

**ARTÍCULO ORIGINAL**

**ORIGINAL ARTICLE**



Recibido: 08/10/2019. Aceptado: 28/02/2020

## **PÉRDIDA DE AUDICIÓN NO ORGÁNICA. A PROPÓSITO DE UN CASO**

### **NON-ORGANIC HEARING LOSS. CLINICAL CASE REPORT**

Alba Parra González<sup>1</sup>, Sonia Fernández Morante<sup>2</sup>, David Rentero Martín<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Médico residente de tercer año de psiquiatría, A.G.C. Psiquiatría y Salud Mental; Hospital 12 de Octubre. <sup>2</sup>Médico adjunto de psiquiatría, A.G.C. Psiquiatría y Salud Mental; Hospital 12 de Octubre.

Correspondencia: Av. de Córdoba, s/n, 28041 Madrid. alba.parra@salud.madrid.org

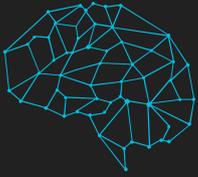
**LEER**



ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2020;12:35-45

35



## RESUMEN

La sordera de origen no orgánico ha sido objeto de estudio por parte de otorrinolaringología con el fin de establecer un diagnóstico certero. Sin embargo, pocos artículos versan sobre la salud mental del sujeto que la sufre. Entre las causas subyacentes se diferencian el trastorno por conversión, trastorno facticio y la simulación. En el presente artículo se expone el caso de una mujer cuyo malestar emocional esbozará variados síntomas conversivos, destacando la pérdida de audición por su relativa infrecuencia. Se expondrán las dificultades encontradas en su diagnóstico clínico y manejo terapéutico. Se pondrá en evidencia la importancia de trabajar conjuntamente con el resto de especialistas y entorno más cercano de la paciente.

**Palabras clave:** Pérdida de audición, funcional, pérdida de audición no orgánica, trastorno conversivo; histeria, trastorno facticio, simulación.

## ABSTRACT

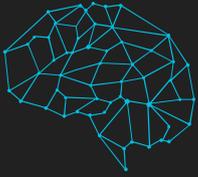
Non-organic hearing loss has been the focus of study by otorhinolaryngologists to get the correct differential diagnosis. Nevertheless, scarce literature is about mental health status from the subject who suffers it. The psychological causes beyond the deafness can be divided into conversion disorder, factitious or malingering. In this article we expound the case of a woman whose suffering will outline various conversive symptoms, as the rare hypoacusis. The difficulties found for the diagnosis and treatment will be discussed. It'll be evident that it is a must to work together with the other specialties and family environment.

**Keywords:** Hearing Loss, functional, non-organic hearing loss, conversion disorder, hysteria, factitious disorders, malingering.

## INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo expondremos el caso de una mujer con sospecha de pérdida de audición de origen no orgánico (NOHL, por sus siglas en inglés "non-organic hearing loss"), entidad poco frecuente en nuestra práctica clínica diaria. Resultará de especial interés analizar las variables de confusión que obstaculizaron el diagnóstico médico final e implicaron llegar a plantear la colocación de un implante coclear. Se analizarán los mecanismos psicológicos subyacentes de una forma dinámica y cómo este proceso guió la planificación del tratamiento psicoterapéutico. Se ilustrará la importancia del vínculo terapéutico con el paciente y la familia, así como el trabajo en equipo. Por último, realizaremos una reflexión sobre cuál es la entidad nosológica que más se aproxima al cuadro clínico que presenta la paciente, cuya sordera no es más que otro síntoma.

Indagando en la literatura los primeros casos de NOHL se remontan al año 1846 en trabajos de médicos alemanes y franceses. Sin embargo, no es hasta la Segunda Guerra Mundial cuando esta entidad capta la atención de la sociedad al afectar a los soldados en guerra y se empiezan a desarrollar técnicas para el adecuado diagnóstico diferencial y tratamiento rehabilitador (William & Livingood, 1963; Psychogenic deafness, 1964). Desde entonces este tipo de sordera ha recibido múltiples sobrenombres: pseudohipoacusia, sordera funcional, psicógena, conversiva, simuladora, entre otros. De acuerdo con Austen & Lynch (2010), a lo largo del artículo se ha decidido emplear el término "**pérdida de audición no orgánica**", que no aporta información acerca de la motivación del síntoma. Una definición bastante precisa propuesta por los autores es "resultados de pruebas audiométricas que arrojan un déficit mayor del explicado por una patología orgánica".



Los datos epidemiológicos son extremadamente variables, estimándose una prevalencia menor al 2% en población general, mayor en grupos específicos de población, como los niños ( $\approx 7\%$ ) ó personal militar (10-50%) (Austen & Lynch, 2010; Balatsouras et al, 2013). Se estima un origen no orgánico detrás del 2.5 % de las sorderas súbitas (Ban & Jin, 2006).

A pesar de existir más de 400 casos documentados en la literatura científica (Kompis, Senn, Matokoudis & Caversaccio, 2015), la NOHL sigue suponiendo en la actualidad un reto interdisciplinar tanto a nivel diagnóstico como terapéutico. Hoy en día el diagnóstico otorrinolaringológico (ORL) se basa en la discrepancia entre el umbral auditivo determinado por las pruebas que requieren la colaboración del paciente y aquel determinado por las pruebas objetivas (Qiu, Stucker, Yin & Welsh, 1998; Sanders & Lazenby, 1983; Saravanappa, Mephram & Bowdler, 2005). Si bien parece claro que el diagnóstico no se debe realizar en base a una prueba única (Qiu et al., 1998), no existe hasta el momento consenso acerca de un único protocolo para establecer el diagnóstico médico (Balatsouras et al., 2003).

