



PSICOTERAPIA A PERSONAS SORDAS EN LENGUA DE SIGNOS DESDE LA TERAPIA DE INTERACCIÓN RECÍPROCA

Amaia Ortiz de Jimenez Alesanco. N° Col. BI03270

Supervisado por Roberto Aguado Romo, autor de la Terapia de Interacción Recíproca

Abstract

La psicoterapia en Lengua de Signos a Personas Sordas es un campo sumamente desconocido. Si una Persona Sorda decide comenzar un proceso psicoterapéutico es muy probable que se tope de nuevo con las barreras de comunicación, encontrando escasos recursos desde donde se le ofrezca Psicoterapia en Lengua de Signos. Las características psicosociológicas y comunicativas propias de las Personas Sordas, requieren de modelos de psicoterapia que se adapten a ellas, no siendo válidos los modelos que adaptan el paciente a la propia terapia. Se realiza el presente trabajo para comprobar como la Terapia de Interacción Recíproca (TIR) es una psicoterapia mucho más efectiva con las Personas Sordas que otras psicoterapias. Los supuestos sobre los que se sustenta la Terapia de Interacción Recíproca (TIR) son esenciales para construir las bases sobre las que se debe fundamentar una psicoterapia con Personas Sordas, contemplando el vínculo y la adaptación de la propia terapia al paciente como aspectos fundamentales para realizar psicoterapia con Personas Sordas. Se presenta el caso de una paciente sorda, con la cual se ha realizado el protocolo de la Terapia de Interacción Recíproca (TIR) exponiendo su motivo de consulta inicial, describiendo la metodología empleada a lo largo de la terapia y con-

cluyendo con los resultados obtenidos.

Palabras clave: TIR, deseos básicos, personas sordas, MCI, vínculo, Lengua de Signos.

Introducción

Se estima que alrededor de un 10% de la población general padece algún tipo de déficit auditivo. Dentro de este porcentaje, encontramos una población de gran variabilidad. Existen fundamentalmente tres factores que determinan el nivel de integración dentro de la sociedad normoyente y su competencia comunicativa en lengua oral, así como la vivencia de su propia discapacidad; la edad de aparición de la sordera (prelocutiva o postlocutiva), el grado de pérdida (hipoacusia,...cofosis) y la lengua escogida para comunicarse con su entorno (Lengua oral/ Lengua de Signos/ Bimodal/Lectura labial).

La sociedad en la que vivimos, es una sociedad de "oyentes", y las barreras de comunicación a las que tienen y han tenido que enfrentarse a lo largo de su vida, favorecen la vivencia de experiencias de marginación y exclusión, vivencias que en muchas ocasiones son generadoras de emociones de rabia y rencor dirigida a la sociedad oyente, constituyendo traumas en sí mismos. Las Personas Sordas, al igual que las normoyentes a lo largo de su historia vital han



ido acumulando una serie de experiencias, en algunos casos traumáticas, que contienen el conflicto básico, quedando expresado a través de los diferentes síntomas que configuran el motivo de consulta.

Los datos más relevantes de recientes investigaciones sobre salud mental y sordera, muestran que las Personas Sordas tienen una mayor probabilidad de ser diagnosticadas de trastornos de personalidad o trastornos adaptativos, por errores de diagnóstico fundamentados en los problemas de comunicación entre el profesional de la salud mental y la Persona Sorda. Por lo tanto, las Personas Sordas presentan la misma probabilidad de sufrir esquizofrenia que las personas normoyentes, y no presentan una mayor probabilidad de sufrir un trastorno de tipo paranoide, ni trastornos de angustia ni trastornos

