

Sordera Psicógena

Dr. Franz Conde Jahn *

Cofofobia es temor, aprensión morbosa, obsesionante, angustiosa, ante la posible pérdida de la audición, que surge en sujetos de temperamento nervioso o inestables emocionalmente.

La hipoacusia psicógena es déficit auditivo determinado por factores psíquicos que no deben confundirse con la simulación. Es verdadera sordera, generalmente bilateral, contrariamente a la segunda, frecuentemente unilateral, exagerándose el defecto con fines de provecho personal.

Trastorno que se manifiesta en quienes han convivido con anacúsicos, "sordos como una tapia", como los intitula el vulgo, o que ocasionalmente se han percatado de las incomodidades que en medios sociales, laborales o profesionales, ocasiona la privación del oído a quienes la padecen. Sobreviene en situaciones en las cuales la audición intacta es necesaria. Son crisis de emotividad auditiva súbita, de máxima intensidad de un síntoma, que pronto se transforma en ofuscación, con tendencia a la cronicidad.

Suele tener como motivaciones generadoras, leves descensos auditivos, originados por traumatismos auriculares (barotraumatismos), a veces mínimos, tapones de cerumen u obstrucciones catarrales de la trompa de Eustaquio. La aparición de la hipoacusia, que en personas normales es pasajera y curable, crea en los psicópatas, la intuición de certeza de situaciones definitivas. Convencidos de su incapacidad, no oyen más y favorecen la regresión funcional del órgano de la audición al colocar ante él un obstáculo psíquico, que configura efectiva inhibición auditiva: Abolición psíquica de la audición.

Es infrecuente que esta sordera coexista con lesiones o trastornos anatómo-fisiológicos. Constituye algo similar a lo que acontece con la ceguera histérica; en la cual los oftalmólogos, patentizan permanencia de contracciones pupilares y normalidad del fondo del ojo. En los oídos de estos pacientes, persisten todos los reflejos normales: Cócleo-palpebral, acústico-pupilar, etc. Hay discordancia entre la audiometría vocal y la tonal.

* Profesor de Clínica O.R.L. de la Facultad de Medicina, Universidad Central, Caracas, Venezuela.

La discesia puede ser uni o bilateral, parcial o total, y cuando se inicia, motivada por un gran susto, impresión de espanto, tal como una explosión, ruido intensísimo inesperado muy cercano: Pito de sirena, disparo de arma de fuego (cañón o escopeta), puede acompañarse de mudéz. No sobrevienen sorderas totales por explosión, sin rotura del tímpano. No es rara la unilateralidad con anestesia de la oreja o de la mitad correspondiente de la cara.

El suceso desencadenante de la perturbación, coincide con percepción acústica de gran intensidad, que produce en ese momento, alteración funcional de base orgánica: Traumatismo somático del órgano auditivo de acción corta en el tiempo. La hipoacusia es determinada por proceso denominado anestesia acústica del oído interno. Los ataques no son sordos, sino aperceptivos auditivos hipoexcitables, estado especial en el que no saben utilizar los estímulos acústicos. Son obnubilados del oído, embotados acústicamente, con perjuicio para las funciones intelectuales; es una especie de estupidez auditiva, comparable a la de una persona que llega a un país cuyo idioma le es desconocido. Los pacientes están tan trastornados en su psiquismo que se inhiben inconscientemente de todas las impresiones auditivas, al punto de que, por ejemplo, en la calle, no saben evitar atropellos por vehículos, a pesar de que físicamente tienen intacta la agudeza auditiva.

La actitud del enfermo contribuye a facilitar el diagnóstico. La expresión facial tiene algo "sui generis", elocuente para el médico observador: "Facies ansiosa", que precisa si se trata de un sordo real o aparente. La manera de hablar es peculiar: Es inconfundible la voz monótona y chillona del sordo orgánico; por el contrario, el neurótico tiene elocuencia anormal, artificiosa y teatral: Grita desmesuradamente o emite sonidos confusos, tenues, en forma de murmullos.

