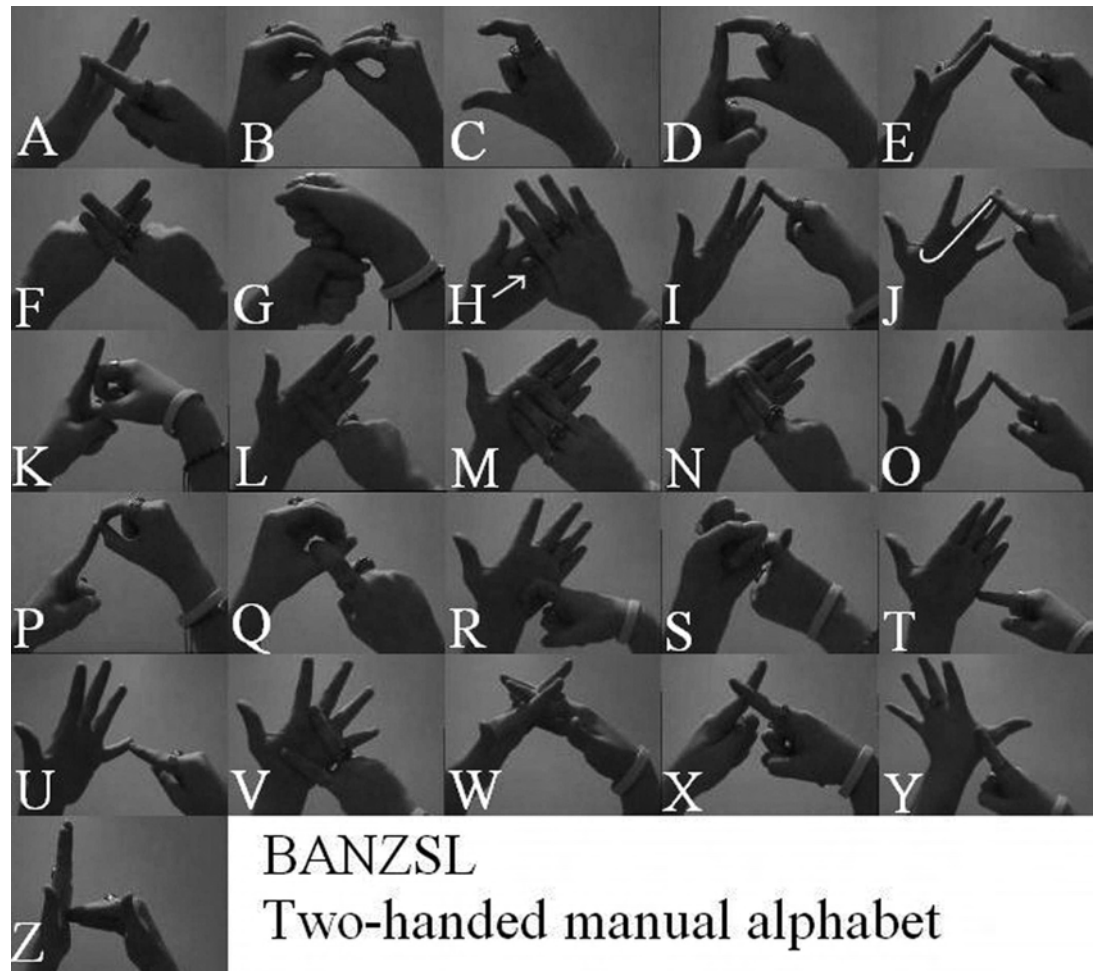


# Alucinaciones auditivas en personas sordas con trastorno mental grave

Francisco González Aguado\*  
Margarita Rullas Trincado\*\*

\*Psiquiatra. CSM  
Alcalá de Henares.  
Hospital Príncipe  
de Asturias.

\*\*Psicóloga clínica.  
CRPS, EASC y PS  
Coslada-San  
Fernando.



**E**n este trabajo queremos profundizar en un fenómeno peculiar que abre muchas puertas a la investigación sobre lo que se han llamado alucinaciones auditivas. El hecho de que las personas sordas afectadas de psicosis, que nunca tuvieron la experiencia de oír y por tanto no pueden tener memoria auditiva,

cuenten que oyen voces nos lleva a hacernos muchas preguntas. Para poder enmarcar el artículo empezaremos por conocer algo más sobre esta población, para después describir los trastornos mentales y las alucinaciones auditivas en personas sordas, centrándonos en dos aspectos, una descripción del fenó-

meno y las teorías explicativas que podrían aclarar algo de lo que ocurre.

