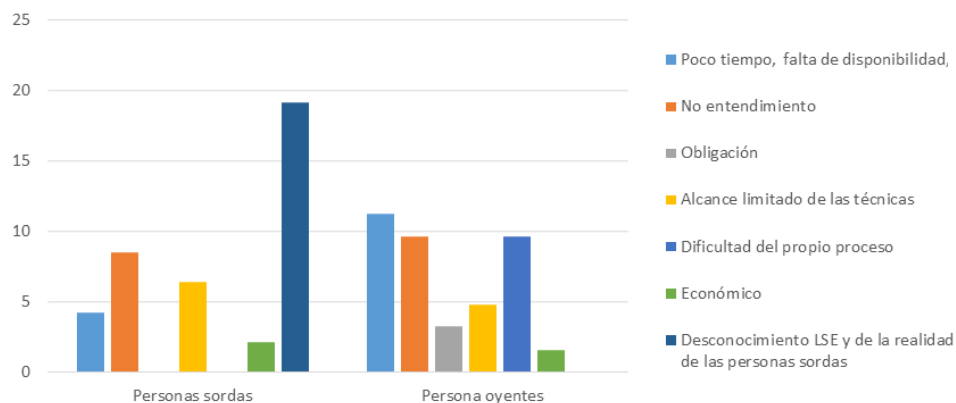


Figura 3. Elementos de dificultad o “no ayuda” de la atención clínica recibida (en porcentaje) para personas sordas y oyentes.

Por último, tampoco existen diferencias significativas entre personas sordas y oyentes en lo que se refiere a la *valoración del servicio recibido*. Ambos colectivos valoran los servicios psicológicos recibidos y la ayuda recibida con un 3,50, en una escala del 1 (muy malo) hasta 5 (muy bueno) ($U = 1023,500$, $p = 0,990$).

En resumen, se podría afirmar que las principales diferencias encontradas entre la muestra de personas sordas y oyentes estudiada radican, por un lado, en que las personas sordas conocen y acceden más a los servicios de salud mental en comparación con las personas oyentes; y por otro en cuanto al principal obstáculo a la hora de recibir la atención psicológica: para las personas oyentes es la falta de disponibilidad de los servicios (a nivel económico y de tiempo), mientras que para las personas sordas se trata del desconocimiento de la LSE así como de la realidad específica de las personas sordas por parte de los profesionales de la psicología. Este último resultado se refuerza si se compara el *tipo de profesional por el que las personas sordas informan que fueron atendidos* (Figura 4, izquierda) frente al *tipo de profesional por el que les gustaría ser atendidos* (Figura 4, derecha). Además, nuestro estudio muestra que las personas sordas valoran la *importancia de contar con profesionales de la salud mental sordos* con un 4,79 ($Dt = 0,62$) (en una escala de 1, nada importante; a 5, muy importante).

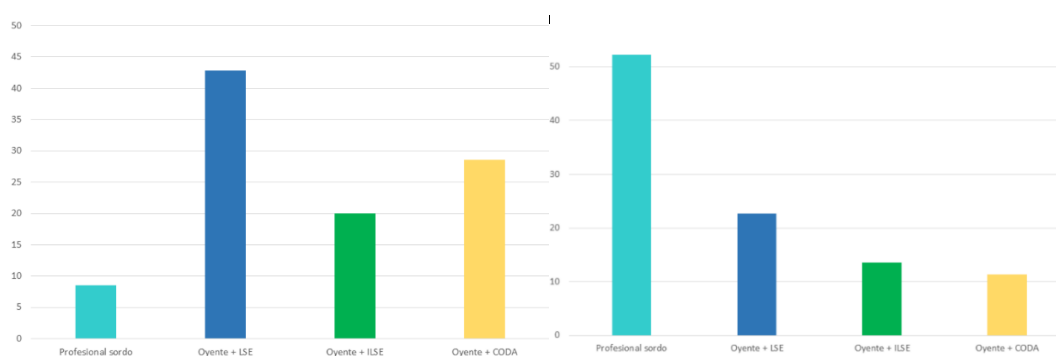


Figura 4. A la izquierda, tipo de profesional por el que fue atendida la persona sorda; a la derecha tipo de profesional por el que le gustaría ser atendido a la persona sorda (en porcentaje).