La amplia variabilidad de formas de presentación (Qiu et al., 1998) y su frecuente instauración sobre una pérdida de audición real (Qiu et al., 1998; William & Livingood, 1963) son características que pueden confundir al profesional y retrasar el diagnóstico. Aunque no resulta frecuente, existen casos documentados de NOHL diagnosticados en el protocolo previo a la colocación de un implante coclear (Kompis et al., 2015; Mistry et al., 2016; Spraggs, Burton & Graham, 1994). Según Kompis et al. (2015), 1 de cada 17 pacientes con NOHL llega a solicitar un implante coclear, representado un 2% del total de candidatos en la muestra de Mistry et al., (2016).

En la práctica clínica el diagnóstico psiquiátrico resulta difícil de establecer. Históricamente se tendió a dicotomizar entre una producción consciente del síntoma y otra inconsciente, diferenciando de este modo a aquellos sujetos que buscaban de manera intencionada beneficios externos (simuladores) de aquellos que precisaban atención psicológica (conversivos). Sin embargo, esta categorización rígida se ha cuestionado posteriormente en diversos textos (Austen & Lynch, 2004). Las alusiones al tratamiento de trastornos neurológicos funcionales son escasas, la evidencia se centra en técnicas cognitivo-conductuales, aunque se destaca la falta de estudios de calidad (Goldstein & Meller, 2016).

## DESCRIPCIÓN DEL CASO

### IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Mujer de 26 años en seguimiento en salud mental desde la juventud por inestabilidad emocional, autolesiones y pseudoalucinaciones auditivas.

#### *Antecedentes psiquiátricos de interés.*

Inicia seguimiento en salud mental en otra área sanitaria a los 18 años de edad ante dificultades para mantener relaciones sexuales. En su evolución se describe un patrón de relaciones interpersonales inestables y dificultad para manejo de sus emociones, recurriendo a las autolesiones en los momentos de mayor estrés. Por su gravedad llega a derivarse a hospital de día, aunque la paciente nunca llega a acudir. Realiza varios intentos autolíticos mediante sobreingesta de tóxicos, requiriendo una única hospitalización psiquiátrica por ideación autolítica a los 25 años de edad.

#### *Antecedentes médicos de interés.*

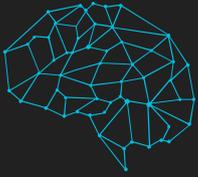
Sordera progresiva de ambos oídos desde los 21 años de edad de etiología desconocida.

### ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA

La paciente es derivada a nuestro centro de salud mental tras alta voluntaria de un ingreso psiquiátrico breve por ideas autolíticas y pseudoalucinaciones auditivas a los 25 años de edad. Sólo acude a la primera consulta, solicitando la cita sucesiva más de medio año después por recomendaciones del servicio de ORL. Desde dicho servicio nos trasladan la sospecha de NOHL y solicitan nuestra colaboración para el manejo del caso. Su impresión diagnóstica se basa en:

- Resultados incongruentes de las pruebas complementarias realizadas como paso previo a la colocación del implante coclear
- Escasas dificultades de comunicación que presenta la paciente durante las entrevistas.

En este primer contacto desde un punto de vista psicopatológico nos encontramos a una paciente colaboradora y que no presenta grandes dificultades para la comunicación, refiriendo que se comunica vía lectura bilabial. Muestra una adecuada organización tanto del discurso como de la conducta durante la entrevista. No refiere clínica afectiva mayor aunque si frecuentes oscilaciones anímicas y episodios de



disforia en contexto de situaciones estresantes. En estas ocasiones presenta crisis de ansiedad con alucinaciones auditivas breves y egodistónicas que impresionan de carácter catatímico, así como episodios breves de "desconexión" con posterior amnesia. Comunica tener frecuentemente ideas de muerte sin paso al acto, además de episodios de autolesión recurrentes. Presenta juicio de realidad conservado. No refiere ideas delirantes.

Se encuentra con el siguiente tratamiento farmacológico: paroxetina 40 mg/día, zolpidem 10 mg/día, topiramato 200 mg/día, alprazolam 0,5 mg si ansiedad y aripiprazol 10 mg/día (previamente se había ensayado con olanzapina y haloperidol).

Desde el servicio de salud mental le mostramos a la paciente nuestro interés por el problema que presenta y nuestra intención de colaborar en su solución. Le proponemos un total de 5 entrevistas de manera semanal de entre 1-2 horas de duración con el objetivo de recoger la información médica disponible, así como una historia biográfica detallada tanto personal como familiar.

Para realizar dicho trabajo seguimos las recomendaciones de MacKinnon, Michels & Buckley (2008) en la entrevista con el paciente psicósomático. Se intenta recoger la historia médica y biográfica de manera paralela con el fin de que el paciente no piense que sólo nos centramos en un origen psicológico. Esta fase inicial puede ayudar al terapeuta a detectar vínculos que el paciente no es capaz de identificar de manera consciente y que podremos abordar en otras fases posteriores del tratamiento.