Son personajes deprimidos, impresionables, cuyas facies pasa pronto de la rubicundez a la palidez. No son raros temblores de las manos, así como tampoco trastornos del aparato locomotor: Pseudoanquilosis articulares, especialmente de las rodillas. Presentan hipoestesia a los estímulos dolorosos. El verdadero sordo es presa de gran tristeza, se desespera pensando en la privación de las principales alegrías de la existencia; está inquieto por su porvenir y la factible imposibilidad de ganarse el sustento de su vida.

Si manifiestan vértigos, no es posible establecer la existencia de trastornos vertiginosos de tipo rotatorio. Dicen sentir mareos, tener ante los ojos objetos brillantes o negros. La cabeza les da vuelta y se les nubla la vista. No pueden permanecer de pie, ni caminar por oscilaciones del cuerpo. Hay propensión a caídas, particularmente al cerrar los ojos: que se caen aun estando sentados. No hay pérdida del conocimiento. La pérdida del equilibrio disminuye en el decúbito dorsal y se exagera por movimientos de la cabeza. A veces el marco aparece exclusivamente en las noches al acostarse: Sienten que la cama se hunde; en estos casos concurren conflictos sexuales en relación con el lecho.

Pueden observarse las llamadas sustituciones mórbidas, por ejemplo, el vértigo que puede ser suplantado por una jaqueca y reaparece al disiparse los síntomas de esta. Son expresiones de un mismo conflicto psíquico.

En sus "curriculum morbis" se evidencian estigmas de nerviosismo con ermitismo: Exaltación de la sensibilidad. Así mismo es significativo que la hipo-

acusia no se presenta inmediatamente después del accidente traumático, sino posteriormente, hasta tardíamente. Sin embargo, puede acontecer que estén presentes estados patológicos auriculares: Ceruminosis, infecciones crónicas del oído externo por microbios u hongos (eczemas, otomicosis); del oído medio: Otorreas con perforaciones timpánicas u otitis medias secas; del oído interno: Otosclerosis comenzantes.

Algunos pacientes psicóticos expresan tener además de la hipoacusia, "tinnitus aurium". Son hipocondríacos, preocupados únicamente por su mundo interior y no por las cosas o acontecimientos circundantes, que suelen percibir en forma exagerada los movimientos y ruidos naturales de su propio cuerpo, con caracteres altamente significativos para ellos. No es raro que conjuntamente aparezcan cefalalgias o crean tener algo malo dentro del cráneo, debido al embotamiento y pesadez cefálica. Contribuye a hacer más pesimista la situación, la poca confortación que los tratamientos sin bases etiológicas les proporcionan.

El histerismo es esencialmente una autosugestión, una simulación inconsciente, pero puede mezclarse con simulación voluntaria. Los cofofóbicos histéricos se quejan de sordera de ambos oídos. Pertenecen casi con exclusividad al sexo femenino. La fobia puede aparecer en la niñez, en la época de la pubertad, pero predomina en adultos. Son jóvenes que por convivir con padres sordos han conocido los estorbos y enojos, aun hogareños, que esta desdicha acarrea. Se caracterizan por gran serenidad, salvo que tengan mareos, vértigos o acúfenos, secuelas de traumatismos acústicos pero con hiperexcitabilidad imaginativa respecto a futuras contrariedades sociales o tropiezos amorosos, porque en el amor no se puede gritar, y las conversaciones no deben ser escuchadas por los demás. El fóbico por el contrario es triste, obsesionado por su mal, sin tendencias a fabulaciones o inventivas.

La sordera histérica es total. Empieza bruscamente por una emoción, un traumatismo, una ligera inflamación ótica, sin síntomas premonitorios, sin zumbidos ni vértigos. Es una cofosis muy absoluta para ser real. Puede iniciarse con mínimas lesiones auriculares, pero lo más común es que se presente en oídos absolutamente sanos. No reaccionan a las conmociones intensas, tales como portazos o pasos ruidosos del médico que se les aproxima por la espalda, contrariamente al verdadero sordo que con frecuencia percibe estas sensaciones de orden táctil.

