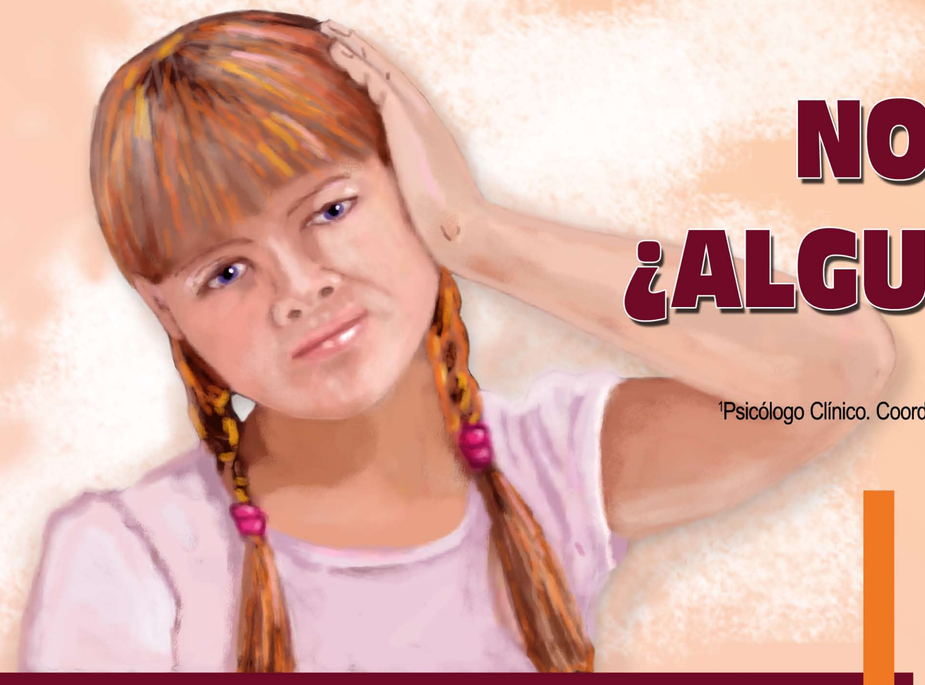
Son Espases
hospital universitari
sector ponent



# NO OIGO Y NO ESTOY SORDA ¿ALGUIEN ME LO PUEDE EXPLICAR?

Larraz Geijo G.[1], Seijas Gómez R.[2] , Sales Crespí M.[3], Del Canto Jiménez, C.[3]
[1]Psicólogo Clínico. Coordinador HDD- IBSMIA. Hospital Universitari Son Espases. [2]Psicóloga Clínica, [3]Residentes de Psicología. Hospital Universitari Son Espases
PALMA DE MALLORCA

## INTRODUCCIÓN

Según el DSM-IV-TR el trastorno de conversión se manifiesta con síntomas o déficits que afectan a las funciones motoras y sensoriales, como pueden ser ceguera, sordera, crisis convulsivas, o parálisis motoras. Estos síntomas sugieren una enfermedad neurológica o el consumo de sustancias, aspectos que deben descartarse para poder realizar el diagnóstico, y tampoco son simulados. Es más prevalente en mujeres (tasas que oscilan entre el 2:1 y el 10:1), y la edad de inicio suele estar entre los últimos años de la adolescencia y los primeros años de la edad adulta; aunque las tasas de prevalencia son variables. Es rara la aparición antes de los 10 años o después de los 35; y la mayoría de los síntomas suelen ser de corta duración y en respuesta a un estresor percibido (el abuso sexual en la infancia es el más citado en los estudios). Atendiendo a la sintomatología predominante, se distinguen los subtipos: motores, con crisis convulsivas, con déficits sensoriales o mixtos (American Psychiatric Association, APA, 2000).

Mientras que el DSM lo incluye en el grupo de los Trastornos Somatomorfos, atendiendo a la característica sintomatología física que lo define, la CIE-10 lo incluye en el apartado de Trastornos Disociativos. En los niños, al igual que en los adultos, hay una mayor prevalencia en el sexo femenino y los síntomas más frecuentes son los motores, seguidos de las convulsiones. De forma característica en la infancia, los síntomas pueden llegar a tener un patrón estacional, es menos frecuente la Belle indifférence, presentan frecuente comorbilidad con trastornos del estado de ánimo y con trastornos de ansiedad o rasgos obsesivos; tienen dificultades en las relaciones sociales, un estilo de apego inseguro y un alto nivel de autoexigencia, además de un "estilo somático amplificador" (Garralda, 1996). Un perfil similar de dificultades se encuentra en los familiares de los pacientes. Los casos de sordera conversiva, excluyendo la presentación bilateral como predominante, no presentan un perfil diferencial de los demás subtipos conversivos (Schulte y Peterman, 2011; Leary, 2003).