### Características de la población sorda

Decía Helen Keller<sup>1</sup> que la ceguera nos aleja de las cosas y la sordera nos aleja de las personas. La sordera es una discapacidad que no se nota a primera vista, como puede ocurrir con una persona con discapacidad física o visual. Eso que a priori puede ser una ventaja, muchas veces se convierte en un handicap, produce respuestas distintas en la sociedad, como por ejemplo, no creer que tengan problemas por su sordera y por tanto hacer atribuciones erróneas de sus dificultades de comprensión ("cuando quiere se entera perfectamente, oye más de lo que dice, no parece sorda..."), dejar de hablar con ellos cuando nos enteramos de su discapacidad u otras que efectivamente provocan alejamiento entre ellos y las personas oyentes. Se dice de la sordera que es la discapacidad invisible.

Aunque gracias al conocimiento técnico y a los avances tecnológicos, sobre todo los audífonos digitales e implantes cocleares, el perfil de la comunidad sorda va cambiando, todavía hay un porcentaje alto de personas cuya sordera se inició en edad temprana y cuya primera lengua es la lengua de signos. La existencia de un lenguaje distinto en muchos de ellos señala un sistema de pensamiento diferente, y en definitiva una cultura distinta<sup>2</sup>. A pesar de lo que se pueda pensar, no todas las personas sordas necesitan un sistema comunicacional signista para relacionarse. Dependiendo del tipo de sordera, en qué momento fue adquirida, si lleva adapta-

ciones como audífonos digitales o implantes cocleares, o del tipo de educación recibida, una persona sorda puede comunicarse con signos o estar oralizada. En los estudios a los que nos vamos a referir en este artículo sólo nos centraremos en las personas sordas prelocutivas, cuya primera lengua es la lengua de signos. Como ya hemos señalado, el empleo de una lengua distinta, gestual, visual, origina una cultura y un sistema relacional necesariamente distinto, inmerso en una cultura hegemónica y predominantemente oral, donde el sordo signista encuentra graves problemas de integración y aceptación en todos los niveles sociales: la familia (la mayor parte de las personas sordas nacen en familias oyentes), la TV, el cine (apenas subtítulos), el acceso a la universidad, al médico, a los bancos, al trabajo. Como ejemplo de la ignorancia que tiene la población oyente sobre esta comunidad destaca el desconocer, por ejemplo, que las personas sordas no emplean una única lengua de signos. Los oyentes se sorprenden de que los sordos tengan diferentes lenguas de signos para cada país o comunidad cultural, e incluso maneras distintas de signar según la asociación o el colegio al que asistieron o pertenecen. Cuando la diversidad lingüística en las comunidades oyentes es vista como una gran riqueza cultural y en general se fomenta y se apoya, en los sordos esta diversidad se considera, en un primer momento, algo absurdo o estúpido. Habría muchos más ejemplos del desconocimiento tan enorme que existe entre la mayoritaria población oyente: el empleo tan habitual y peyorativo de la palabra "sordomudo" (y es que no son mudos), la frecuente interpretación de los gestos

El empleo de una lengua distinta, gestual, visual, origina una cultura y un sistema relacional necesariamente distinto, inmerso en una cultura hegemónica y predominantemente oral, donde el sordo signista encuentra graves problemas de integración y aceptación en todos los niveles sociales.

La existencia de un lenguaje distinto en muchos de ellos señala un sistema de pensamiento diferente, y en definitiva una cultura distinta.

naturales o los sonidos guturales, extraños en ocasiones para la población oyente, como un inequívoco síntoma de déficit intelectual o problemas de conducta. En fin, se necesitarían muchas páginas para seguir enumerando las diferencias que pueden ocasionar un evidente maltrato a las personas que constituyen esa comunidad. No es muy diferente en el campo de la sanidad ni en el más específico de la salud mental como ahora intentaremos brevemente desarrollar.

### Trastornos psiquiátricos mayores en personas sordas

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; en el caso de los oyentes se construye a través de la palabra, del lenguaje, de la interpretación de la narrativa.