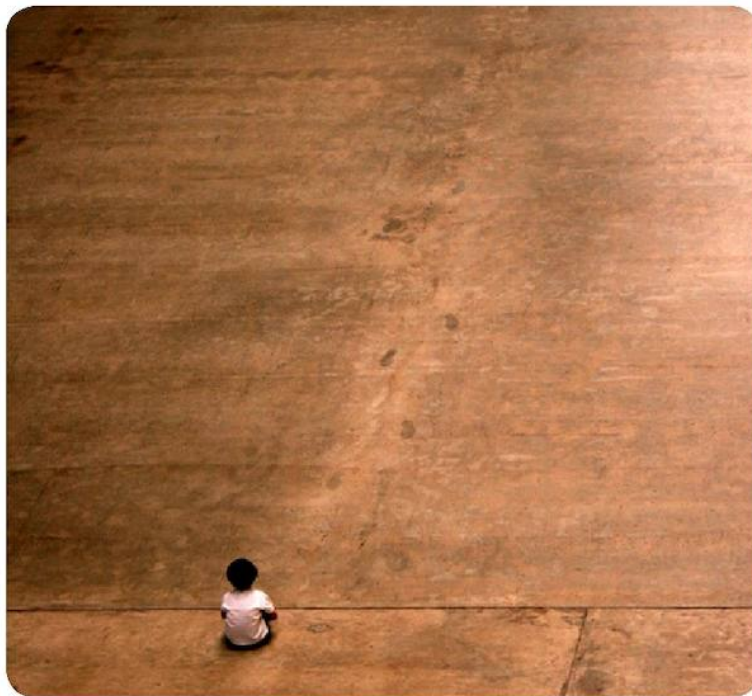
afectivos, tal y como se había sugerido en anteriores investigaciones (Muñoz, 2010).

La discapacidad auditiva podría conceptualizarse como “una discapacidad invisible”, ya que a diferencia de otras discapacidades sensoriales como la ceguera, puede pasar inadvertida fácilmente a menos que la persona utilice la Lengua de Signos o lleve un audífono que sea visible.

Un aspecto central que determina la relación que la Persona Sorda mantiene con su sordera es la forma en la que haya sido entendida y

vivida por su familia de origen, así como el contexto en el que haya sido educada, haciendo uso de una educación oralista o de una que permita la integración de la Lengua de Signos y la lengua oral.

La discapacidad auditiva, implica mucho más que el hecho de tener una pérdida de audición, condiciona la forma de relacionarnos con el mundo, como el mundo se relaciona con estas personas y como se representan ellas en el mundo.



El padecer una pérdida de audición, no implica necesariamente que la persona se reconozca como sorda, funcionando “como si fuera normoyente” en muchas áreas de su vida, identificándose con la sociedad oyente a la que probablemente en algún momento perteneció. La pérdida de la audición en la edad adulta, así

como la deficitaria elaboración por parte de la familia en la que nace un/a niño/a sordo/a, de su sordera, pueden contribuir a la generación de un conflicto con su “Identidad Sorda”.

El concepto Identidad Sorda, al igual que el de Persona Sorda, son conceptos acuñados por las propias Personas Sordas. El primero, Identidad Sorda hace referencia a su propio autoconcepto como Persona Sorda, en el cual se reconoce como sorda, perteneciente a una Comunidad Sorda y a una Cultura Sorda.

Cuando la familia, no ve al niño/a Sordo/a en



su globalidad, entendiendo la discapacidad auditiva únicamente como una limitación auditiva, está dejando de contemplar una parte esencial para su desarrollo, su Identidad Sorda.

Un amplio porcentaje de la población sorda conoce y se comunica a través de la Lengua de Signos con su entorno sordo (Personas Sordas signantes), pero cabe señalar como existe un porcentaje relevante que no domina la Lengua de Signos y se comunica a través de la lengua oral y lectura labial.

Oliver Sacks (2004), neuropsicólogo y pionero en la investigación de la Lengua de Signos y de las Personas Sordas, aseveraba que dicha lengua está repleta de simbolismos, en la que las personas que se comunican a través de ella (personas signantes) se sumergen en una atmósfera de representaciones muy cercana al plano emocional, pero con las características propias que hacen de ella una lengua tan completa como la lengua oral.

Las Personas Sordas que hacen uso de la L.S. (Personas Sordas signantes), a la hora de acudir a una consulta de psicología, necesitan hacerlo acompañadas de un intérprete de Lengua de Signos ya que no es frecuente que los/as psicólogos/as posean formación en dicha lengua. Este hecho se traduce en que en muchas ocasiones estas personas sean reacias a acudir, ya que se tratan contenidos muy íntimos que no quieren revelar en presencia de un intérprete de Lengua de Signos, el/la cual frecuentemente está presente en otras actividades dentro de la Comunidad Sorda.

Cabe señalar como la psicoterapia en presencia de la figura del/la intérprete en L.S., pierde en efectividad ya que se triangula intervención, impidiendo la comunicación

directa entre paciente y terapeuta, pasando necesariamente por la figura del intérprete de Lengua de Signos, afectando al vínculo terapéutico.

Hay que destacar que el intérprete no es un/a profesional de la Psicología y al interpretar a L.S., se pueden perder contenidos o no dar con el giro o metáfora que el/la terapeuta quiere transmitir.