Las primeras teorías psicológicas que abordaron los síntomas conversivos hacían referencia a la etapa adulta; situación que se mantiene hasta la actualidad a pesar de haberse incrementado el interés por los patrones de relación tempranos, los estilos de apego y el funcionamiento interpersonal posterior. Aunque en algunas de las teorías se menciona el papel de las variables cognitivas en el mantenimiento de los síntomas, ninguna de las teorías existentes se ha centrado en el estilo de procesamiento de estos pacientes, y las variables que pueden mantener el trastorno.

## OBJETIVOS

1) conceptualizar los trastornos conversivos en la infancia,
2) revisar las principales teorías psicológicas al respecto,
3) exponer un caso clínico y formular hipótesis explicativas según los modelos descritos.

## METODOLOGÍA

Búsqueda bibliográfica no sistemática en bases de datos y plataformas (MEDLINE, PSYCINFO, EBSCO-HOST) para analizar el estado de la cuestión de los trastornos conversivos en la infancia. Se han priorizado las revisiones y revisiones sistemáticas frente al estudio de casos, sin llegar a descartar éstos últimos.

## RESULTADOS

### Principales teorías psicológicas en los trastornos conversivos y disociativos (Kozlowska, K. 2007, 2011).

a) **Escuela psicoanalítica:** Janet y Freud destacan como factores explicativos los mecanismos de sugestión y represión, respectivamente, además de la ganancia primaria y la secundaria. Charcot fue el primero en explicarlo como una degeneración del sistema nervioso, enfoque que retomará después la Neurociencia.

b) **Psicología Evolutiva y Desarrollo Cognitivo:** Algunos trabajos defienden que en los niños que emplean habitualmente el lenguaje somático son frecuentes otras características como alexitimia, dificultades en las relaciones sociales y baja capacidad de introspección (Kozlowska, 2011). Explican los síntomas somáticos característicos de estos cuadros como resultado de un desarrollo insuficiente de las capacidades de monitorización y verbales, y harían un uso ineficaz del lenguaje para expresar estados emocionales y regular el comportamiento.
Otros autores se centran en los patrones de apego: frente a los niños que han desarrollado un estilo de apego seguro y confianza básica en el cuidador, los niños con síntomas conversivos emplean los síntomas somáticos como forma de demanda de protección y cuidados. Estos datos se justifican en base a la importante prevalencia de estilos de apego ambivalente y desorganizado en niños con trastornos conversivos.
Las dos teorías anteriores destacan la importancia del aprendizaje asociativo en el mantenimiento de los síntomas, al ser reforzados en múltiples ámbitos, pero no especifican cómo pudieron aparecer en un primer momento los síntomas conversivos. Los modelos conductuales destacan también el papel de las cogniciones ansiógenas disparadoras de malestar, simultáneas o precedentes a los síntomas; aunque tampoco hemos encontrado modelos que describan las variables cognitivas específicas y dificultades en el procesamiento de la información pueden estar alteradas en la sintomatología conversiva.

c) **Neurociencias:** Hemos encontrado únicamente dos teorías que plantean una posible explicación de los síntomas conversivos: La teoría neodisociativa de Hildgar y la Hipótesis de marcador somático de Damasio. El primero entiende los síntomas conversivos como el resultado de la desconexión ejecutiva entre estructuras, lo que provoca un estado de "conciencia dividida". Damasio sí describe alteraciones concretas en la anatomía y funcionamiento cerebral (conexiones prefrontales, fundamentalmente) que provocan una deficiente interpretación de las señales somáticas. Hemos encontrado algunos estudios de Neuroimagen que destacan también el papel de la corteza prefrontal, pero los estudios son escasos y poco concluyentes.

### Caso clínico: Planteamiento de hipótesis

**Breve anamnesis:** La paciente es una niña de 10 años que fue derivada desde Consultas Externas de Otorrinolaringología a Consultas Intensivas de Hospital de Día Infanto-Juvenil para valorar un posible cuadro conversivo y los factores psicológicos que pudieran estar relacionados con su sordera de dos años de evolución.