Así, la primera dificultad que nos encontramos en los trabajos que hay con personas sordas signistas está en la entrevista y evaluación psicopatológica del paciente sordo. Habitualmente es el sordo el que tiene que adaptarse a la lengua oral (escribiendo, con un intérprete – familiar o profesional), lengua en la que no es competente, con lo que no puede transmitir fácilmente cogniciones, sentimientos o emociones, o transmite otras que no quiere, producidas por la incomodidad de la situación. Aunque el entrevistador conozca la lengua de signos, una interpretación literal

puede llevar a cometer errores y, en muchos casos, a un mal diagnóstico o a no detectar un trastorno mental. Sería como un profesional con nivel básico o medio de inglés, que jamás ha vivido ni conoce la comunidad inglesa, haciendo una entrevista a un paciente inglés. Y aún así, la comparación se queda corta porque hay más similitudes entre dos lenguas orales y dos oyentes que entre un oyente y una persona de una comunidad sorda.

Vamos a revisar brevemente los datos que se desprenden de la clínica. Los trastornos psiquiátricos mayores tienen la misma incidencia en personas sordas que en oyentes (esquizofrenia, paranoia, trastorno bipolar), al igual que entre los oyentes de distintas culturas, grupos étnicos o religiones. Es difícil explorar en personas sordas con habilidades de comunicación pobres, desórdenes en la forma o contenido del pensamiento. El deseo de comunicarse y la falta de habilidad para hacerlo puede ser interpretado como ecolalia, ecopraxia o perseveración y los errores en los signos tomados por neologismos<sup>3,4</sup>.

Como hemos visto, la inhabilidad social del sordo en la comunidad oyente no es un producto en sí de la sordera; los sordos signistas, en sus comunidades son tan competentes o incompetentes como la población oyente. Somos nosotros los que hemos juzgado al sordo desde nuestra perspectiva cultural dominante, interpretando la diferencia y haciendo un prototipo simplista del sordo como un individuo extraño, simple, desconfiado, suspicaz, no muy listo y laborioso de tratar; en otras ocasiones ha predominado la visión más paterna-

Los trastornos psiquiátricos mayores tienen la misma incidencia en personas sordas que en oyentes (esquizofrenia, paranoia, trastorno bipolar), al igual que entre los oyentes de distintas culturas, grupos étnicos o religiones.

No hay evidencia que constate que las personas sordas tienen más probabilidad de padecer psicosis paranoide o reacciones paranoides que los oyentes.

lista del sordo, compadeciéndole o asombrándonos de sus capacidades. Independientemente, todas estas reacciones han alcanzado el terreno de la nosología encontrando diagnósticos y descripciones psicopatológicas parciales y fuera de todo fundamento. Eso ha ocurrido con la correlación entre sordera y estados paranoides<sup>5</sup>. No hay evidencia que constate que las personas sordas tienen más probabilidad de padecer psicosis paranoide o reacciones paranoides que los oyentes, y sin embargo, desde Kraepelin, se ha descrito como una categoría diagnóstica propia, el llamado delirio paranoide de los sordos, que a lo largo de los estudios realizados desde los 60 se ha demostrado su inexistencia como tal.

### Alucinaciones auditivas en personas sordas signistas

Es difícil imaginar cómo una persona sorda prelingual que nunca ha tenido experiencias auditivas puede decir que oye voces. Sin embargo, un porcentaje alto de esta población así lo dice. De los estudios realizados con estas personas, alrededor de la mitad de los sordos signistas diagnosticados de psicosis, refieren haber oído voces en ausencia de estímulos externos; una prevalencia parecida a la encontrada en población general (50-70%) con esquizofrenia. La mitad de las personas sordas con esquizofrenia dicen tener alucinaciones visuales y táctiles o somáticas en igual proporción (50-70%), porcentaje considerablemente mayor que en las personas oyentes con igual diagnóstico, donde desciende al 15 y 5% respectivamente<sup>6</sup>. Curiosamente, las personas sordas signistas expresan que estas alu-

cinaciones visuales o somáticas suelen estar acompañadas de la experiencia de "oír voces". Suelen estar referidas en forma de fantasmas o de gente que se comunica con ellos a través de lengua de signos y/o de dactilología.

Du Feu y McKenna<sup>7</sup> concluyen en su estudio que las alucinaciones auditivas son comunes en población sorda signista. Este estudio se realizó sobre una muestra de 17 pacientes, sordos prelocutivos con esquizofrenia, a los que se les pasó una entrevista estructurada por profesionales de un servicio específico de salud mental para personas sordas competentes en lenguaje de signos. Diez de estos pacientes aseguraron a los investigadores que oían voces; cuando profundizaban más en una descripción de esas voces, describían el contenido e incluso decían dónde estaban situadas, pero les resultó absolutamente imposible hacer una descripción de la calidad en sí de la voz (voz grave o aguda, tono alto o bajo, etc.) De estos diez, seis hacían atribuciones extrañas a estos fenómenos (por ejemplo, uno de ellos decía que Dios le había restaurado la audición y por eso podía oír esas voces).