## HISTORIA DEL PROBLEMA

### *Problema de audición*

La paciente inicia otitis y otomycosis de repetición entre los 18- 21 años, con fluctuaciones del nivel auditivo. A pesar de recibir el tratamiento indicado describe pérdida de audición progresiva de ambos oídos a partir de los 21 años. Es valorada y tratada por múltiples especialistas, tanto de ámbito privado como público, sin una respuesta satisfactoria. Prueba audífonos, e incluso recibe tratamiento corticoideo e inmunológico durante un período de tiempo, en el que recibe diagnóstico de hipoacusia autoinmune. Ante la ausencia de mejoría, a la edad de 25 años se plantea la posibilidad del implante coclear. Desde el servicio de ORL se realiza el estudio complementario previo a su colocación

entre los meses de mayo a junio de 2018, obteniendo los siguientes resultados:

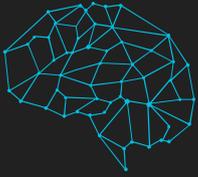
- **Resultados anormales en audiometría tonal:** "ausencia de respuesta en ninguna frecuencia al mayor rendimiento del audiómetro" en oído derecho (resultado compatible con cofosis), e "hipoacusia mixta profunda" en oído izquierdo.
- **Resultados normales para el resto de pruebas complementarias:** analítica (hemograma, bioquímica, serologías y autoinmunidad), otoscopia, Tomografía Axial Computerizada de peñascos (TAC), Resonancia Magnética craneal (RM), Timpanometría (TPM), Reflejo estapedial, Potenciales Evocados en Tronco Cerebral (PEATC).

Se objetiva, por tanto, una discordancia entre las pruebas subjetivas de la audición (como la audiometría), que indican una sordera profunda, y las pruebas objetivas (PEATC, reflejo estapedial), que son congruentes con una audición normal. Ante la sospecha de NOHL el médico ORL referente decide: 1) repetir la batería de pruebas; 2) solicitar una RM funcional y 3) avisar al servicio de psiquiatría para valoración conjunta del caso.

Se repiten entre Agosto y Diciembre de 2018 las audiometrías, TPM, reflejo estapedial, PEATC y RM, arrojando similares resultados. La RM funcional no se puede realizar por problemas técnicos hasta medio año después de iniciar la terapia en nuestro centro. Mediante esta prueba se reproduce música a través de unos cascos que porta la paciente, identificándose con normalidad y de manera bilateral las áreas auditivas, con una extensa zona de activación. En el informe señalan, incluso, la activación parcial de áreas del lenguaje en áreas de asociación frontales, dato sugerente de comprensión de las canciones.

### *Historia biográfica*

La paciente procede de una familia de tres hermanos (un varón mayor que ella y una hermana gemela). El hermano mayor sufre un accidente doméstico a los pocos meses de nacer mientras estaba en la cocina con la madre, derramándosele café hirviendo por el cuerpo. Como consecuencia, es sometido a múltiples intervenciones quirúrgicas a lo largo de su vida. La madre se vuelca en el cuidado del niño desde un inicio, siendo esto definido por la paciente como un modo de "sobrepotección". Recuerda una infancia con una familia fragmentada, en la que su padre pasaba la mayor parte del tiempo trabajando y apenas se reunían los fines de semana.



A la edad de 12 años la paciente sufre abusos sexuales reiterados durante un año por parte de un vecino, amigo de su hermano. Inicialmente se producían los abusos en la casa del vecino, donde la paciente iba con su hermano a jugar a los coches teledirigidos. Posteriormente, estos hechos acontecen incluso en casa de la propia paciente, sin nadie advertir lo que ocurría en la habitación de al lado.

A los 16 años de edad se produce el divorcio de los padres, siendo en ese momento cuando el padre le reprocha el evento de la cafetera a la madre. Se produce un enfrentamiento entre todos los miembros de la familia, en el que se llega incluso a la agresión física. Cada uno de los hijos "elige" con quien convivir, siendo el hermano quien decide irse con el padre. Tras una de las discusiones, la paciente cuenta a su madre y hermana, por primera vez, los abusos sexuales sufridos años atrás. Sin embargo, siente que sus palabras no son escuchadas por nadie.

En ese período la convivencia en casa con la madre se complica. La paciente sospecha que ésta es incapaz de afrontar que su hermano haya elegido al padre después del cuidado que ella le ha ofrecido. Es entonces cuando la paciente presenta un aumento de la clínica ansiosa y comienza a autolesionarse y a presentar pesadillas con la sombra del agresor... En este contexto, la paciente abandona estudios de bachillerato y empieza una formación profesional de auxiliar de enfermería con el fin de independizarse lo antes posible.

A los 18 años de edad se traslada a casa de su primera pareja describiendo una relación sentimental inestable y compleja de intensa dependencia emocional. Ambas se autolesionan en los momentos de mayor estrés (según refiere, llega a presentar pseudoalucinaciones auditivas que le invitan a ello). Ante la dificultad que presenta para mantener relaciones sexuales decide contactar con salud mental, iniciando seguimiento en ese momento. Este patrón de relación inestable se perpetúa en las siguientes relaciones sentimentales que mantiene, siempre con personas de sexo femenino.

A los 21 años de edad conoce fortuitamente a otras víctimas del agresor sexual, sintiéndose con capacidad para denunciar los hechos. Es en este momento cuando se inicia una pérdida paulatina de audición. Es a los 24 años cuando tras un episodio de otalgia bilateral intermitente presenta una pérdida brusca y completa de la capacidad auditiva: "me levanté sin poder oír". Acude de manera urgente al hospital, donde es diagnosticada de sordera súbita y recibe corticoesteroides.

Describe recuperación auditiva parcial del oído izquierdo, con ausencia de mejoría del derecho.