Para realizar una Psicoterapia eficaz con las Personas Sordas, no sólo es esencial dominar la Lengua de Signos, si no que también es necesario conocer en profundidad la Comunidad Sorda. Hay aspectos psicosociológicos propios y característicos de estas personas que el/la terapeuta, para garantizar una intervención de calidad y comprender a la persona en su globalidad debe conocer. Se ha decidido emplear el protocolo de la Terapia de Interacción Recíproca (TIR) para el tratamiento psicológico del caso expuesto en el apartado metodología por constituir una terapia que da respuesta a las necesidades específicas de la paciente y en general a la mayor parte de las Personas Sordas.





El trabajo desde el vínculo constituye uno de los pilares esenciales dentro de la Terapia de Interacción Recíproca (TIR) con Personas Sordas. En su historia vital, es frecuente encontrar en estas personas experiencias de exclusión con personas normoyentes en su microcontexto, mesocontexto y macrocontexto. El establecimiento de un vínculo adecuado entre terapeuta y paciente, puede constituir una primera experiencia emocional correctora, en la que el terapeuta es capaz de ver en su globalidad al paciente y comunicarse desde su propio código comunicativo, la Lengua de Signos, admirando todas las partes de dicha persona (incluida su identidad como persona sorda).

Es de gran relevancia atender a los deseos básicos carenciados de la persona, entendiendo los mismos como necesidades fundamentales, aspecto contemplado por la TIR.

La mirada sesgada que en numerosas ocasiones realiza la familia hacia la Persona Sorda que nace en su seno, favorece que sus propias necesidades como Persona Sorda queden descubiertas. Es de vital importancia facilitar a estos niños y niñas sordos un contexto en el que puedan interactuar con otros niños/as sordos/as. Frecuentemente encontramos situaciones en las que la familia educa en un contexto exclusivamente oralista, que dificulta la adquisición de la Lengua de Signos como vehículo comunicativo así como su propia identificación con Personas Sordas.

En la primera fase, de recogida de información, evaluación y diseño de la intervención, se evalúan los aspectos a tratar con el paciente y se va diseñando el tipo de tratamiento más efectivo. En esta primera fase es fundamental ganarse el derecho como “persona normoyente” a entrar en el mundo sordo del paciente. El empleo del mismo código comunicati-

vo, la Lengua de Signos y el conocimiento de la Comunidad Sorda, son primordiales para conseguir vincular con el paciente.

Posteriormente se van encontrando y marcando las situaciones y/o eventos que han sido traumáticos para el paciente. Los traumas o memorias emocionales traumáticas son redes de neuronas interconectadas que se grabaron ante un determinado acontecimiento que la persona (generalmente en su niñez o adolescencia), vivió como peligroso, amenazante. Es muy frecuente encontrar en estas personas la vivencia de experiencias de rechazo y marginación. Con las personas sordas no es posible trabajar a través de la hipnosis hablada y se utilizan las técnicas MCI; Movimientos de cabeza inducidos (Aguado, 2005). Son unas técnicas que permiten inducir un estado hipnótico en las personas sordas.

La aplicación de las técnicas MCI es en sí un verdadero paradigma del vínculo terapapeuta-paciente, siendo un gran medidor de la capacidad de interacción de ambos. El tiempo en el que podemos conseguir un estado hipnótico leve-moderado en un paciente con las técnicas MCI pueden ser segundos, no teniendo que emplear si no se quiere el lenguaje, es decir el terapeuta no tiene por qué hablar para conseguir la inducción hipnótica.

Estas técnicas se ejecutan, tal como hemos dicho, sin hacer uso del lenguaje hablado, por lo que puede mostrarse efectivas con independencia de la cultura de procedencia del sujeto y de su nivel educativo y es ideal para las personas que no pueden oír.

Las técnicas MCI están incluidas como método auxiliar y complementario dentro de las técnicas del protocolo de la Terapia de Interacción Recíproca (TIR), pero pueden ser también útiles por sí mismas como Psicoterapia de Tiempo Limitado.



Las técnicas MCI se configuran como un conjunto de técnicas realmente valiosas a la hora de acceder a la memoria emocional traumática con las Personas Sordas, ya que no necesitan hacer uso de la palabra hablada, colocando al/la paciente en una posición que le permite acceder a estados disociados de conciencia, favoreciendo el acceso a la memoria emocional traumática.