Por su parte, Critchley, Denmark, Warren y Wilson<sup>8</sup> estudian a doce personas sordas prelocutivas con psicosis y de ellas diez describen experiencias "análogas a alucinaciones auditivas". Sin embargo estos autores a diferencia de los anteriores, llegan a la conclusión de que es imposible que este fenómeno pueda suceder por lo que consideran que cuando estas personas se refieren a esta experiencia están confundiendo con otro fenómeno<sup>9</sup>.

Alrededor de la mitad de los sordos signistas diagnosticados de psicosis, refieren haber oído voces en ausencia de estímulos externos.

Las alucinaciones auditivas en personas sordas son un fenómeno que ha interesado por dos motivos fundamentalmente, por un lado para hacer una descripción exhaustiva y pormenorizada del propio fenómeno, y por otro lado para apoyar hipótesis explicativas sobre el origen de las alucinaciones auditivas.

Con respecto al primer tema varios autores se han centrado en describir las características perceptuales de las voces en personas sordas. Thacker y Kinlocke<sup>10</sup> describen un rango que iría desde la percepción de un signo o dactilología hasta vibraciones en el cuerpo. Por su parte, Du Feu y McKenna<sup>7</sup> hablan de sensaciones de ser tocados, de mareo abdominal. Otros sugieren que pueden ser concebidas como un mensaje o alucinación "comunicativa", en las que las personas son conscientes de que algo está, sin un canal perceptivo claro.

Cuando una persona oyente oye voces, puede hacer una descripción clara de cómo es esa voz en cuanto a volumen, tipo de voz, calidad de la audición, género, familiaridad, etc. Esto es mucho más difícil de explorar en personas sordas; suelen ser imprecisos en sus explicaciones, con frecuencia se limitan a decir que son "voces", "vibraciones" o "signos" a los que dan una explicación general (habla, voz), pero sin concreción sobre las características de la experiencia sensorial<sup>11</sup>. Cuestiones relacionadas con la calidad de la voz pueden contestarse como "¿Cómo te lo voy a explicar? No se explicártelo, yo soy sordo. No sé que es una voz fuerte o grave". En el estudio de Du Feu y McKenna<sup>7</sup> todas las personas que habían

tenido estas vivencias decían haberlas experimentado en segunda y tercera persona, y también refirieron alucinaciones auditivas y pseudoalucinaciones (dentro o fuera de su cabeza), incluso la misma persona. Con respecto al contenido, el mismo estudio informa de un paciente que oía a alguien llamándole por su nombre, a otro describiendo voces de su pasado, o a otro que le decían que tenía una voz bonita.

Las voces que oyen las personas sordas signistas con psicosis tiene las mismas características fenomenológicas que en las personas oyentes con psicosis, las oyen dentro o fuera de su cabeza, son voces en forma de órdenes, insultos, neutrales, y pueden ir desde una palabra a conversaciones completas. Es complicado comparar la calidad de estas voces, por la, ya mencionada, dificultad de estas personas para hacer una descripción detalladas en esta esfera sensorial.

Esto contradice la hipótesis de Evans y Elliot<sup>12</sup>, planteando que solo las personas que habían tenido experiencias auditivas previas podrían oír voces. Estos autores estudiaron esta experiencia en 13 pacientes sordos prelocutivos; solo tres de ellos narraron tener alucinaciones auditivas. Esta frecuencia de alucinaciones auditivas es muy baja comparada con la mayoría de los estudios, que llega hasta el 50%.

La segunda fuente de interés para los investigadores tiene que ver con conocer más sobre qué tipo de fenómeno es una alucinación y si el estudio de estas en personas sordas puede ayudarnos a apoyar determinadas hipótesis.

Las alucinaciones auditivas en personas sordas son un fenómeno que ha interesado por dos motivos hacer una descripción exhaustiva y pormenorizada del propio fenómeno, y apoyar hipótesis explicativas sobre el origen de las alucinaciones.

Las voces que oyen las personas sordas signistas con psicosis tiene las mismas características fenomenológicas que en las personas oyentes con psicosis.