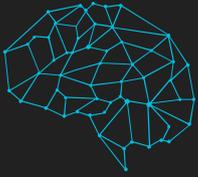
Para mejorar su capacidad de comunicación visualiza vídeos online de lenguaje bilabial con su nueva pareja, y acude a sesiones con logopedia para "leer los labios" pero esta relación sentimental se rompe a los pocos meses, precisando atención urgente psiquiátrica por ideas de carácter autolítico. En contexto de la atención hospitalaria alertan a los familiares más cercanos (madre y hermana) de la situación de la paciente. Hasta ese momento la relación entre madre e hija llevaba años deteriorada, según identifica la paciente, siendo a partir de ese año cuando se empieza a reparar: "Vigilaba que no me hiciera nada, me llevaba a especialistas del oído, hacía lo que nunca había hecho antes". La abuela materna le preguntaba a la madre acerca de su sordera y le insistía en que atendiera a su hija "tanto como había hecho con su hijo en la infancia".

A partir de ese momento es cuando juntas empiezan a visitar múltiples especialistas de ORL y acaba siendo derivada a nuestro hospital. Esta derivación coincide en el tiempo con la celebración del juicio por los abusos sexuales sufridos en la adolescencia, cinco años después de interponer la denuncia. En los pasillos del juzgado se encuentra físicamente con el agresor. Desde ese momento se intensifican las pesadillas que experimenta por las noches, en las que ya no sólo ve "su sombra" sino también su rostro.

## ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS PROBLEMA

### *Problema de audición*

Mediante el modelo médico recogemos que la paciente tenía un antecedente otológico de infecciones de repetición. Al comparar la historia médica con la biográfica, además, advertimos posibles vinculaciones. La queja de hipoacusia progresiva surge el año en que la paciente interpone la denuncia por abusos sexuales. No relata ningún estresor en el período en que presenta la pérdida brusca, pero sí que nos llama la atención que coincidente con el empeoramiento de audición y la atención psiquiátrica hospitalaria la relación entre madre e hija empieza a repararse significativamente, según lo identifica la paciente. Se le llega a pedir en consulta que realice dos gráficas: una con la evolución de su sordera, y otra con la relación entre madre e hija, donde se observa como el empeoramiento de la sordera coincide con la repa-



ración de la relación entre ambas. De esta forma ilustrativa intentamos genuinamente crear ciertas dudas e inquietudes en la paciente acerca del síntoma.

A nivel de comunicación mantiene conversaciones sin aparentes dificultades, argumentando ser capaz de "leer los labios" y mostrando una actitud labio-dependiente. Explica que era un juego que le enseñaba su padre de pequeña mientras regaban las plantas, en los pocos momentos que pasaban juntos, y que después lo ha ido perfeccionando a través de videos y logopedia. Verbaliza su enfado hacia los profesionales de ORL porque le han dejado entrever un posible origen "psicológico".

Explorando posibles ganancias económicas o legales, la paciente no realiza inicialmente, ni tampoco posteriormente en el seguimiento, ninguna demanda relacionada.

### *Otras conductas problema*

Presenta otras conductas problema como son: autolesiones en forma de cortes superficiales en ambos antebrazos, pseudoalucinaciones auditivas poco consistentes en contexto de mayor ansiedad, episodios disociativos contextualizados en disputas familiares en los que no recuerda lo ocurrido... También presenta pesadillas nocturnas y falta de apetito sexual que interfieren en su relación actual de pareja.

### *Diagnósticos clínicos*

Se plantean los siguientes diagnósticos, según DSM-5 (código):

- Trastorno por estrés postraumático (F43.1; 309.81)
- Trastorno límite de la personalidad (F60.31; 301.83)
- Trastorno por conversión, con síntoma sensitivo especial, persistente con factor de estrés psicológico (F44.6; 300.11) vs trastorno facticio aplicado a uno mismo con episodios recurrentes (F68.10; 300.19).

### TRATAMIENTO

El tratamiento de la paciente se basa en dos pilares complementarios: 1) **Tratamiento farmacológico con el fin de atenuar la respuesta emocional.** 2) **Tratamiento psicoterapéutico.**

En este punto se debe señalar que la psicoterapia propuesta a la paciente está enmarcada dentro del sistema público de salud, con las limitaciones de tiempo (tanto de frecuencia como de duración de las sesiones) que conlleva. En el caso de esta paciente se le propone un seguimien-

to quincenal con sesiones de una hora de duración. No se acuerda fecha de terminación, si bien se expone una duración máxima de tres años por la misma terapeuta debido al tiempo de finalización de la residencia en psiquiatría.

Tras las entrevistas iniciales en las que se realiza valoración diagnóstica con ajuste de tratamiento farmacológico, se establece como foco terapéutico el síntoma de la sordera. Como en todo tratamiento, más aún en nuestro caso, es fundamental el establecimiento de una alianza terapéutica segura con la paciente. El establecimiento y consolidación de esta confianza básica resulta compleja por los problemas de apego temprano que presenta la paciente y su estructura de personalidad de características límites (inestabilidad emocional, la tendencia a la idealización/devaluación...) (Morales Aguilar, 2018). Es por ello que se dedican numerosas sesiones a fortalecer y estabilizar la relación con la paciente. El interés activo por su historia biográfica, la sensación de sentirse escuchada, y la validación del malestar que asocia, son aspectos clave para consolidar esa relación terapéutica. De este modo se consigue que la paciente acuda regularmente a las consultas y se involucre en la terapia. Conforme la alianza se afianza, avanzamos en un continuo desde una psicoterapia de apoyo a la validación empática de la experiencia subjetiva de la paciente, intentando llegar a una confrontación de aspectos disociados.

A lo largo de las entrevistas, siguiendo las premisas de las técnicas narrativas (García Martínez, 2012), tratamos de mejorar la coherencia interna del relato de la paciente y que el diagnóstico de sordera no sea vivido como una etiqueta impuesta desde el ámbito médico de un síntoma inexistente producido por su mente. Se intenta despertar la curiosidad del paciente y que el síntoma empiece a tener sentido para ella como parte de su historia vital. En todo momento se evita una confrontación directa agresiva y se valida su malestar.