Cabe señalar como característica diferencial de este colectivo, su especial sensibilidad cenestésica, acogiendo de forma muy favorable la aplicación de dichas técnicas.

Metodología

Participante

Mujer de 25 años, a la que llamaremos Anaís, con hipoacusia congénita bilateral severa. Dominio de la Lengua Oral y de la Lengua de Signos. Trabaja en una cadena de montaje de una empresa de componentes electrónicos.

Instrumentos

Se utiliza una entrevista semiestructurada para la recogida de información durante las primeras sesiones. Posteriormente se aplica el Cuestionario en hipnosis de sucesos vitales (CHSV, Aguado, 2004) y más tarde el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).

Procedimiento

Como motivo de consulta plantea no saber qué le ocurre, su entorno le dice que ha cambiado y ella se siente profundamente triste e irritable. No se reconoce a sí misma, ya que antes se describía como una chica sociable, fría, pasota y caradura. Quiere saber “que tiene ahí”. Identifica como desde que sufrió un gran desengaño por parte de una amiga que era como una hermana para ella hace tres años, ha comenzado a encontrar-

se cada vez peor y más vulnerable. Existe afectación en todas las esferas de su vida (laboral, social y pareja). Las altas cotas de irritabilidad que está experimentando le están ocasionando serios problemas a todos los niveles por mantener acaloradas discusiones con un componente de gran agresividad (amigos, jefe y pareja).

Encontramos sintomatología en los ocho niveles que plantea la Terapia de Interacción Recíproca (TIR):

- Motivación: desgana
- Ideación cognitiva: obsesión con su amiga, culpable de todo
- Emocional: hostilidad. Humor depresivo.
- Conducta: agresividad
- Psicosomático: sintomatología de tipo ansioso-depresivo como disminución del apetito, cefaleas continuadas, sensación de tener un nudo en el estómago.
- Orgánico: escoliosis
- Psicógeno: depresión

En el caso de Anaís encontramos los siguientes deseos básicos carenciados:

Dentro de los deseos de apego, el deseo de admiración incondicional, el deseo de identificación como ser único y el deseo de valoración, se encuentran carenciados.

La admiración que la paciente ha recibido ha sido condicionada, estando mediatizada por su sordera, fijándose en los aspectos más limitantes de la misma, no permitiendo a su referente poder admirar a Anaís en su globalidad. Los deseos de identificación como ser único y valoración parecen haber estado carenciados por el mismo motivo, atender únicamente a la parte sorda de la paciente, sin poder ver a Anaís como Anaís. De los deseos de contención, el deseo de pertenecer a una familia (exclusión por ser sorda), está carenciado.



En la relación con su microcontexto familiar, Anais describe una relación actual caracterizada por la frialdad afectiva, en la cual los encuentros comunicativos se basan en aspectos operativos en las contadas ocasiones en las que se ven. En su infancia y adolescencia la relación se caracterizaba por una gran distancia emocional, reducida únicamente en los momentos de enfrentamiento que experimentaban sobre todo ella y su madre.

Según la paciente, su familia, especialmente su madre, ha tenido una mala aceptación de su sordera aunque ha buscado recursos de atención para ella (prótesis auditiva, logopedia,...). Por su déficit auditivo refiere que la han dejado al margen de cambios familiares, sin contarle ni explicarle nada de lo que ocurría dentro de la familia.

En el mesocontexto y especialmente durante la etapa escolar, las dificultades comportamentales de Anais

le llevaron a mantener interacciones conflictivas con algunos de sus compañeros y profesorado, mostrando respuestas agresivas y de pasotismo ante la falta de entendimiento hacía ella. Durante esta etapa de nuevo experimenta el rechazo por ser una persona con limitaciones auditivas.

Actualmente refiere una buena relación con sus amigos sordos, pero cierto hastío de la posición en la que parecen haberla colocado, experimenta el liderazgo del grupo como una carga con la que no quiere acarrear.

A nivel de macrocontexto, Anais procede de un entorno rural. “Para imaginar aquello que queremos realizar, nuestro personaje referencial básico debe haber imaginado que podemos lograr realizar lo que deseamos” (Aguado, 2004).

do, 2004).

Como personaje referencial básico de la paciente encontramos a su madre, una mujer centrada en la búsqueda de soluciones para la sordera de su hija, vinculadas ambas a través de un vínculo ansioso-tenso. La sobreprotección que probablemente su madre haya dirigido hacía ella, ha podido contribuir a restringirle la información de los sucesos familiares que iban aconteciendo, favoreciendo en Anais la generación de experiencias de marginación e inutilidad.