Desde las definiciones clásicas de alucinación (la percepción sin objeto de Esquirol, de 1817), la psicopatología ha recorrido un largo camino no siempre fácil y en los últimos tiempos con muy poca influencia en la clínica y viceversa. Los intentos durante los siglos XIX y XX de la psicopatología clásica en compartimentar y simplificar funciones tan complejas como el pensamiento, la percepción, las representaciones, la imaginación y muchas otras, han dado como resultado grandes dificultades para entender experiencias; sobre todo si entran dentro del rango de lo extraño, lo infrecuente, que solían incluirse, por la propia definición de psicopatología y por el remedo al método anatomoclínico que imperó en la medicina, en el campo de lo patológico. Meter en la misma caja hechos tan diferentes como las alucinaciones visuales complejas de un chamán tras tomar peyote y las alucinaciones auditivas de un psicótico desde el punto de vista clínico siempre nos ha parecido algo burdo y poco útil. Esto también ha ocurrido, si elevamos el foco de la mirada, con la propia definición de esquizofrenia, que incluye personas muy diferentes, con experiencias muy distintas, y en la que tampoco coincidimos los profesionales que empleamos dicho término. El problema no es único en relación con la alucinación y podemos ver cómo los conceptos con los que tratamos de describir fenómenos que la medicina considera "naturales": enfermedades, ahora trastornos, o de lo que se componen: síntomas y signos psicopatológicos, ha resultado un ejercicio de Sísifo en el campo de la clínica psiquiátrica, y síntomas como la ansiedad, angustia, trastornos como la depresión, la distimia, la

ansiedad generalizada hacen referencia a cosas, a veces muy diferentes, y a veces idénticas. La clínica se ha visto invadida por un lenguaje que pretende ser ordenador y claro pero que quizá hoy más que nunca lo sentimos como ambiguo, inestable e inconsistente ¿qué es esto que todavía vemos en numerosas historias clínicas, dentro de la exploración psicopatológica que llamamos "risas inmotivadas", ¿no será que nosotros no las entendemos? ¿existe la seriedad inmotivada? Y como este ejemplo podríamos poner cientos. Nuestras historias clínicas y las de las personas en formación cada vez son más pobres, no somos capaces de "ver" a la persona que describen en la exploración. Puede ser que falte mucha formación psicopatológica, quizá también que la propia disciplina no nos vale para lo que pretende servir. Al menos los clásicos lo tenían claro y hacían relatos descriptivos extensos y maravillosos para dar cuenta de algo que estaban mirando y escuchando. Hoy, con el elogio de la brevedad, la rapidez, lo electrónico y digital, nos encontramos con párrafos en los que la pobreza, la inexactitud, hacen desaparecer al paciente y sus experiencias. Desde luego alabamos el esfuerzo titánico que, a lo largo de la historia, personas de gran altura y brillantez, han desarrollado intentando dar luz, ordenar, clasificar y hasta limitar lo normal de lo patológico, discernir lo múltiple de lo único, pero no deja de sorprendernos los problemas que todavía hoy tenemos a la hora de nombrar, explicar o clasificar una experiencia determinada. Lejos de intentar simplificar, el camino emprendido por la psiquiatría ha sido el de nombrar sin descanso, multiplicar por cientos no

solo ya los trastornos sino los propios componentes más atómicos que pueden explicarlos. Pensamos que el problema no está en el número, está en la propia clasificación, en el sistema empleado.

Si ha habido un concepto donde se puede ejemplificar perfectamente todo lo que venimos contando es el de alucinación. Pensamos que una de las dificultades ha consistido en entender la sensopercepción como una función en sí misma, un cajón estanco, y no haber podido ver esta función del aparato psíquico como algo mucho más complejo. Quizá ha sido un problema de cómo se ha hecho la clasificación desde el siglo XIX, centrada en el cerebro y dividiendo las funciones en conciencia, lenguaje, pensamiento, sensopercepción, ánimo. Haberle dado al cerebro un protagonismo total y central, apartado del resto del cuerpo y sin poder integrar las experiencias tan complejas de las que hablamos....Quizá habría que darle un vuelco al sistema clasificatorio que no es natural, ni inocente, y que a lo largo de los siglos se está mostrando incapaz de dar cuenta de lo que nos ocurre a las personas. Durante mucho tiempo se ha definido la alucinación como una distorsión de la función sensoperceptiva. Pero a lo largo del siglo XIX y buena parte del XX, aparecían fenómenos complejos que no se sabía dónde podían incluirse. ¿Cómo distinguir un picor "natural" de uno alucinado si esta modalidad sensorial no requiere un estímulo externo? Las voces de los psicóticos, por ejemplo, la diferenciación entre las alucinaciones "verdaderas" en la propia psicosis y estas que llamaron falsas o pseudoalucinaciones. No es

