

XIV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXIX Jornadas de Investigación. XVIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. IV Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. IV Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2022.

# **Características de la atención virtual psicoterapéutica con personas sordas hablantes de Lengua de Señas Argentina (LSA) que presentaron síntomas de Trastorno de Pánico.**

Comatto, Noelia Magalí.

Cita:

Comatto, Noelia Magalí (2022). *Características de la atención virtual psicoterapéutica con personas sordas hablantes de Lengua de Señas Argentina (LSA) que presentaron síntomas de Trastorno de Pánico*. XIV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXIX Jornadas de Investigación. XVIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. IV Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. IV Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-084/969>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eoq6/87e>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

# CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN VIRTUAL PSICOTERAPÉUTICA CON PERSONAS SORDAS HABLANTES DE LENGUA DE SEÑAS ARGENTINA (LSA) QUE PRESENTARON SÍNTOMAS DE TRASTORNO DE PÁNICO

Comatto, Noelia Magalí  
Colegio de Psicólogos de Quilmes. Quilmes, Argentina.

## RESUMEN

El objetivo principal de este trabajo es presentar las características de la atención virtual de psicoterapia brindada a personas sordas hablantes de Lengua de Señas Argentina (LSA) que presentaron síntomas de Trastorno de Pánico desde el marco teórico de Terapia Cognitivo Conductual (TCC). Se presenta la evaluación y presentación inicial, las estrategias de intervención utilizadas y los resultados obtenidos.

### Palabras clave

Atención virtual - Psicoterapia - Trastorno de Pánico - Personas sordas

## ABSTRACT

CHARACTERISTICS OF VIRTUAL PSYCHOTHERAPEUTIC CARE WITH DEAF PEOPLE SPEAKING ARGENTINE SIGN LANGUAGE (ASL) WHO PRESENTED SYMPTOMS OF PANIC DISORDER

The main objective of this work is to present the characteristics of virtual psychotherapy care provided to deaf people who speak Argentine Sign Language (LSA) who presented symptoms of Panic Disorder from the theoretical framework of Cognitive Behavioral Therapy (CBT). The evaluation and initial presentation, the intervention strategies used and the results obtained are presented.

### Keywords

Virtual care - Psychotherapy - Panic Disorder - Deaf people

## Introducción

Se considera fundamental ir sistematizando las prácticas de psicoterapia basada en evidencia (Mustaca, 2014) abordadas desde el Marco Teórico de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC). Se propone para ello, la descripción del tratamiento específico para el Trastorno de Ansiedad particularmente con personas sordas hablantes de Lengua de Señas Argentina (LSA). Se hace foco en cómo la atención psicológica virtual favoreció a los consultantes

en este caso, ya que colaboró en dar accesibilidad a través de videollamadas y materiales digitales utilizados como recurso terapéutico debido a que el uso de mascarillas, la distancia social y demás medidas protectoras del COVID-19 y otras enfermedades, las cuales se presentan como un obstáculo en la comunicación. De ese modo, la atención clínica virtual fue un facilitador en algunos aspectos como la llegada a diferentes puntos de la Provincia de Buenos Aires, el acercamiento o alejamiento de la cámara para permitir la comprensión de los hablantes, la realización de tareas on line, entre otros.

### Evaluación inicial: construyendo el diagnóstico.

Las primeras sesiones de la atención psicológica están orientadas a relevar la sintomatología y motivo de consulta de la persona que se pone en contacto. Las primeras comunicaciones suelen ser mensajes escritos solicitando tratamiento. Ese primer contacto se realiza a través del envío de un video en LSA realizando una presentación general de la profesional, de la disponibilidad y condiciones generales para la primera consulta. La primer reacción frente a este recurso suele ser de sorpresa y alegría. Luego, se concuerda el día, horario y plataforma a utilizar para la atención psicológica virtual. La plataforma más elegida suele ser WhatsApp en primer lugar, Zoom en segundo y, actualmente Google Meet ya que incorporó la función de subtítulo automático y para algunas personas, funciona como apoyo en la comunicación. Una vez iniciada la primera sesión, se describe el encuadre de trabajo, las pautas formales y se le explica en LSA a la persona sorda, los requisitos de la profesional y los solicitados por su Obra Social según corresponda. Para Lievendag (2008) las primeras entrevistas realizadas a la persona que consulta con el fin de iniciar un proceso de psicoterapia, están destinadas a recabar información sobre: las diferentes áreas de la vida del consultante; los vínculos familiares y sociales; los problemas que le aquejan y cómo se entranan a su vida cotidiana. Siguiendo a esta autora, es importante señalar que los profesionales van formulando hipótesis de trabajo que

luego se traducirán en una conceptualización del caso (Lievendag, 2008) la que, consistirá en una explicación en un conjunto de hipótesis que luego guiarán los objetivos y metas del tratamiento psicoterapéutico.