Siguiendo el modelo reatribucional de Goldberg, varias sesiones se centran en aspectos psicoeducativos de la patología psicosomática desde una perspectiva bio-psico-social (De la Fuente Rodríguez, López, Lerones, Fuentes, Juanes & Sáez, 2014). La paciente admite que sus síntomas (entre los que se incluye la sordera) empeoran en situaciones de estrés, lo que abre una vía natural para abordar la clínica psicosomática. Se trabajan las características especiales de su sordera, y la posible relación con conflictos emocionales internos. Contactamos con el servicio de ORL para manejo coordinado del caso. Se acuerda que se expongan de manera objetiva



los resultados de las pruebas complementarias pero que a su vez se reconozcan la realidad de los síntomas. Se insiste en que se evite la confrontación directa y un alta temprana por su parte, hasta que el trabajo psicoterapéutico permita que la paciente no viva el alta hospitalaria por parte de ORL como una incomprensión del síntoma.

Conforme avanzan las sesiones, y la paciente construye la narrativa de su historia biográfica, interioriza progresivamente un componente psicológico inherente a su sordera. Lleva a la terapia los sentimientos que experimentó cuando los médicos ORL empezaban a cuestionar su diagnóstico, reconociendo hostilidad y desconfianza hacia ellos inicialmente. En el momento actual, sin embargo, acepta un posible alta por parte de ORL a corto plazo y no demanda ninguna exploración añadida ni segundas valoraciones.

Si bien la terapia se centra en el síntoma de la sordera, se intenta relacionar ésta con el resto de síntomas de corte conversivo/disociativo que presenta, con el fin de devolver una imagen cohesionada del cuadro clínico. En todo momento se pone énfasis en que, al no existir daño orgánico, su sordera tiene un mejor pronóstico, además de la buena funcionalidad que ya mantiene en su día a día. De hecho, a lo largo de la terapia, la paciente encuentra un empleo estable como auxiliar en un centro de niños con necesidades especiales, llevando ya más de medio año trabajando sin dificultades.

Conforme el diagnóstico de NOHL parece estar más claro la paciente describe situaciones familiares en las que cuestionan su diagnóstico auditivo, recibiendo en ocasiones comentarios peyorativos sobre su sordera. Este hecho le genera gran angustia, ya que ella sí que considera posible un origen psicógeno del síntoma. Por este motivo se decide dedicar varias visitas al abordaje psicoeducativo familiar, en este caso con la madre, ya que una errónea comprensión del síntoma podría desencadenar el rechazo hacia la paciente. El relato de la madre apoya la hipótesis de una significativa reparación de la relación entre madre e hija a raíz de la pérdida de audición, reconociendo haberse involucrado por completo en la búsqueda de un diagnóstico y tratamiento adecuado, solicitando numerosas valoraciones en centros tanto públicos como privados (clínicas de ORL, reumatología e incluso oncología). La madre describe la rabia que advierte en la paciente cuando le comunican desde ORL que las pruebas objetivas sugieren una audición normal. A la madre, sin embargo, no le sorprende el origen psicológico de la patología auditiva "cuando estaba más tranquila escuchaba bien" e intuye la

**Tabla I. Puntuaciones ICG-TLP pre y post-intervención**

ÍTEMS A VALORAR	ICG-TLP PRE-TRATAMIENTO	ICG DE MEJORÍA POST-TRATAMIENTO
Abandono	6	2
Rasgos inestables	6	2
Identidad	3	3
Impulsividad	6	2
Suicidio	4	1
Inestabilidad afectiva	5	2
Vacío	1	9 (No aplica)
Ira	4	3
Ideación paranoide/ Clínica psicótica	4	2
TLP general	5	2

relación de la sordera con los abusos sexuales. Intentando indagar aspectos biográficos relacionados con la sordera, la madre añade que en el verano en el que la paciente pierde bruscamente la audición estaba iniciando una relación íntima con un varón. Este dato se explora en las siguientes sesiones individuales con la paciente, señalándole lo llamativo que resulta que tras tantas sesiones de terapia nunca hubiera hecho alusiones al respecto, refiriendo la paciente que le daba "vergüenza" contarle, ya que no fue "capaz" de mantener relaciones sexuales con él.

Una vez trabajado el origen psicógeno de la sordera de manera individual y familiar, se establece como siguiente objetivo encontrar formas de relacionarse madre e hija que no sean a través de la sordera. Desde un abordaje conductual se prescriben durante varias sesiones actividades entre ellas que no impliquen a la enfermedad. En las siguientes sesiones la madre de la paciente sufre una enfermedad neurológica por la que necesita la baja laboral y realizar rehabilitación. La paciente se encarga de la tienda de repostería de la madre por las tardes, atendiendo a los clientes sin problemas pese a las dificultades auditivas, además de mantener su propio empleo por las mañanas. Ayuda en tareas del hogar como hacer la compra con la madre así como salir a pasear con ella para ayudarle en el proceso de rehabilitación.



Pese a que persisten fluctuaciones anímicas y crisis de ansiedad en contexto de estresores son de menor intensidad y frecuencia, sin haber precisado atención urgente. La mejoría, además, es objetivada a través de la escala de Impresión Clínica Global para Trastorno Límite de la Personalidad (ICG-TLP, validada por Pérez, Barrachina, Soler, Pascual, Campins, Puigdemont, et al., 2007). Se muestran los resultados en la tabla I. Esta escala puntúa la gravedad de cada uno de los ítems diagnósticos del 1 ("no enfermo") al 7 ("gravemente enfermo"), así como la mejoría a lo largo del tratamiento del 1 ("muchísimo mejor") al 7 ("muchísimo peor").