nuestra intención hacer un análisis histórico del término ni criticar la psicopatología (otros autores lo están haciendo con mayor sentido y enjundia de lo que nosotros podríamos hacer aquí). A finales del siglo XX se pensó que había que tener en cuenta la complejidad del síntoma y se empezaron a describir una serie de dimensiones para entender una experiencia que puede ir desde la normalidad hasta lo patológico sin solución de continuidad: la emoción que va ligada a la experiencia, la idea de realidad del fenómeno, las conductas que lo acompañan, la voluntad de crear esas imágenes o la aparición fuera de esa voluntariedad, el *insight* de la persona sobre lo que le ocurre, etc. La dificultad estriba en que percibir un objeto en cualquier modalidad sensorial precisa de una serie de funciones que se dan de forma consecutiva aunque en muchos momentos casi simultánea y que dichos circuitos, para complicarlo más, son todos bidireccionales. En líneas generales habría una parte perceptiva, sensorial, compuesta por receptores en el término más físico de la palabra, distribuidos por la mayor parte del cuerpo, y otra parte que procesa la información y que para ello necesita de forma obligada el lenguaje, la memoria y muchas funciones centrales que dan sentido y atribución, clasifican, interpretan, se emocionan y devuelven lo integrado al propio aparato sensitivo para que enfoque determinada señal, la procese mejor, la ignore, huya, o lo que decida que tenga que hacer con la señal que recibe. En los últimos años entender este proceso tan complejo ha permitido acercarse un poco mejor a los fenómenos que nos encontramos en la clínica. Es evidente para los clínicos que las alu-

El camino emprendido por la psiquiatría ha sido el de nombrar sin descanso, multiplicar por cientos no solo ya los trastornos sino los propios componentes más atómicos que pueden explicarlos.

cinaciones que presentan pacientes con un delirium tremens, o que han consumido cocaína o LSD son muy diferentes de las llamadas alucinaciones de los psicóticos. Las primeras se dice que son muy vívidas, con una emoción muy ligada al objeto que están percibiendo, aunque no esté en campo visual o auditivo del que está con el alucinado. Digamos que la respuesta conductual y emocional del paciente es congruente con lo que cree estar viendo o escuchando. En el caso de los pacientes psicóticos nos encontramos con una experiencia más extraña, oyen voces dentro de la cabeza, pero no es la suya, ni el pensamiento propio o imaginado, a veces musitan o hablan solos pero no interactúan como lo haríamos la mayoría, lo mismo cuando dicen que tienen gusanos, o que les están excitando sexualmente o que no tienen corazón o les falta algún órgano interno (no parecen excitados ni desesperados, o no lo parecen tal y como lo entendemos los que no tenemos esa experiencia). Las alucinaciones más frecuentes son las auditivas y algunas de ellas, desde hace más de cien años, se han llamado pseudoalucinaciones auditivas, por el hecho de estar ubicadas en campos perceptivos imposibles (dentro de la cabeza) o por otras imposibilidades perceptivas. Pero las llamamos auditivas por el único hecho de que utilizan el verbo oír para referirse a ellas. Si usaran el verbo ver serían visuales o sentir cenestésicas o hápticas. Pero pensamos que la experiencia psicótica no pasa por oír o ver, sino por ser o estar, como ocurre con los pensamientos delirantes de estos mismos pacientes. Todavía cuando se enseña psicopatología se incluyen estas experiencias dentro de los trastor-

Las pseudoalucinaciones psicóticas habría que incluirlas en trastornos del pensamiento.

La hipótesis del pensamiento subvocal es la más investigada para poder identificar los mecanismos subyacentes de las alucinaciones auditivas y dar una explicación que pueda también esclarecer la ocurrencia de este fenómeno en personas sordas.

nos senso-perceptivos. Encontramos experiencias que dependen de distorsiones o excitaciones sin objeto externo de la parte sensorial, no provocadas por la voluntad de uno mismo (y estaríamos hablando de las alucinaciones más prototípicas) y otras experiencias que dependen de excitaciones o falta de reconocimiento o distorsiones de la parte encargada de interpretar, integrar o clasificar la experiencia sensorial. Algo que en si mismo parece alterado en los pacientes psicóticos. En este caso no sería tanto un problema sensorial sino más interno, no es la señal la que falla sino la interpretación de la señal. Desde aquí ya adelantamos que en este caso las pseudoalucinaciones psicóticas habría que incluirlas en alteraciones de esa función que hoy por hoy y también de forma muy burda y genérica se ha llamado pensamiento, por lo que serían más bien trastornos del pensamiento.