Por otro lado, se tuvo en cuenta para el desarrollo de este trabajo que, durante la emergencia sanitaria por COVID-19 y luego de la declaración del período de Aislamiento Preventivo Social y Obligatorio (ASPO) por el Decreto de Necesidad y Urgencia (DNU), y hasta la actualidad, ha surgido la atención virtual por medio de videollamadas como solución frente a la necesidad de acceso a la atención profesional en Salud Mental habilitándose el consultorio en modalidad online.

Se ha escogido como referencia el caso de seis personas jóvenes y adultas sordas señantes con síntomas de Trastorno de pánico 300.01 (F41.0) según la American Psychiatric Association - APA (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5a. ed).

Tomando también los aportes de la Terapia Cognitiva, fundamentalmente la definición de ansiedad propuesta por Beck (2013), la cual caracteriza como un sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva que se activa cuando un evento es percibido como amenazante, como imprevisible e incontrolable que potencialmente podría representar un peligro para la persona, este tiene como base el miedo, el cual es definido por Barlow (2002, como se citó en Beck, 2013) como una alarma primitiva en respuesta a un peligro presente, caracterizado por una activación intensa y con tendencia a la acción. En cambio la ansiedad, es definida por el mismo autor como una emoción orientada hacia el futuro con un cambio rápido en la atención enfocada hacia el acontecimiento potencialmente peligroso, o hacia la propia respuesta afectiva. Se sabe además, que el miedo tiene una función adaptativa que es crítica para la supervivencia y es insumo para los estados de ansiedad clínica en el sentido de que se presentan síntomas relacionados al mismo. Frente a estos síntomas, Beck (2013) presenta cinco criterios a tener en cuenta (aunque pueden no estar todos presentes): 1) cognición disfuncional, el miedo ante un evento se presenta como una activación esperable, sin embargo, la respuesta generada conduce a una interpretación de amenaza; 2) deterioro del funcionamiento, por llevar su atención hacia un evento probable, termina por provocar aquello que intenta evitar. Esto puede interferir con su capacidad plena del goce o el disfrute; 3) persistencia, al tratarse de la percepción de amenaza y estado de alerta, la persona con ansiedad clínica, puede tener una sensación aumentada con solo pensar en el estímulo amenazante; 4) falsas alarmas, es frecuente que aparezca una crisis de angustia sin estímulo que la provoque o con la mínima presencia de éste. 5) hipersensibilidad a los estímulos, las personas que sufren trastorno de ansiedad, interpretarían una serie mucho más amplia de estímulos como amenazantes que aquellas personas que no padecen este tipo de afectaciones. De este modo, para Beck (2013) las respuestas fisiológicas automáticas

que generalmente ocurren en presencia de una amenaza o peligro, se consideran como respuestas defensivas que preparan al organismo para enfrentar esa situación, de dos formas: huyendo o luchando. Estas características conductuales están asociadas a la búsqueda de seguridad. Es por esto que, lo que determina el nivel de ansiedad, es el modo en que se evalúa el evento que es percibido como amenazante. La intensidad del estado dependerá de la valoración inicial, pero también de la valoración secundaria, es decir la capacidad de afrontamiento y de seguridad. La terapia cognitiva entonces, consiste en la corrección de falsas valoraciones acerca de aquello que es considerado un peligro o amenaza y la propia capacidad de enfrentar esa situación (Beck, 2013).

Tomando en cuenta los desarrollos anteriores, se describirá a continuación, la modalidad de atención a personas sordas señantes con Trastorno de Pánico, las estrategias de intervención utilizadas y los resultados obtenidos.

### **Estrategias de intervención considerando las necesidades de los hablantes en LSA**

Según Botella y Corbella (2011) la Alianza Terapéutica es una conformación conjunta entre consultante y terapeuta donde las expectativas, las opiniones, las construcciones que ambos van desarrollando respecto al trabajo que están realizando, la relación establecida y la visión del otro, esto mismo, resulta relevante para el establecimiento del vínculo, así como los efectos o resultados que puedan emerger de las intervenciones psicoterapéuticas implementadas. En el caso de las personas sordas, suele iniciar con un aspecto positivo relacionado con el conocimiento por parte de la profesional sobre la cultura sorda y el manejo de su idioma natural, la LSA (Massone, 2010), siendo ésta el medio de comunicación, y resalto este aspecto ya que es utilizado como medio de comunicación como lo es para las personas oyentes la Lengua Oral (LO). Entonces, la evaluación, el diagnóstico y el diseño de intervenciones, serán focalizadas en la problemática presentada por el consultante, más allá de su forma de comunicación.