Actualmente se encuentra sin medicación antipsicótica, manteniendo el tratamiento con topiramato 200 mg/día, paroxetina a menor dosis (30 mg/día) y alprazolam 0.5 mg si precisa por ansiedad. Desde ORL ya le han comunicado la normalidad de la RM funcional, mostrándose conforme con su diagnóstico y sin haber expresado intención de contactar con otro especialista.

## DISCUSIÓN

Tal y como se expone en el artículo, el diagnóstico de NOHL puede ser de elevada complejidad. En el caso de nuestra paciente se realiza de manera tardía, tras múltiples consultas por diferentes especialistas y realización de numerosas pruebas diagnósticas. La confusión que genera conlleva a plantear a la paciente la colocación de un implante coclear, cirugía con la que se deterioraría la audición residual. En las pruebas previas al implante, que la paciente acepta, es cuando se detecta una clara discrepancia entre las pruebas objetivas y las subjetivas y se realiza, por fin, el diagnóstico final.

Realizando un análisis retrospectivo del caso, ya había signos que podrían haber alertado de manera más temprana a los profesionales tratantes la posibilidad de estar delante de un caso de NOHL. Al igual que parece claro en la literatura que el diagnóstico final se debe fundamentar en las incongruencias entre pruebas objetivas y subjetivas, también parece claro que todo profesional debe estar atento a una serie de "signos alerta" en las pruebas rutinarias, así como en el cuadro clínico, en vistas a reducir el tiempo entre inicio del síntoma y diagnóstico. Algunos de los signos "alerta" destacados en la literatura quedan resumidos en la tabla II.

En relación al diagnóstico psiquiátrico, resultaba difícil encuadrar la sordera de nuestra paciente de manera taxativa dentro de una de las siguientes categorías: conversión,

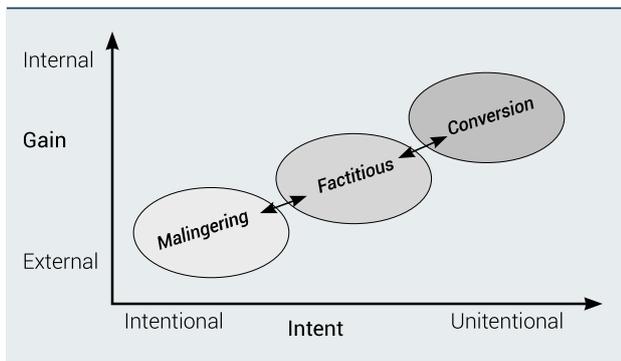
**Tabla II. Ejemplos de "signos alerta" para la NOHL, (destacados en negrita aquellos observados en nuestra paciente)**

Pruebas rutinarias	<ul style="list-style-type: none"><li>• Inconsistencias entre los resultados de audiogramas repetidos, tanto entre los del mismo tipo, como al comparar entre audiogramas tonales y verbales (Kompis et al., 2015).</li><li>• Mayor tiempo de reacción ante estímulos sonoros en los sujetos con sordera funcional (Wood, Goshorn &amp; Peters, 1977).</li></ul>
Sujeto "modelo" (Oishi et al., 2009)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mayor frecuencia del sexo femenino y una menor edad de inicio (20-30 años frente a 50-60 años).</li><li>• Mayor gravedad de pérdida referida.</li><li>• Presencia de estresores psicológicos recientes y factores psicológicos predisponentes.</li><li>• Un mayor intervalo entre su inicio y la demanda de ayuda profesional.</li><li>• Antecedentes de una pérdida de audición previa.</li></ul>
Características de la entrevista (Beagley & Knight, 1968)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mayor facilidad para comunicarse de la esperada, mostrándose el sujeto muy dependiente de la lectura bilabial.</li><li>• Falta de uniformidad.</li></ul>

facticio o simulación. Fue de gran utilidad seguir el modelo continuo descrito por Austen & Lynch (2004) por el que las tres categorías dependen de la motivación, definida por dos variables: la intencionalidad y la naturaleza de la ganancia secundaria [ver figura 1].

Los autores señalan en su artículo lo infrecuente que resulta encontrar un caso puro de conversión ó simulación, siendo lo más frecuente el punto intermedio. Dichas variables, además, son dinámicas, pudiendo un síntoma conversivo mantenerse como un facticio al advertir la ganancia secundaria. Ejemplificado en nuestro caso podría ser el mantenimiento de la sordera al advertir que la madre está más pendiente de ella. Debemos destacar en este punto las dificultades para llegar a la subjetividad del paciente e identificar el tipo de ganancias que conlleva el síntoma cuando éstas no son del polo externo (legales, económicas...).

Una mayor consistencia entre las evaluaciones audiométricas y una conducta acorde a la sordera en los diferentes ámbitos de la paciente (familiar, social, laboral...) nos enfo-



**Figura 1.** Modelo explicativo del trastorno por conversión, facticio y simulación. (Austen & Lynch, 2004).

caría hacia la conversión. En el caso expuesto la paciente se comportaba de manera similar cuando venía acompañada por otros familiares, y las pruebas audiométricas arrojaban resultados similares cuando se repetían. Otros datos que la literatura señala como orientadores de un origen conversivo son: el sexo femenino, un bajo nivel socioeconómico, una personalidad histriónica premórbida, y otros síntomas conversivos ó disociativos (Austen & Lynch, 2004), como en nuestro caso. La "belle indifférence", es decir, la inapropiada despreocupación sobre la naturaleza o implicación de los síntomas, que clásicamente ha sido relacionada con los trastornos conversivos (Psychogenic deafness, 1964), actualmente no se considera lo suficientemente específica para orientar el diagnóstico hacia la conversión (American Psychiatric Association, 2013; Stone, Smyth, Carson & Warlow, 2006).