Hoy ya tenemos numerosa literatura que trata de esclarecer todos estos fenómenos a los que nos referimos incluida la que estudia las voces que oyen personas sordas con psicosis<sup>13,14</sup>. Hay muchas teorías que intentan explicar el fenómeno de las voces: déficit de sistemas perceptivos, habilidades anormales meta-representativas, fallos en el discurso, desórdenes de la conciencia. Son teorías que están en distintos niveles explicativos, no excluyentes. De todas ellas, la hipótesis del pensamiento subvocal es la más investigada para poder identificar los mecanismos subyacentes de las alucinaciones auditivas y dar una explicación que pueda también esclarecer la ocurrencia de este fenómeno en personas sordas. Esta hipótesis explicaría cómo una persona



oye voces porque hace una atribución errónea del pensamiento interno a un locus de control externo. Es posible que la alucinación refleje procesos de pensamiento subvocal que en los oyentes están basados fundamentalmente en el discurso. Según Atkinson<sup>15</sup>, la experiencia de las alucinaciones auditivas en personas sordas avalaría esta hipótesis.

El estudio de Atkinson se centra en poder aplicar el modelo de la articulación subvocal al fenómeno de las voces en sordos<sup>16</sup>. Según explica la autora, las áreas empleadas en el procesamiento del lenguaje en sordos signistas es muy similar a las de los oyentes, mostrando actividad cerebral en las mismas regiones del cerebro. Las diferencias están en la modalidad del input sensorial. Los sordos tienen menos actividad en la corteza auditiva primaria y secundaria y mayor actividad en las regiones occipito-temporales. El signar interno en sordos activa idénticas regiones que el discurso interno en oyentes. Esto podría explicarse porque los procesos subvocales en ambos casos están en un substrato común.

Los estudios cognitivos muestran que con los signos se activan la memoria de trabajo y, sobre todo, procesamientos articulatorios, más que otros repertorios cognitivos. Explican que esto podría mostrar una desconexión en el circuito subvocal y ser la causa de las alucinaciones auditivas en signantes. Así, esta teoría explicaría las alucinaciones auditivas en sordos signistas de igual forma que en oyentes sin tener que separarlas por tanto en dos modelos.

Aunque no haya diferencias en los mecanismos causales de las voces en sordos, si la hay en cómo ellos experimentan las alucinaciones y cuáles son los significados que les atribuyen, los sordos suelen contestar con análogos visuales o somáticos<sup>17</sup>.

Cuando ese motor interno de dar significados, clasificar, enfocar a los receptores se va poniendo en marcha suceden todas esas experiencias y entendemos que los demás se ríen de nosotros, nos hablan, nos insultan, dejamos de reconocer nuestro pensamiento desde esa ruptura y nos lo roban. Quizá la división que hacemos desde el siglo XIX nos ha sido muy útil a los profesionales pero en ocasiones la vemos más parecida a la clasificación a la que hacía alusión Borges en su ensayo "El idioma analítico de John Wilkins"<sup>18</sup> de una enciclopedia china "El emporio celestial de conocimientos benévolos" que clasificaba a los animales en: pertenecientes al emperador, embalsamados, amaestrados, lechones, sirenas, fabulosos, perros sueltos, incluidos en esta clasificación, que se agitan como locos, innumerables, dibujados con un pincel finísimo de pelo de camello, etcétera, que acaban de romper un jarrón, que de lejos parecen moscas. Y dice Borges en dicho relato: "(...) notoriamente no hay clasificación del universo que no sea arbitraria y conjetural. La razón es muy simple: no sabemos qué cosa es el universo". Pero quizá sea el momento de desequilibrar esos moldes explicativos, esos cimientos. O quizá haya que esperar todavía unos años para una nueva revolución como está pasando en el mundo.

Aunque no haya diferencias en los mecanismos causales de las voces en sordos, si la hay en cómo ellos experimentan las alucinaciones y cuáles son los significados que les atribuyen, los sordos suelen contestar con análogos visuales o somáticos.