**Historia de la enfermedad:** En ausencia de otros antecedentes médicos y psiquiátricos de interés, la paciente se queja de dificultades auditivas en ámbito escolar en 2010. Tras realizar las pruebas auditivas correspondientes (audiometría) que resultan positivas y se diagnostica de hipoacusia neurosensorial, comienza a utilizar audífonos. La madre describe múltiples acontecimientos estresantes durante ese año, en ámbito familiar y escolar. La menor había referido quejas somáticas en algunas ocasiones y había acudido al Hospital para descartar problemas cardíacos.
En las audiometrías realizadas persistían las dificultades auditivas, llevando incluso los audífonos. Ante la persistencia de las quejas de la menor y la ausencia de alteraciones estructurales, se deciden realizar pruebas más específicas y colocarle un implante coclear. Es este momento, al realizar un estudio neurofuncional mediante potenciales evocados, cuando se descubre la indemnidad funcional de la vía auditiva y se realiza una Interconsulta a Psicología.

Formulación del caso

**INICIO**

- **Elevada ansiedad** ante eventos vitales estresantes (traslado de domicilio, adaptación escolar, dificultades en la relación con padre biológico…)
- **Dificultades en monitorización y regulación emocional**.
- Elevada ansiedad en ámbito familiar, **pautas inconsistentes**.
- Problemas auditivos en abuelo: ¿aprendizaje vicario?

→ **SUCESO** → **ALTERACIÓN EN LA PERCEPCIÓN SENSORIAL**
¿Posible alteración transitoria en patrón de funcionamiento cerebral?
→ **CUADRO CONVERSIVO DE SORDERA**

**MANTENIMIENTO**

- **Elevado nivel de ansiedad** durante las audiometrías
- Resultados positivos y diagnósticos de Hipoacusia neurosensorial.
- Inicio del uso de audífonos
- Mantenido nivel de ansiedad.
- No **aprendizaje** de respuestas de afrontamiento alternativas.
- Cambios ambientales: **Se refuerza la conducta**
- Adaptaciones escolares
- Incremento de cuidados familiares ante condición de supuesta sordera
- Hipoacusia mantenida en audiometrías posteriores.
- Propuesto implante coclear y se realizan nuevas pruebas.

**¿Se mantiene la ansiedad o ya es un caso de SIMULACIÓN?**

- Descartada etiología orgánica funcional: se retiran audífonos y se descarta el implante coclear.
- Inicio intervención psicológica

## CONCLUSIONES

Este caso clínico refleja varias de las características descritas como propias del trastorno conversivo en la infancia. La mayoría de los trabajos analizados están centrados en la descripción de los síntomas, y son pocas las teorías explicativas. De entre todas ellas, ninguna aborda específicamente el procesamiento de la información o estilos de pensamiento que puedan tener estos pacientes. También son escasas las teorías que han concedido importancia al funcionamiento cerebral y su posible implicación en estos cuadros y en el diseño del tratamiento.

El análisis funcional del caso está centrado en los factores ambientales y cognitivos que consideramos pueden explicar el inicio y mantenimiento de la sintomatología. Sin embargo, no hemos podido aplicar ninguna teoría que describa el papel de algunas variables cognitivas. Por tanto, en la actualidad no existe suficiente evidencia empírica sobre las variables cognitivas y de procesamiento de información que puedan estar relacionadas con este trastorno.

BIBLIOGRAFÍA
1) Aamir S. (2009). Systematic review on management of conversion disorder. Malaysian Journal of Psychiatry E-journal,18(2), 1-7; 2) American Psychiatric Association (2000). Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales (4ªedición. Texto revisado). Barcelona, España: Masson; 3) Garralda, M. E. (1996). Somatisation in children. Journal of Children Psychology and Psychiatry , 37(1), 13-33; 4) Kozlowska, K. (2007). The developmental origins of conversion disorders. Clinical Children Psychology and Psychiatry , 12(4), 487-510; 5) Kozlowska, K. F., Scher S. Williams, Leanne, M. y Williams, L. M. (2011). Patterns of emotional-cognitive functioning in pediatric conversion patients: Implications for the conceptualization of conversion disorders. Psychosomatic Medicine, 73(9), 775-788; 6) Leary, P. M. (2003). Conversion disorder in childhood: diagnosed too late, investigated too much? Journal of the Royal Society of Medicine, 96(9), 436-438; 7) Schulte I.E., y Petermann, F. (2011). Familial risk factors for the development of somatoform symptoms and disorders in children and adolescents: A systematic review. Child Psychiatry and Human Development, 42(5), 569-583.