La única forma en la cual su madre dirigía una

mirada más ampliada hacía su hija era a través de las conductas disruptivas que Anais llevaba a cabo en el contexto escolar. Las emociones que la paciente experimenta son una intensa ira a través de un universo emocional muy amplio (hostilidad, rencor, rabia, furia, ira, odio y violencia) (Aguado, 2014). Tras dicha emoción se esconden una in-

tensa tristeza y culpa.

Se han mantenido un total de 16 sesiones psicoterapéuticas con Anais durante 8 meses, siguiendo el protocolo de la Psicoterapia de Tiempo Limitado con sus correspondientes fases:

Fase de Encuentro y marca:

La primera vez que acude a la consulta trae un cuaderno a modo de diario en el que desde hace un tiempo va recogiendo lo que siente hacía esta amiga y el título del diario es “te odio para toda la vida”.

En la anamnesis y exploración de soluciones intentadas, manifiesta como desde los 15 años viene teniendo problemas y como ha estado en tratamiento psicológico durante su adolescencia con varios profesionales diferentes,





interrumpiendo todos los procesos psicoterapéuticos iniciados por realizar la terapia a través de la lengua oral y no conocer a las Personas Sordas. Señala como a los 17 años experimenta una gran depresión por las continuadas discusiones que mantenía con su familia, destacando la intensa sensación de vacío que experimentó en aquella época, llevándola a contemplar la idea de poner fin a su vida en tres ocasiones, pero no poder llevarla a cabo porque “el cuerpo no la seguía”.

En las primeras sesiones mantenidas se observa un alto grado de sufrimiento psicológico, explicitado a través del gran odio que siente hacía su amiga, que no la “deja vivir”, refiriendo como es “como si su alma estuviera atrapada dentro de su amiga y ésta se la hubiera robado y se sintiera vacía”

Menciona la conflictiva relación que ha mantenido a lo largo de su historia vital con su madre, pero se evidencia su dificultad para profundizar en este tema. Refiere que todos los años de silencio y exclusión han generado en ella un intenso resentimiento en ella hacía su madre.

Inicialmente se observa una gran dificultad para establecer un sólido vínculo terapéutico a través del cual la paciente permita

trabajar con su conflicto básico relacionado con su madre. Durante esta primera fase se trabaja desde un plano psicoeducativo, dando respuesta a la necesidad de la paciente de entender la acusada sintomatología que presenta. Se continúa trabajando con las emociones de miedo, rabia y con el concepto de confianza, tremendamente dañando en Anaís.

Fase de Desencuadre y desplazamiento:

Posteriormente se comienza a trabajar a través de las técnicas MCI con la paciente el desengaño sufrido con su amiga, favoreciendo la expresión de la rabia de una forma controlada. En esta segunda fase, se pasa a trabajar desde un plano simbólico a través de dibujos, plastilina y telas que representen su conflicto.

Asimismo, se trabaja con Anaís en la identificación y fortalecimiento de sus propios recursos para continuar con el trabajo psicoterapéutico. La paciente se encuentra en el momento adecuado para comenzar a trabajar con su conflicto básico, momento en el que experimenta un empeoramiento sustancial en su estado anímico, llegándosele a orientar hacía un tratamiento psicofarmacológico por presentar un cuadro depresivo



de intensidad moderada-grave. (Puntuación obtenida en el BDI-II de 46)

Asimismo se considera necesario contar con la presencia de su pareja en una de las sesiones para disponer de una red de soporte ante la reaparición de ideación de carácter autolítico. Una vez se ha estabilizado el estado de Anais, se continúa trabajando su conflicto básico relacionado con las vivencias de exclusión durante su infancia empleando el Cuestionario en hipnosis de sucesos vitales (CHSV, Aguado, 2004) con el objetivo de encontrar aquellas experiencias que han generado en ella una intensa soledad, dolor y sensación de vacío. La falta de admiración por parte de su madre y las experiencias de traición de su madre hacía ella por revelar información que Anais había decidido compartir únicamente con ella

Fase de Reencuadre y resolución:

Tras las 16 sesiones mantenidas, se decide finalizar la terapia ya que Anais ha realizado cambios a varios niveles y sobre todo ha dejado de experimentar la intensa tristeza e irritabilidad inicial, sintiendo un resentimiento hacía su amiga y su madre con el que es capaz de convivir. La relación con su madre ha experimentado un giro y en el momento de finalizar la terapia se encuentra inmersa en los preparativos de su boda, en los cuales va permitiendo que su madre participe.