En relación al tratamiento, no existen en la literatura artículos que versen sobre técnicas psicoterapéuticas específicas para la sordera. Las recomendaciones generales son completar el estudio médico de manera temprana, colaborar entre las especialidades médicas involucradas y tranquilizar conjuntamente al paciente explicando cómo los procesos inconscientes psicológicos pueden afectar al cuerpo en las enfermedades médicas. Se insiste en evitar la confrontación directa agresiva, que debilitaría la relación terapéutica. En el caso de nuestra paciente, además, hemos seguido las aportaciones de Austen & Lynch (2004), por las que se debe intentar comprender las motivaciones y ganancias del síntoma no orgánico, es decir, conocer la función que cumple

el síntoma, para que el paciente descubra una alternativa sana que supla esa función. Los autores se basan en que todo comportamiento no orgánico nace como respuesta a una necesidad (externa ó interna, de manera consciente ó inconsciente). En el caso de nuestra paciente nuestra sospecha ha sido que la sordera representa la forma de relacionarse con su madre, por eso uno de los objetivos ha sido que la paciente buscara formas más sanas de vincularse a ella. Otra recomendación interesante que realizan en su artículo es la inclusión del médico de atención primaria en todo el proceso diagnóstico y terapéutico. Destacan su relevancia como nexo entre las diferentes especialidades, ya que los pacientes que presentan un síntoma no orgánico tienen mayor probabilidad de presentar síntomas similares que afecten otros aparatos.

En cuanto a la evolución, parece ser muy variable entre estudios. Clásicamente se ha otorgado un peor pronóstico a las siguientes circunstancias acompañantes (Psychogenic deafness, 1964): mayor duración y severidad de los factores predisponentes; mayor severidad y duración de factores estresores precipitantes; mayor duración de los síntomas y bajo nivel educativo e intelectual. La sordera de nuestra paciente incluye varios de los factores de mal pronóstico y se mantiene tras el año de tratamiento psicoterapéutico expuesto. Sin embargo, se ha conseguido desplazarla a un segundo plano tanto a nivel individual como familiar. A nivel individual, consiguiendo la paciente la funcionalidad de una persona sin sordera, y a nivel familiar, desestigmatizando la situación y frenando la búsqueda de segundas opiniones y tratamientos.

Si bien el presente artículo se ha centrado en el análisis y tratamiento del síntoma de la sordera quisiéramos terminar el documento analizando de manera integral el caso expuesto. En las primeras reflexiones acerca de la patología de la paciente la clínica conversiva y disociativa nos hizo pensar en la necesidad de utilizar el antiguo concepto de histeria unitaria (Cubero, 2019) como elemento cohesionador de la clínica. Si bien este concepto en un primer momento parecía esencial, en análisis posteriores la complejidad clínica de la paciente queda bien recogida dentro del DSM-5 fragmentada en diferentes categorías diagnósticas:

La sordera como trastorno por conversión, con síntoma sensitivo especial, persistente con factor de estrés psicológico (F44.6; 300.11).

La sintomatología que acompaña a la pérdida de audición puede ser comprendida dentro de otros dos trastornos:



Si ponemos el foco en el suceso traumático de los abusos sexuales sufridos en la adolescencia la paciente presenta un trastorno por estrés postraumático con síntomas disociativos (F43.1; 309.81). Bajo este constructo quedan recogidos síntomas intrusivos como los sueños recurrentes con el suceso traumático y la sombra del agresor, así como las dificultades en las relaciones sexuales con malestar psicológico asociado. Tal y como recoge el DSM-5 en el diagnóstico diferencial, si la inestabilidad de las relaciones interpersonales, la clínica somática y la disociativa están en relación con el suceso traumático, podrían ser entendidas como parte del trastorno.

Al poner nuestra atención en la estructura límite de personalidad de la paciente (F60.31; 301.83) encontramos la inestabilidad de las relaciones interpersonales, la impulsividad, comportamientos de automutilación, la dificultad para controlar la ira... Uno de los criterios diagnósticos que ilustra especialmente nuestro caso son los "esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado" donde la sordera hipotéticamente jugaría un papel fundamental. Este tipo de pacientes, además, pueden presentar clínica disociativa grave y síntomas psicóticos en momentos de estrés, como las alucinaciones descritas.

## CONCLUSIÓN

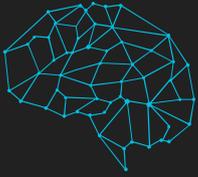
El diagnóstico y manejo de los síntomas conversivos pueden, en ocasiones, resultar de elevada complejidad. En el caso de la sordera de origen no orgánico la mayoría de literatura se centra en el diagnóstico ORL, siendo escasos los artículos que versan acerca de la salud mental del paciente. Sin embargo, las bases indispensables para el tratamiento son claras y quedan especialmente reflejadas en nuestro caso: la creación de una sólida alianza terapéutica y el trabajo coordinado entre los diferentes especialistas referentes.

## DECLARACIÓN DE AUTORÍA, BUENAS PRÁCTICAS Y CESIÓN DE DERECHOS

La publicación de este reporte de caso se ha realizado bajo consentimiento informado y manteniendo el anonimato del paciente. El presente artículo ha sido elaborado por los autores sin conflictos de intereses éticos, económicos o de otra índole.

## BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington.
2. Austen, S. & Lynch, C. (2004). Non-organic hearing loss redefined: understanding, categorizing and managing non-organic behaviour. *International Journal Of Audiology*, 43(8), 449-457. Doi: 10.1080/14992020400050057.
3. Balatsouras, D., Kaberos, A., Korres, S., Kandiloros, D., Ferekidis, E., & Economou, C. (2003). Detection of Pseudohypacusis: A Prospective, Randomized Study of the Use of Otoacoustic Emissions. *Ear And Hearing*, 24(6), 518-527. Doi: 10.1097/01.aud.0000100206.96363.05.
4. Ban, J., & Jin, S. (2006). A Clinical Analysis of Psychogenic Sudden Deafness. *Otolaryngology-Head And Neck Surgery*, 134(6), 970-974. Doi: 10.1016/j.otohns.2005.11.045
5. Beagley, H., & Knight, J. (1968). The Evaluation of Suspected Non-Organic Hearing Loss. *The Journal Of Laryngology & Otology*, 82(8), 693-705. Doi: 10.1017/s0022215100069346.
6. Cubero, P. (2009). Histeria con mayúscula, En Ramos, J. (Ed.), *Aproximaciones contemporáneas a la histeria*. (117-144). Madrid: Luarna Ediciones, S.L.
7. De la Fuente Rodríguez, A., López, A. P., Lerones, M. J. F., Fuentes, M. L., Juanes, M. L. R., & Sáez, E. M. (2014). Abordaje de los trastornos psicósomáticos desde atención primaria de salud: opciones terapéuticas para el abordaje de trastornos somatomorfos. *Medicina general*, (7), 182-192.
8. Ford, C., & Folks, D. (1985). Conversion disorders: an overview. *Psychosomatics*, 26(5), 371-383. Doi: 10.1016/S0033-3182(85)72845-9.
9. Gabbard, G. (2002). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
10. García Martínez, J. (2012). *Técnicas narrativas en psicoterapia*. Madrid: Síntesis.
11. Goldstein, L., & Mellers, J. (2016). Psychologic treatment of functional neurologic disorders. *Handbook Of Clinical Neurology*, 571-583. Doi: 10.1016/b978-0-12-8011772-2.00046-1
12. Kompis, M., Senn, P., Mantokoudis, G., & Caversaccio, M. (2015). Cochlear implant candidates with psychogenic hearing loss. *Acta Oto-Laryngologica*, 135(4), 376-380. Doi: 10.3109/00016489.2014.985801
13. MacKinnon, R., Michels, R., & Buckley, P. (2008). *La Entrevista psiquiátrica en la práctica clínica* (2nd ed., pp. 413-425). Barcelona: Ars Medica.
14. Mistry, S., Carr, S., Tapper, L., Meredith, B., Strachan, D., & Raine, C. (2016). Inside implant criteria or not? – Detection of non-organic hearing loss during cochlear implant assessment. *Cochlear Implants International*, 17(6), 276-282. Doi: 10.1080/14670100.2016.1249993.
15. Morales Aguilar, D. (2018). Desafíos en psicoterapia: trauma complejo, apego y disociación. *Avances En Psicología*, 26(2), 135-144. Doi: 10.33539/avpsicol.2018.v26n2.1186.
16. Oishi, N., Kanzaki, S., Kataoka, C., Tazoe, M., Takei, Y., & Nagai, K. et al. (2009). Acute-Onset Unilateral Psychogenic Hearing Loss in Adults: Report of Six Cases and Diagnostic Pitfalls. *ORL*, 71(5), 279-283. Doi: 10.1159/000251195.
17. Pérez V., Barrachina J., Soler J., Pascual J., Campins M.J., Puigdemont D., et al. (2007). Impresión clínica global para pacientes con trastorno límite de la personalidad (ICG-TLP): una escala sensible al cambio. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(4).



18. Psychogenic deafness. (1964). JAMA, 187(3), 225. Doi:10.1001/jama.1964.03060160053015.
19. Qiu, W., Stucker, F., Yin, S., & Welsh, L. (1998). Current Evaluation of Pseudohypacusis: Strategies and Classification. *Annals Of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology*, 107(8), 638-647. Doi: 10.1177/000348949810700802.
20. Sanders J.W. & Lazenby B.B. (1983). Auditory brainstem response measurement in the assessment of pseudohypoacusis. *The American Journal of Otolaryngology*, 4 (4), 292-299.
21. Saravanappa, N., Mephram, G., & Bowdler, D. (2005). Diagnostic tools in pseudohypacusis in children. *International Journal Of Pediatric Otorhinolaryngology*, 69(9), 1235-1238. Doi: 10.1016/j.ijporl.2005.03.039.
22. Spraggs, P.D., Burton, M.J. & Graham, J.M. (1994). Nonorganic hearing loss in cochlear implant candidates. *The American Journal of Otolaryngology*, 15(5), 652-657.
23. Stone, J., Smyth, R., Carson, A., & Warlow, C. (2006). La belle indifférence in conversion symptoms and hysteria. *British Journal Of Psychiatry*, 188(3), 204-209. doi: 10.1192/bjp.188.3.204.
24. William C. & Livingood MD (1963) Psychogenic Deafness. *Archives of Environmental Health: An International Journal*, 7:4, 415-423, Doi: 10.1080/00039896.1963.10663560.
25. Wood, T., Goshorn, E., & Peters, R. (1977). Auditory Reaction Times for Functional and Nonfunctional Hearing Loss. *Journal Of Speech And Hearing Research*, 20(1), 177-191. Doi: 10.1044/jshr.2001.177.