La segunda hipótesis de este trabajo pretende confirmar, de acuerdo con la literatura previa, que existen relaciones significativas entre las variables Salud mental, Resiliencia y Satisfacción de necesidades psicológicas básicas. Tras verificar con el test de *Kolmogorov-Smirnov* que la distribución de la muestra no es normal ($p < 0,05$), se procedió a realizar una correlación bivariada de Spearman. Los resultados obtenidos confirman que las variables analizadas presentan correlaciones significativas medias (coeficientes de correlación entre 0,3 y 0,5) y altas (coeficientes de correlación entre 0,5 y 0,7) (ver Tabla 1).

Tabla 1. Correlaciones (r de Spearman) entre Salud mental, Resiliencia y Satisfacción de las necesidades psicológicas básicas (SNB) de competencia, autonomía y relación.

| | Salud mental | Resiliencia | SNB- Compet. | SNB- Autono. | SNB- Relación |
|-----------------|--------------|-------------|--------------|--------------|---------------|
| Salud mental | - | | | | |
| Resiliencia | -0,342** | - | | | |
| SNB-Competencia | -0,534** | 0,564** | - | | |
| SNB-Autonomía | -0,484** | 0,431** | 0,620** | - | |
| SNB-Relación | -0,396** | 0,340** | 0,519** | 0,650** | - |

Nota 1. ** $p < .01$.

Nota 2. La correlación con Salud mental es negativa porque cuanto mayor es la puntuación en el GHQ, peor es la salud mental.

Por último, la tercera hipótesis explora si existen de diferencias significativas entre las personas sordas y oyentes en los índices de Salud mental, Resiliencia y Satisfacción de necesidades básicas. De nuevo, tras comprobar con el test de *Kolmogorov-Smirnov* que las muestras no siguen una distribución normal ($p < 0,05$), se procedió a realizar una prueba no paramétrica para comparar las medias de dos muestras independientes utilizando la *U* de Mann-Whitney. Tal y como se observa en la Tabla 2, en cuanto a la *Salud mental*, se encontraron diferencias significativas entre la muestra de personas sordas y oyentes. Concretamente, y en contra de lo esperado, las personas sordas presentaron mejores índices de salud mental que las personas oyentes (personas sordas: $M = 3,39$, $Dt = 3,34$; personas oyentes: $M = 4,80$, $Dt = 3,06$).

Tabla 2. Mediana y rango promedio (entre paréntesis) de las personas sordas y oyentes en los cuestionarios de Salud mental, Resiliencia, Satisfacción de las necesidades básicas (SNB) de competencia, autonomía y relación; valor del estadístico *U* de Mann-Whitney y nivel de significación asociado a dicho estadístico (en negrilla se destacan las diferencias significativas).

| | Mediana Personas sordas | Mediana Personas oyentes | U de Mann-W. | Nivel de signif. |
|-----------------|----------------------------|-----------------------------|--------------|------------------|
| Salud mental | 2,00 (65,79) | 4,00 (80,55) | 2088,000 | ,042 |
| Resiliencia | 3,10 (80,77) | 2,90 (71,59) | 2286,500 | ,213 |
| SNB-Competencia | 5,33 (80,63) | 4,33 (66,79) | 1840,500 | ,003 |
| SNB-Autonomía | 5,00 (79,95) | 4,71 (72,02) | 2327,000 | ,277 |
| SNB-Relación | 5,25 (71,71) | 5,37 (76,98) | 2420,000 | ,470 |

En cuanto a la *Resiliencia*, no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos, lo cual indica que ambos colectivos presentan, según nuestros resultados, un índice similar para la adaptación a situaciones adversas y eventos estresantes

significativos (en una escala del 0 al 4, personas sordas: $M = 3,00$, $Dt = 0,56$; personas oyentes: $M = 2,87$, $Dt = 0,61$). En cuanto al *nivel de Satisfacción de las necesidades básicas*, solo se encontraron diferencias significativas entre personas sordas y oyentes en la *necesidad de competencia*. Concretamente, las personas sordas muestran una mayor puntuación en este componente que las personas oyentes, indicando que se perciben como más eficaces a la hora de desempeñar adecuadamente sus tareas, y más capaces de lograr sus objetivos y aprender nuevas habilidades (en una escala del 1 al 7, personas sordas: $M = 5,05$, $Dt = 0,98$; personas oyentes: $M = 4,52$, $Dt = 1,05$).