Para la presentación de este trabajo se ha realizado un recorte de casos a personas sordas hablantes de LSA con diagnóstico de Trastorno de Pánico. El modelo de intervención seleccionado fue el que propone Craske y Barlow (2018), quien sugiere los siguientes componentes a tener en cuenta a ser utilizados, aproximadamente en doce sesiones de tratamiento: Componente educativo, se trata de brindar información acerca de lo que es un trastorno de pánico, cómo se originan las crisis de pánico y de qué manera, las respuestas de alarma favorecen el mantenimiento del trastorno; Automonitoreo, se solicita un registro de los ataques de pánico y en un segundo momento, de los estados de ánimo; Reentrenamiento de la respiración, generalmente suele presentarse como síntoma la hiperventilación o agitación, el objetivo de esta intervención es brindar estrategias, no tanto de respiración en sí, sino como medio para

producir un cambio en la sensación de control y generar una distracción; Relajación aplicada, las técnicas de relajación progresiva han demostrado buenos resultados ya que se centra en bajar los niveles de activación interoceptiva; Reestructuración cognitiva, es un conjunto de habilidades destinadas a modificar los errores cognitivos que tiene la persona consultante acerca del trastorno de pánico y de lo que le está sucediendo. Se cuestiona la sobreestimación de la amenaza y la creencia de que no se tienen estrategias de afrontamiento para defenderse de tal amenaza. Para ello los terapeutas cognitivos, utilizan el cuestionamiento socrático de forma que les permita ayudar a los consultantes a hacer descubrimientos guiados y a cuestionar sus pensamientos ansiosos, generando hipótesis alternativas con base en la evidencia; Exposición en vivo a las sensaciones interoceptivas, se evocan sensaciones similares a las producidas durante un ataque de pánico, a través de métodos como el ejercicio físico, la hiperventilación, esta exposición se realiza de manera gradual y planificada en varias sesiones, empleando las habilidades y estrategias aprendidas previamente. La exposición está diseñada para desafiar las valoraciones inadecuadas y extinguir las respuestas emocionales condicionadas a situaciones y contextos externos. También se incluyen tareas donde el consultante habrá de exponerse a las situaciones que le provocan miedo y ansiedad, tanto a las sensaciones internas como a los estímulos externos si además de pánico existe agorafobia y practicar las estrategias aprendidas durante las sesiones de exposición en vivo.

Se toman además, las técnicas de respiración, relajación y mindfulness propuestos por Ruiz Fernández et al. (2012) así como los aportes de Korman y Garay (2012), donde se presenta la eficacia de la incorporación al tratamiento de técnicas de tercera ola basada en mindfulness y se plantea su efectividad en combinación con la terapia cognitivo conductual quienes toman los aportes de Jon Kabat Zinn sobre la conciencia plena: “prestar atención de un modo particular: con intención, en el momento presente y no llevando a cabo juicios de esa experiencia” (Kabat-Zinn, 1990, como se citó en Korman y Garay, 2012, p. 9). Este modelo propone una posición más reflexiva entre lo que percibimos del entorno y la respuesta inmediata, permitiendo a la persona tomar conciencia de su experiencia, no solo cuestionar las creencias en base a su contenido como muestra la evidencia de la teoría beckiana (Beck y Sacco, 1995 como se citó en Korman y Garay, 2012) sino que además, se trata de un cambio de actitud para no responder de manera automática frente a los eventos estresantes o activadores.

La interacción, en estos casos, se vio facilitada por los medios virtuales haciendo accesible la atención psicológica de personas sordas ya que en una consulta presencial, las medidas de protección servían de obstáculos frente a la comunicación, las necesidades de los consultantes y la seguridad tanto del profesional como de ellos mismos. Por lo tanto, el hecho de quedarse en la casa, acceder a la atención online y sincróni-

ca, poder moverse con libertad para hablar, tener la posibilidad de ver al profesional y realizar lectura labial (en los casos que así lo requirieran), poder ver sus expresiones y acceder a una atención en su propia lengua, fueron todos facilitadores en el proceso de psicoterapia. Principalmente, se utilizaron recursos visuales como dibujos, videos, cuadernillos, estrategias lúdicas y también se incluyeron recursos que estimulen otros sentidos como el olfato o el táctil. Recurriendo adicionalmente al apoyo del Español Escrito si fuera necesario, pero siempre priorizando el respeto por la Lengua de Señas y la cultura sorda.