A menudo solo hablan después de haberles voceado varias veces, constituyendo lo que erróneamente se ha llamado "prolongación del tiempo de comprensión". No responden a los más fuertes gritos; no oyen ni los cercanos al pabellón auricular, "ad conquam" de los prístinos autores. El histérico aparece indiferente a su desgracia; no sigue los labios de su interlocutor, ni hace esfuerzo alguno de adivinación. El simulador no solamente no mira la cara del dialogador, sino que rehuye su mirada de manera evidente; teme traccionarse y está rígido con inmovilidad exagerada. El sordo orgánico intenta leer en la boca de quien le habla.

Han sido señaladas otorragias coincidiendo con sorderas histéricas, que están relacionadas con la función menstrual. Generalmente son unilaterales, de duración y repetición irregulares. Obedecen a trastornos vaso-motores locales

con fuerte congestión, seguida de rotura vascular de las arterias de la miringe, comparables a los de la pituitaria, que se acompañan de epistaxis.

A veces presentan algias auriculares fantasmas: Otagias psíquicas o neuróticas. En ellas la fiebre está ausente y el examen de la mastoides muestra que frotamientos o pellizcamientos de la piel son tan dolorosos como la presión verdadera. Mínimos contactos en el conducto auditivo externo o la oreja exageran el dolor. Son verdaderos maniáticos de la cirugía, que van con sus dolores de especialista en especialista, no siendo raro, infortunadamente, que encuentren uno que se compadezca y los opere, haciéndoles luego la vida imposible con reclamos e injurias. Algunas desean se las opere bajo anestesia local por temor de revelar secretos durante el sueño anestésico. No pocas veces, a consecuencia de operaciones, se han desatado delirios de persecución, incluso con intentos paranoicos de homicidio contra el cirujano. Aparte los síntomas referidos al oído, no suelen presentar otros que indiquen manifestaciones pitiáticas. En los antiguos tratados de otología se mencionaban estigmas histéricos: Anestias del tímpano y de la faringe, que son inexistentes.

Por regla general las cofofóbicas histéricas son de indiferencia característica. Cerrando el oído al mundo que las rodea, rehuyendo conversaciones o contestando inadecuadamente a preguntas, se aíslan y hasta consiguen la soledad ambiental. Con la sordera y el mutismo que conlleva, obtienen crear condiciones afectivas agradables para ellos y así llamar la atención y atraer hacia sí el interés y la simpatía de familiares y amigos: "Complejo sensorial negativo", que es una de las armas psíquicas de los perturbados y desequilibrados. Llevan la exageración al punto de no hablar sino cuando se les invita por escrito. Para ellas es un gran placer mostrar su invalidez, cultivándola con tenacidad.

El diagnóstico puede ser difícil y debe fundamentarse en los aspectos clínicos de la sordera y la existencia de disturbios psíquicos en relación patodinámica con ella. Lo entorpecen la aparición de otitis externas medicamentosas por aplicaciones de fármacos irritantes de la piel, del conducto y el tímpano, en forma de instilaciones líquidas o insuflaciones de polvos, que ocasionan dermatitis y miringodermatitis, que hacen creer a los pocos avezados, en procesos mastoideos inexistentes.

Los exámenes no proporcionan seguridades absolutas con respecto al tipo de hipoacusia, porque no en varias, sino en una misma exploración, hay datos que hablan en favor de sordera de oído interno y al poco tiempo de oído medio. En las sorderas postraumáticas reales las pruebas funcionales, acústica y estática, cuidadosamente practicadas dan siempre el mismo resultado en repetidas observaciones. Las hipoacusias histéricas son frecuentemente variables, con mejorías o agravaciones repentinas de la audición.

El pronóstico es bueno. No existen perturbaciones auditivas psicógenas incurables y es muy favorable cuando no están mantenidas por terapias inadecuadas.

Cuando la sordera histérica es de forma mixta: Histero-orgánica, es decir, coincidente con lesiones anatomopatológicas: Perforaciones timpánicas, otosclerosis, etc., que necesitan ser operadas: Miringo y timpanoplastias, estapedectomías, la cura es más difícil y el éxito menos satisfactorio desde el punto de vista psíquico.

Desconfiar de los pacientes que se muestran muy enterados en detalles fisiopatológicos, por haber leído en enciclopedias o libros de la especialidad, los capítulos sobre sorderas. Ellos no están interesados por el tratamiento sino en provocar altercados, con la pretensión de convencer al médico de que su terapéutica está equivocada.