4. Discusión y conclusiones

Este estudio se planteó con el objetivo de explorar la accesibilidad a los servicios de atención psicológica clínica de una muestra de personas sordas en comparación con una muestra de personas oyentes, su nivel de salud mental y su posible relación con la satisfacción de las necesidades básicas y la resiliencia. Nuestros resultados indican, en primer lugar, que la principal diferencia entre las personas sordas y oyentes radica en que *las personas sordas conocen y acceden más a los servicios de salud mental* que las personas oyentes. En segundo lugar, y en contra de lo esperado, la muestra de personas sordas que ha participado en este estudio presenta *un nivel de salud mental mejor significamente* que las personas oyentes. En este estudio, además, se constata la existencia de relaciones positivas significativas entre la Salud mental, la Resiliencia y la Satisfacción de las necesidades básicas. La única diferencia significativa entre personas sordas y oyentes en las variables de Resiliencia y Satisfacción de necesidades, se observa en la *necesidad de competencia*, de nuevo, a favor de las personas sordas, que se muestran más seguras de su capacidad para lograr metas y aprender nuevas habilidades que las personas oyentes. Es posible que las personas sordas, por la dimensión médica que tiene esta

condición, estén más en contacto con los servicios sanitarios y de salud mental que las personas oyentes. Esto podría explicar que la muestra de personas sordas estudiada tenga un mejor conocimiento de éstos, acceda con mayor frecuencia y esto tenga una repercusión positiva en su salud mental.

En cuanto a las limitaciones de este estudio, consideramos que la principal es la falta de representatividad de las muestras estudiadas, tanto de las personas sordas (todas con un nivel educativo medio-alto), como de las personas oyentes (estudiantes universitarios en su mayoría), lo cual presenta dificultades a la hora de extrapolar los resultados obtenidos a la población en general.

Por último y para concluir, nuestros resultados refuerzan la idea de que la sordera en sí misma no es un factor causante de problemas de salud mental, sino que esto depende de si las personas sordas reciben o no una atención psicológica adecuada a sus necesidades. En este sentido, es necesario seguir trabajando para promover una atención sanitaria accesible, inclusiva y de calidad para la comunidad de personas sordas. Esto se lograría, tal y como expresan las personas sordas que han participado en nuestro estudio, a través de servicios especializados formados por profesionales sordos, o por profesionales con un conocimiento amplio de la comunidad sorda y la lengua de signos, o en su defecto disponiendo de intérpretes de lengua de signos cualificados (Muñoz, 2006).

5. Referencias bibliográficas

- Black, P. A. y Glickman, N. S. (2006). Demographics, psychiatric diagnoses, and other characteristics of North American Deaf and hard-of-hearing inpatients. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 11(3), 303-21.
- 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.
- Comunidad Autónoma de Canarias (BOC, núm. 50 de 24 de abril de 1995). *Ley 8/1995, de 6 de abril, de Accesibilidad y Supresión de Barreras Físicas y de la Comunicación*. Recuperado de: <https://www.boe.es/eli/es-cn/l/1995/04/06/8/con>
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a New Resilience Scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82.
- EDAD (2020). *Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia del INE*. Recuperado el 30 de junio de 2023 de <https://escuelas.excepcionales.es/2022/09/infografia-personas-sordas-poblacion.html>
- Fellinger, J., Holzinger, D., y Pollard, R. (2012). Mental health of deaf people. *The Lancet*, 379(9820), 1037-1044.
- Fernández, M. y Pertusa, E. (1996). Reflexiones sobre la escritura y la alfabetización de los niños sordos. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 16, 79-85.
- Gagne, M. (2003). The role of autonomy support and autonomy orientation in prosocial behavior engagement. *Motivation and Emotion*, 27, 199-223.