Resultados

Tabla 1. Análisis de los resultados cualitativos de la paciente.

PRE	POST
-Imposibilidad de hablar explícitamente del conflicto con su madre.	-Puede hablar de las diferencias con su madre, que van encontrando solución.
-Anclada en la rabia, incapacidad para sentir emociones placenteras.	-Capacidad para experimentar todo el abanico emocional.
-Discusiones frecuentes con la pareja, amigos, jefes.	-Descenso de las discusiones.
-Presencia de ideación obsesiva relacionada con la traición de su amiga, dificultad para poder estar en el mismo grupo con ella.	-Dedica menos tiempo a pensar en su amiga y cuando está cerca de ella, la evita.

parecen constituir dos de los elementos más significativos dentro de su conflicto.

A medida que Anais va pudiendo mirar de frente a su conflicto, se va permitiendo expresar la intensa tristeza que la ha acompañado durante su historia vital. En este punto del proceso psicoterapéutico, la paciente habla sin resistencias del dolor que siente, ya que se siente acompañada en este complicado momento y siente que alguien la mira y la ve (mirada incondicional del terapeuta).

Tras finalizar el tratamiento a través de la Terapia de Interacción recíproca (TIR) se observa una mejoría global en el estado de la paciente, explicitado por ella misma y observado en las diferentes áreas, social, laboral y familiar. A pesar de que continúa experimentando ciertas dificultades sobre todo en los encuentros con su madre, es capaz de manejarlos mejor sin mostrar conductas evitativas al respecto. El mayor indicador de bienestar en Anais es el acusado descenso de los altos



niveles de rabia y agresividad mostrados al inicio del tratamiento.

La puntuación obtenida por Anais en el Inventario de Depresión de Beck-II tras finalizar la terapia es de 9, sugiriendo altibajos que pueden considerarse normales.

Discusión

Esta investigación ha tenido como propósito describir la eficacia de la Terapia de Interacción Recíproca (TIR) en el tratamiento psicológico de una paciente Sorda. Sobre todo se pretendió demostrar como los preceptos así como las fases de la Terapia de Interacción Recíproca han dado respuesta a las necesidades específicas presentadas por la paciente Sorda. A continuación se discutirán los principales hallazgos de este estudio.

De los resultados obtenidos en esta investigación, se puede deducir en primer lugar que la Terapia de Interacción Recíproca (TIR) es capaz de conseguir satisfactorios resultados en un número muy reducido de sesiones a pesar de que el nivel de sufrimiento global de la paciente inicialmente era de gran intensidad.

Por otro lado de los datos obtenidos se puede concluir como la Terapia de Interacción Recíproca (TIR) realizada en Lengua de Signos permite la generación de un sólido

vínculo terapeuta-paciente que hace descender las resistencias de la paciente derivadas de sus propias vivencias de marginación frente a la sociedad normoyente.

Cabe señalar como la aplicación de las técnicas MCI ha constituido una importante palanca movilizadora para poder abordar bloqueos emocionales de la paciente, pudiendo acceder a memorias emocionales traumáticas tempranas y como a través de

la terapia ha podido desbloquearlas y vivir en el paciente con un mayor grado de satisfacción global.

La psicoterapia con Personas Sordas es todavía un campo tremendamente inexplorado, siendo un ejemplo de ello la inexistencia de instrumentos psicométricos específicamente diseñados para este colectivo, así como las escasas inves-

tigaciones realizadas.

Este estudio ha tenido como objetivo contribuir a una mayor visibilización de las necesidades psicoterapéuticas de las Personas Sordas, encontrando en la Terapia de Interacción Recíproca (TIR) una terapia capaz de ajustarse a las necesidades específicas que presenta este colectivo.



Bibliografía

- Aguado, R. (2005). *Manual práctico de terapia de interacción recíproca: hipnosis clínica en psicoterapia. Síntesis.*
Aguado, R. (2014). *Es emocionante saber emocionarse.* Madrid: EOS.
Muñoz, J., (2010). *La Psicología Frente a la Deficiencia Auditiva. Sordera y Salud Mental: Infocop.*
Rodríguez, A. M. (2000). *La comunidad sorda: aspectos psicológicos y sociológicos.*
Sacks, O. (2004). *Veo una voz: viaje al mundo de los sordos.* *Neurología*, 19(2), 86-87.