A los que exigen explicaciones, no evadirlas, pero tampoco darlas muy minuciosas. Ellos tienen derecho a elucidaciones, pero en forma clara y escueta que no aumenten aprensiones y tendencias neuróticas. De acuerdo con las dotes intelectuales y el estado anímico, se harán esclarecimientos esenciales, instructivos y sinceros. Ser parco con los aprensivos, porque cualquier comentario puede ser de resultados desastrosos.

Para el tratamiento prescindir de cualquier acción local, porque fijan de tal modo la conciencia de enfermedad en los pacientes, que es casi imposible alcanzar mejorías del estado psíquico. Se ocasionan perjuicios y no beneficios, con maniobras locales auriculares, en particular, politizeraciones, cateterismos tubarios, inyecciones de suero fisiológico en la zona mastoidea, puntos de fuego o aplicaciones de corrientes eléctricas. En otología, como en cualquier otra rama de la otorrinolaringología, no debe considerarse exclusivamente la sintomatología local, sino el enfermo "in toto" integralmente.

Los familiares y amigos no suelen creer en las sorderas, lo que contribuye al aumento de la invalidez neurótica. Evitar pronunciar palabras o cumplir actos compasivos que acrecientan la idea de incurabilidad. No debe darse mucha importancia al padecimiento pero tampoco hacerles sentir la incredulidad.

Lo mejor es buscar la colaboración del psiquiatra, porque si el otólogo ha de conducir la cura debe obligatoriamente poseer conocimientos y práctica suficiente en psicoterapia, sin lo cual causará más perjuicios que beneficios. No existen esquemas de tratamientos; cada enfermo debe ser tratado de acuerdo con sus características psíquicas. En los casos de sorderas postraumáticas debe pedirse consulta al neurólogo.

Para los sordos psicógenos los medicamentos sedantes no son ventajosos. Deben proscribirse, porque los sumen en estados de estupor, nada provechosos para captar sonidos, palabras o notas musicales, que son los mejores estimulantes fisiológicos, los tónicos normales del oído. Vida higiénica, psicoterapia, alojamiento de la convivencia con sordos, cambios de ambientes y climas, tonificadores del estado general (glicerofosfatos, arsenicales, estriquina, vitaminas). Si precisan calmantes e hipnóticos, prescribir los más suaves (bromuros y sus derivados, valeriana y sus compuestos, passiflora, derivados de la clorpromazina). Son estas, bases primordiales del tratamiento, que si no es de manifiesta rápida utilidad, no tarda mucho en ser provechoso, tanto para los sufrientes como para sus familiares, atemorizados ante una sintomatología de aparente gran importancia y gravedad.

Hay que inculcarles el convencimiento de que la sordera no es un infortunio, y evitarles así complejos de inferioridad y sentimientos de incapacidad

social. La influencia sugestiva reactivando el psiquismo logra la curación. Puede ser útil para alcanzarla con prontitud, inducir ligeras anestésias generales, semi-narcosis, o provocarles leve embriaguez alcohólica. Son medios simples que permiten anular suspensiones inhibitorias, entorpecedoras al logro de la normalidad funcional auditiva, sin necesidad de recurrir a otros procedimientos de la terapéutica psiquiátrica. El sueño hipnótico puede ser intentado por médicos experimentados en esta terapéutica.

Las cofofobias sin ser infrecuentes en la actualidad, eran corrientes en años pretéritos, cuando los sordos en busca de la felicidad de oír, se servían de cornetas acústicas de gran tamaño, cuyo uso impresionaba, desagradablemente, por incómodos y de muy poco o nulo rendimiento: Carentes de amplificación, obligaban a gritar a los interlocutores. En la actualidad, las prótesis radio-eléctricas, se han miniaturizado, son fácilmente ocultables y muy beneficiosas, porque facilitan oír la palabra hablada y permiten disimular la incapacidad de sus oídos, suprema aspiración de los hipoacúsicos; satisfacen señaladamente la estética femenina. Integran poderosos recursos para aquellos a quienes los medicamentos o la cofocirugía no alcanzan a proporcionarles confortables alivios.