- 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.
- Gerber, B. M. (1983). A communication minority: Deaf people and mental health care. *American Journal of Social Psychiatry*, 3(2), 50–57.
- Goldberg, D.P. y Williams, P. (1988). A User's Guide to the General Health Questionnaire. NFER-Nelson: Windsor.
- González-Cutre, D., Sierra, A. C., Montero-Carretero, C., Cervelló, E., Esteve-Salar, J., y Alonso-Álvarez, J. (2015). Evaluación de las propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción de las Necesidades Psicológicas en General con adultos españoles. *Terapia Psicológica*, 33(2), 81-92.
- Grotberg, E.H. (2001). Resilience programs for children in disaster. *Ambulatory Child Health*, 7(1), 75-83.
- Hall, W. C., Levin, L. L., y Anderson, M. L. (2017). Language deprivation syndrome: a possible neurodevelopmental disorder with sociocultural origins. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 52(6), 761–776.
- Jefatura del Estado (BOE, núm. 255, de 24 de octubre de 2007). 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. Pp. 43251-43259. Recuperado de: <https://www.boe.es/eli/es/l/2007/10/23/27>
- Kushalnagar, P., Reesman, J., Holcomb, T., y Ryan, C. (2019). Prevalence of Anxiety or Depression Diagnosis in Deaf Adults. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 24(4), 378-385.

- López-Castedo, A. y Fernández, L. (2005) Psychometric Properties of the Spanish Version of the 12-Item General Health Questionnaire in Adolescents. *Perceptual and Motor Skills*, 100, 3.
- Melillo, A., Suárez Ojeda, E. N., y Grotberg, E. H. (2001). *Resiliencia: Descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires: Paidós.
- 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.
- Muñoz, J. (2006). Sordera y salud mental: la psicología frente a la deficiencia auditiva. Recuperado el 25 de mayo de 2023 de <https://www.infocop.es/viewarticle/?articleid=879>
- Notario-Pacheco, B., Solera-Martínez, M., Serrano-Parra, M. D., Bartolomé-Gutiérrez, R., García-Campayo, J., y Martínez-Vizcaíno, V. (2011). Reliability and validity of the Spanish version of the 10-item Connor-Davidson Resilience Scale (10-item CD-RISC) in young adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9, 1-6
- Olazabal, N., Pousa, V., Sesma, E., Fernández, A. y González, M. A. (2014). Experiencias en salud mental y sordera: una perspectiva desde la puesta en marcha de una unidad. *Revista Norte de Salud Mental*, 12(48), 73-78.
- OMS (2002). Discapacidad. Recuperado 2 de julio de 2023 de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
- OMS (2003). Discapacidad. Recuperado 2 de julio de 2023 de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Orihuela, T. (2000). *Salud Mental y Sordera*. Zamora. Ed. Edintrás.

- Paz, M. V. y Salamanca, M. (2009). Elementos de la cultura sorda: una base para el currículum intercultural. *Revista de Estudios y Experiencias en Educación*, 8(15), 31-49.
- Pérez, E. y Pérez, Y. (2016). *Propuesta de un programa de intervención con familias de niños con sordera*. Trabajo fin de Grado, Universidad de La Laguna. España.
- Pidgeon, A. M., y Keye, M. (2014). Relationship between Resilience, Mindfulness, and Psychological Well-Being in University Students. *International Journal of Liberal Arts and Social Science*, 2, 27.
- Plann, (1997). A Silent Minority. Deaf Education in Spain, 1550-1835. *Revista Complutense de Educación*, 9(1), 235
- Ros, C. (2021). *Sordera prelingüística y salud mental*. Trabajo fin de Grado, Universidad de Granada. España.
- Rutter, M. (1993). Resilience: Some Conceptual Considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14, 626-631.
- Ryan, R. M., y Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78.
- Sacks, O. (1990). *Seeing voices: A journey into the world of the deaf*. Harper Perennial.
- Sheldon, K. M., y Niemiec, C. P. (2006). It's Not Just the Amount That Counts: Balanced Need Satisfaction Also Affects Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91, 331-341
- 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.

- Steinberg, A. (1991). Issues in providing mental health services to hearing-impaired persons. *Hospital & Community Psychiatry*, 42(4), 380-389.
- 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.
- Vallerand, R.J. y Verner, J. (2013). Making people's live most worth living: one the importance of passion for positive psychology. *Terapia Psicológica*, 3(1), 35-48.
- Vernon, M. y Leigh, I.W. (2007). Mental health services for people who are deaf. *American Annals of the Deaf*, 152(4), 374-81.
- Zahnert, T. (2011). The differential diagnosis of hearing loss. *Deutsches Arzteblatt International*, 108(25), 433-443.