### Resultados

En todos los casos se comenzó explicando el modelo de TCC, se explicaron las técnicas a utilizar comenzando por un trabajo de psicoeducación (Craske y Barlow, 2018) sobre los ataques de pánico y las respuestas emocionales asociadas para comprender sus funciones y respuestas esperables. Seguidamente, se fueron adaptando con estrategias visuales y corporales, ejercicios de respiración, relajación y atención plena (Korman y Garay, 2011) para que cada consultante pueda incorporar como estrategia de afrontamiento frente a la emergencia de un evento estresante. Utilizando también, el método del diálogo socrático, se ha orientado a los consultantes a realizar un descubrimiento guiado de aquellas creencias desadaptativas con el objetivo de ir generando una disonancia cognitiva: creencias del paciente que se muestran cada vez más incongruentes para él entre las ideas irracionales y la evidencia de lo que realmente sucede (Festinger, 1957, como se citó en Partarrieu, 2011). Cuando la persona logra identificar estas creencias, se genera una acción corporal no tan tensa y más relajada, generalmente acompañada de una sonrisa de comprensión y alivio. La expresividad es un elemento fundamental en la LSA, ya que puede sintetizar una frase, una palabra o una intención (Massone y Machado, 1994). Los ejercicios de exposición (Craske y Barlow, 2018) también fueron adaptados a los estímulos visuales y táctiles, donde los y las consultantes pudieron identificar que las respuestas fisiológicas se pueden activar con diferentes estímulos y que las creencias distorsionadas (Beck, 2013) pueden enlazarse y provocar estas respuestas automáticas, pero que además, se ve disminuida a consecuencia de ello, su propia capacidad de respuesta por seguir esa idea que desvaloriza la propia capacidad. Finalmente, adaptando el cambio lingüístico (Massone, 2012) se fue produciendo una flexibilización del pensamiento y los síntomas disminuyeron notablemente. Se trabajó sobre la prevención de recaídas haciendo un repaso de las herramientas adquiridas, las estrategias disponibles y las fortalezas de cada persona para enfrentar aquellos eventos estresantes que, según Beck (2013) están relacionados con la propia vulnerabilidad.

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- American Psychiatry Association (2014) *Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders, DSM V* (5° Ed.).
- Beck, A.T. (2013) *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Descleé de Brouwer.
- Boletín Oficial de la República Argentina. Secretaría Legal y Técnica (19/03/2020) *Aislamiento social preventivo y obligatorio. Decreto 297/2020 DECNU-2020-297-APN-PTE Disposiciones*. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320>
- Botella, L., & Corbella, S. (2011) *Alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico*. Boletín de psicología, 101, 21-33.
- Craske, M. y Barlow, D. (2018) *Cap 1: Trastorno de pánico y agorafobia. Manual clínico de trastornos psicológicos. Tratamiento paso a paso*. El Manual Moderno S.A de C., 20-123.
- Korman, G.P., & Garay, C.J. (2012) *El modelo de terapia cognitiva basada en la conciencia plena (mindfulness)*. Revista argentina de clínica psicológica, 21(1), 5-13.
- Lievendag, L. (2008) La conceptualización de casos. Ficha de cátedra de la materia Clínica Psicológica y Psicoterapias: Emergencias e Interconsultas de la Universidad de Buenos Aires. <http://academica.psi.uba.ar/Psi/Ver521.php?catedra=634&anio=2022&cuatrimestre=1>
- Massone, M.I. (2010) *Las comunidades sordas y sus lenguas: desde los márgenes hacia la visibilización*. Cuadernos del INADI, (2). [https://www.cultura-sorda.org/wp-content/uploads/2015/03/Massone\\_Inadi\\_Comunidades\\_sordas\\_sus\\_lenguas.pdf](https://www.cultura-sorda.org/wp-content/uploads/2015/03/Massone_Inadi_Comunidades_sordas_sus_lenguas.pdf)
- Massone, M.I. y Machado.E.M. (1994) *Lengua de Señas Argentina. Análisis y Vocabulario Bilingüe*. Edicial.
- Mustaca, A.E. (2014) *Prácticas basadas en la evidencia: pasado, presente y futuro. Revista costarricense de psicología (33)*.
- Ruiz Fernández, M.A., Díaz García, M.I. y Villalobos Crespo, A. (2012) *Cap 5: Desensibilización sistemática y técnicas de relajación. Cap 10: Mindfulness. Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Descleé de Brouwer.