Es curioso, como decía Jung, que los pacientes puedan infectarnos sus síntomas, sus problemas, sus pautas. Creemos que con este tema nos pasa algo similar. Escuchamos lo que nos cuentan los pacientes, cogemos la señal que nos mandan sobre sus voces pero la interpretamos a nuestra manera, con nuestros moldes. Y lo analizamos y clasificamos con nuestros modelos y ¿no es esto parecido a un delirio? ¿No es un ejercicio psicótico? Y como al psicótico, nos tranquiliza esa seguridad en el significado que le damos. Quizá seamos psicóticos exitosos. Ni siquiera sabemos si esta forma de interpretar que aquí describimos y que comparten otros compañeros no deja de ser también un trabajo delirante en el que tratamos de rellenar a toda costa el vacío de significado que nos deja a los clínicos la escucha de un paciente con psicosis, y es que no sabemos qué cosa es la psicosis, qué cosa es el universo, sea sordo u oyente, sin darnos cuenta de que el trabajo epistemológico y hermeneúutico que hacen los psicóticos nos impregna y nos hace atrevernos a defender este intrincado delirio que hemos decidido compartir con todos ustedes.

## Bibliografía

1. Du Feu M, Fergusson K. Sensory impairment and mental health. *Advances in Psychiatric Treatment* 2003; Vol. 9: 95-2.
2. González F, Rullas M. Rehabilitación psicosocial de personas sordas con problemas mentales. *Revista AMRP* 2002; 14: 10-19.
3. Thacker AJ. Formal communication disorder: sign language in deaf people with schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1994; 165(6): 818-823.
4. Landsberger SA, Diaz DR. Identifying and assessing psychosis in deaf psychiatric patients. *Curr Psychiatry Rep* 2011; 13(3): 198-202.
5. Levine ES. *The psychology of deafness: Techniques of appraisal for rehabilitation*. Oxford, England: Columbia Univer. Press; 1960.
6. Schonauer K, Achtergarde D, Gotthardt U, Folkerts HW. Hallucinatory modalities in prelingually deaf schizophrenic patients: A retrospective analysis of 67 cases. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 98(5): 377-383.
7. Du Feu M, McKenna PJ. Prelingually profoundly deaf schizophrenic patients who hear voices: A phenomenological analysis. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 99(6): 453-459.
8. Critchley EM, Denmark JC, Warren F, Wilson KA. Hallucinatory experiences of prelingually profoundly deaf schizophrenics. *Br J Psychiatry* 1981; 138: 30-32.
9. Critchley EM. (1983). Auditory experiences of deaf schizophrenics. *J R Soc Med* 1983; 76(7): 542-544.
10. Thacker AJ, Kinlocke L. Talking back: groupwork in coping with hallucinations. Paper presented at: European Society of Mental Health and Deafness; Manchester, UK; 1997.
11. 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 Spring: 128-147.
12. Evans J, Elliot H. Screening criteria for the diagnosis of schizophrenia in deaf patients. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38: 787-790.
13. Pajmans R, Cromwell J, Austen S. Do profoundly prelingually deaf patients with psychosis really hear voices? *Am Ann Deaf* 2006; 151(1):42-48.
14. Krizek GO. Auditory hallucinations in a prelingually deaf man? *Am J Psychiatry* 1985; 142(3): 392-393.
15. Atkinson JR. The perceptual characteristics of voice-hallucinations in deaf people: Insights into the nature of subvocal thought and sensory feedback loops. *Schizophr Bull* 2006; 32(4): 701-708.
16. Atkinson JR, Gleeson K, Cromwell J, O'Rourke S. Exploring the perceptual characteristics of voice-hallucinations in deaf people. *Cogn Neuropsychiatry* 2007; 12(4): 339-361.

17. Engmann B. [Peculiarities of schizophrenic diseases in prelingually deaf persons]. *MMW Fortschritte Der Medizin* 2011; 153 Suppl 1: 10-13.
18. Borges JL. (1952). El idioma analítico de John Wilkins. *Otras Inquisiciones. Obras Completas, volumen II.* Barcelona: Emecé Editoriales; 1989.
19. Anastasopoulos G, Routsonis KG. [Verbal-hallucinatory syndrome in deaf individuals in involuntal age]. *Der Nervenarzt* 1973; 44(6): 329-329.
20. Bergner J. ["Hearing voices" by a congenitally deaf schizophrenic patient]. *Psychiatrische Praxis* 2000; 27(1): 49-50.
21. Bernard F, Quante A. [Acoustic hallucinations and pseudo-hallucinations in acquired deafness: Antipsychotic treatment]. *HNO* 2011; 59(5): 519-521.
22. Remvig J. Deaf-mutes with "auditory" hallucinations. *Acta Psychiatr Scand* 1969; Sup 210: 111-120.
23. Shternberg EI. [Case of word deafness with verbal hallucinosis]. *Zhurnal Nevropatologii i Psikiatrii Imeni S.S.Korsakova (Moscow, Russia: 1952) 1959; 59(1): 61-67.*

#### Bibliografía relacionada: