

TRATAMIENTO CONDUCTUAL DE LAS ALUCINACIONES AUDITIVAS EN UN PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO: UN ESTUDIO DE CASO

Salvador Perona Garcelán y Carlos Cuevas Yust
Unidad de Rehabilitación de Area «Virgen del Rocío» (Sevilla)

Se presenta en este trabajo, un estudio de caso en el que se realiza una intervención conductual para modificar las alucinaciones auditivas en un paciente esquizofrénico. Los resultados muestran una disminución significativa de las alucinaciones del paciente, y una mejora también de su funcionamiento personal y social. Los resultados del seguimiento muestra que los beneficios se mantienen a los 5, 12, 21 y 24 meses de finalizado el tratamiento.

Behavioral treatment of auditory hallucinations in a schizophrenic outpatient: a single case. In this paper we present a case-study of a behavioral intervention, to modify auditive hallucinations in a schizophrenic patient. The results showed a significant decrease of hallucinations, and an improvement of his social and personal functioning. The results of the follow-up showed that these benefits remained through 5, 12, 21, and 24 months after the end of the treatment.

Desde la introducción por Esquirol en 1832 del término *alucinación* en el vocabulario médico, los trastornos de la percepción en los que el sujeto aparentemente percibe un evento, o una serie de eventos, en la ausencia de un estímulo apropiado, se han considerado entre los ejemplos más misteriosos y serios de trastorno psicológico. Schneider (1959) las consideró como un síntoma de primer rango de esquizofrenia si se demostraba la ausencia de patología cerebral.

Casi todas las teorías propuestas para explicar las alucinaciones, comparten el

presupuesto de que los alucinadores confunden los eventos “privados” o “imaginados” con los estímulos del mundo “real”, e intentan explicar esta clase de atribuciones erróneas a través de una serie de variables cognitivas. Se han propuesto diferentes teorías para explicar estas atribuciones erróneas, como por ejemplo, las teorías basadas en el condicionamiento clásico; la teoría de la filtración; la teoría de las representaciones mentales en imágenes; la teoría de la subvocalización; y la teoría del déficit en las habilidades metacognitivas de discriminación de la realidad (Slade y Bentall, 1988).

Cualquier teoría sobre los procesos psicológicos responsables de las alucinacio-

Correspondencia: Salvador Perona Garcelán
Unidad de Rehabilitación de Area «Virgen del Rocío»
Avda. Kansas City, 32 - bajo
41007 Sevilla (Spain)

nes debe de dar cuenta de los siguientes datos:

1°. Las alucinaciones son más probables durante períodos de gran ansiedad o estrés (Cooklin, Sturgeon y Leff, 1983).

2°. Dichas experiencias pueden estar influenciadas por condiciones ambientales tales como la privación sensorial o a la exposición a ruido blanco u otras formas de estimulación ambigua (Margo, Hemsley y Slade, 1981).

3°. Algunos estudios han indicado que las alucinaciones auditivas verbales suelen estar asociadas con la actividad encubierta de la musculatura responsable del habla o "subvocalizaciones" (Green y Kinsbourne, 1990).

4°. Hay evidencias de que las alucinaciones auditivas verbales pueden ser bloqueadas o inhibidas por tareas como leer o conversar (James, 1983).

Basándose en las teorías y datos citados, se han empezado a diseñar intervenciones conductuales en las que sujetos esquizofrénicos son entrenados en estrategias para afrontar las alucinaciones auditivas verbales (Slade y Bentall, 1988). En este sentido, aunque el tratamiento de primera elección para las alucinaciones son los neurolépticos, las intervenciones conductuales pueden ser aplicadas cuando el paciente sigue experimentado alucinaciones que no responden a los tratamientos farmacológicos, cuando los pacientes son especialmente sensibles a sus efectos secundarios o, cuando presentan una baja o nula adherencia al tratamiento farmacológico. Para este grupo de pacientes, las estrategias conductuales pueden constituir una alternativa prometedora.

En el presente trabajo presentamos un *estudio de caso* en el que se expone un procedimiento terapéutico multimodal en un caso de alucinaciones auditivas verbales en un sujeto con un trastorno esquizofrénico.

Método

Sujeto

Varón de 25 años de edad, derivado a nuestra Unidad de Rehabilitación por su Equipo de Salud Mental de Distrito, con el diagnóstico de Trastorno Esquizofrénico, tipo paranoide, según los criterios del DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987).

Su trastorno comenzó cuando tenía 23 años de edad. Los primeros síntomas coincidieron con la ruptura de una relación afectiva con una chica, presentando alucinaciones auditivas, desorganización del pensamiento y de su conducta y gran ansiedad, por lo que necesitó ser ingresado en la Unidad de Hospitalización durante una semana. A partir de entonces se aisló socialmente, dejó de salir con sus amigos y sus relaciones se redujeron prácticamente a sus padres y hermanos. Pasaba casi todo el día acostado en su cuarto o algunas veces viendo televisión.

El nivel de competencias sociales y laborales premórbido era aceptable. El paciente tenía un grupo de amigos con los que compartía actividades lúdicas y de ocio, había estudiado hasta 8° de EGB (aunque el último año no lo completó) y durante seis años trabajó de pinche de cocina en diferentes restaurantes de su ciudad, llegando a conseguir un buen nivel de capacitación laboral (actividad que tuvo que dejar debido al inicio del trastorno).

En el momento de la derivación el paciente continuaba presentando fundamentalmente alucinaciones auditivas resistentes a la medicación antipsicótica, impidiéndole realizar cualquier actividad social y ocupacional de forma normalizada en su entorno. Por ello, antes de incluirlo en programas de rehabilitación se consideró oportuno intervenir sobre las alucinaciones auditivas.

Análisis funcional de las alucinaciones auditivas

Las alucinaciones auditivas, según el paciente, consistían en voces de personas que en ese momento no estaban presentes o habían fallecido. Estas eran frases cortas o palabras con un contenido formado generalmente por insultos o comentarios molestos dirigidos hacia él, por ejemplo, “que te barran”, “estás loco”, “eres un idiota”, “muérete”, etc.

Atribuía el origen de las voces a un amigo que murió atropellado por un coche hacía varios años o a un vecino que vivía en el piso encima del suyo. Decía que tanto el amigo muerto como el vecino querían hacerle la vida imposible, y que éste último estaba pendiente de todo lo que hacía.

A partir de sus experiencias alucinatorias se derivaban otras creencias, como por ejemplo, que le “leían el pensamiento”, pues refería que lo que las voces decían era lo que él pensaba; que le hacían el “eco”, ya que muchas veces pensaba una palabra e inmediatamente después, las voces repetían lo que él había pensado. También tenía la creencia de que le “controlaban el pensamiento”, pues decía que cuando escuchaba una voz no podía evitar el “pensarla” de forma automática.

Las alucinaciones se producían en diferentes situaciones. Las más frecuentes eran aquellas en las que escuchaba el ruido provocado por los motores de los coches. En estas situaciones se producía la mayor tasa, especialmente cuando iba por una calle o avenida muy transitada por coches, cuando estaba pasando por un semáforo, o en su cuarto cuando tenía las ventanas abiertas, pues su habitación daba a una avenida con mucho tráfico. En dichas situaciones sentía gran ansiedad y pensaba que “todos los coches le querían hablar al mismo tiempo”.

Un segundo grupo de antecedentes donde había una alta probabilidad de que se elicitasen alucinaciones eran aquellas situaciones sociales que le provocaban inquietud o ansiedad. Por ejemplo, pasar o estar en lugares donde había gente que no conocía y con la que tenía que iniciar o mantener una conversación, autobuses muy concurridos, visitar por primera vez un lugar y tener que relacionarse con las personas presentes, etc. Cuanta más ansiedad sentía en esas situaciones mayor era la intensidad y la frecuencia de las alucinaciones.

El tercer grupo de antecedentes era el escuchar sonidos parecidos al “ruido blanco”, es decir, sonidos monótonos y continuos, como por ejemplo, ruido producido por una batidora, molinillo de café o una aspiradora. También elicitaban alucinaciones el ruido de fondo producido por una radio o un televisor mal sintonizado. Estos ruidos también le eran muy molestos y cuando los escuchaba sentía ansiedad.

El primer grupo de antecedentes (el ruido de motores de coches) era en el que se producía la mayor tasa de alucinaciones. Le seguían las situaciones sociales estresantes, y el tercer grupo de antecedentes (sonidos como “ruido blanco”) era el que menor cantidad de episodios alucinatorios producía.

Las situaciones en las que no se producían alucinaciones eran en su cuarto con las ventanas cerradas o en otros lugares donde no se escuchaban ruidos de coches. Tampoco le molestaban en aquellos lugares donde la gente era conocida o que había visitado con frecuencia.

Los eventos consecuentes a las alucinaciones eran el irse a casa o no salir a la calle, quedarse encerrado en su cuarto o dormir muchas horas. De esta forma escapaba de las situaciones en las que escuchaba los ruidos de los coches, y también de aquellas en las que tenía que exponerse

a situaciones sociales en las que debía relacionarse conversando con otras personas.

A partir del análisis descrito, establecimos la hipótesis de que las alucinaciones estaban relacionadas con la gran cantidad de ansiedad que experimentaba el paciente en los tres contextos descritos, no permitiéndole discriminar entre eventos externos y eventos autogenerados (pensamientos y habla encubierta). Las conductas de evitación o escape de esas situaciones eran reforzadas negativamente a través de la reducción de la ansiedad, lo que favorecía que dichos contextos mantuviesen la capacidad de elicitar ansiedad, y por tanto, se incrementase la probabilidad de padecer alucinaciones en ellos.

A partir de los intentos de explicar esas experiencias de tipo alucinatorio, el sujeto derivaba en otras creencias de tipo delirante como eran aquellas en las que afirmaba que su vecino o amigo muerto le quería hacer la vida imposible, que le insultaban y que le podían leer o controlar el pensamiento.

En el caso de las situaciones sociales estresantes los altos niveles de ansiedad provocados estaban relacionados con un nivel bajo de habilidades para conversar. Esta inhabilidad incrementaba la ansiedad del sujeto al no saber cómo manejar completamente las situaciones sociales en las que tenía que iniciar o mantener conversaciones (ver figura 1).

Para confirmar la hipótesis antes descrita, se realizaron en nuestro dispositivo una serie de pruebas que nos permitieron recoger información relevante mediante el diseño de situaciones generadoras de alucinaciones auditivas. En este sentido, se llevaron a cabo dos pruebas para confirmar, al menos parcialmente, nuestra hipótesis.

Dado que uno de los despachos de nuestra Unidad de Rehabilitación daba a la calle, y que desde ella se podía escuchar

ruido de coches, se aprovechó para hacer una primera prueba en la que se pudiera comprobar la relación entre ruido de coches e incremento o no de las alucinaciones descritas por el sujeto.

Para ello, se entrenó al paciente a hacer un chasquido con los dedos cada vez que escuchaba voces, de forma que nos permitiese contabilizar la frecuencia de alucinaciones auditivas en cada condición.

Se establecieron cuatro ensayos de cinco minutos cada uno, en los que se hacía lo siguiente:

Primer ensayo: el paciente estaba sentado en una silla del despacho, se le dio la instrucción de que no hablase y que nos indicara con un chasquido de sus dedos cuando escuchaba voces. El despacho tenía las ventanas cerradas, disminuyendo el ruido de los coches que pasaban por la calle. Se contabilizaron en este ensayo cinco voces.

Segundo ensayo: el paciente seguía en ese mismo despacho con las ventanas cerradas, pero se le dio la instrucción de que

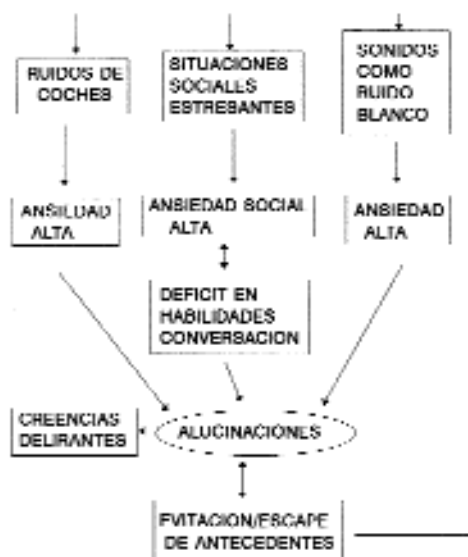


Figura 1

leyese un periódico en voz alta durante cinco minutos. Se contabilizó durante dicha tarea una sola alucinación.

Tercer ensayo: en este se abrieron las ventanas del despacho, permitiendo que se escucharan claramente los ruidos de coches que pasaban por la calle. Se le dijo al paciente que durante cinco minutos permaneciera callado. Se contabilizaron en este ensayo nueve alucinaciones.

Cuarto ensayo: en el último ensayo, se continuó con la ventana abierta del despacho y se le volvió a decir al paciente que leyese otra vez en voz alta el periódico. Se contabilizaron tres alucinaciones (ver figura 2).

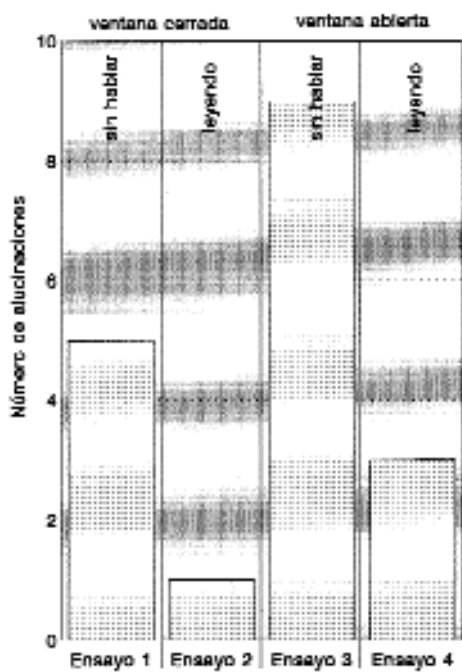


Figura 2

Aunque en todos estos ensayos el paciente estaba expuesto al ruido de coches, con la ventana abierta la exposición era mayor y por tanto también era mayor la

elicitación de alucinaciones, como se puede ver en la figura 2. Además, se comprobó que el leer en voz alta era una conducta incompatible con escuchar voces, por lo que esta experiencia sugería la posibilidad de que fuera una conducta de afrontamiento.

Se realizó una segunda prueba para confirmar nuestra hipótesis. Esta consistió en acompañar al paciente hasta un semáforo en una avenida muy transitada de coches cercana a la Unidad de Rehabilitación y valorar en ensayos de cinco minutos la frecuencia de las alucinaciones. Se realizaron cuatro ensayos:

Primer ensayo: el terapeuta y el paciente se colocaron durante cinco minutos junto a un semáforo y sin hablar entre ellos. El paciente, como en la prueba anterior, cada vez que escuchaba una voz hacía un chasquido con los dedos. En este ensayo el paciente informó de catorce voces.

Segundo ensayo: en éste, el paciente y el terapeuta se retiraron a un establecimiento comercial que en ese momento estaba poco concurrido de gente, en donde no se escuchaba el ruido de los coches. Durante este ensayo ambos estuvieron sin hablar. El paciente no contabilizó alucinaciones.

Tercer ensayo: Volvieron al semáforo y durante ese período de tiempo mantuvieron una conversación no relacionada con el trastorno. En ese ensayo tampoco se contabilizaron alucinaciones.

Cuarto ensayo: En ese mismo lugar, pero sin hablar. Se contabilizaron trece alucinaciones (ver figura 3).

Ambas pruebas nos ofrecen información valiosa que nos permite, al menos provisionalmente, mantener la hipótesis de que existe una relación entre la aparición de ruido de coches y el incremento de alucinaciones auditivas en este paciente. Al mismo tiempo, también nos permite confirmar la hipótesis de que si este pa-

ciente durante los episodios con alucinaciones auditivas es capaz de realizar conductas de tipo verbal (como hablar o leer) podría, voluntariamente, disminuir la tasa de alucinaciones (Slade y Bentall, 1988).

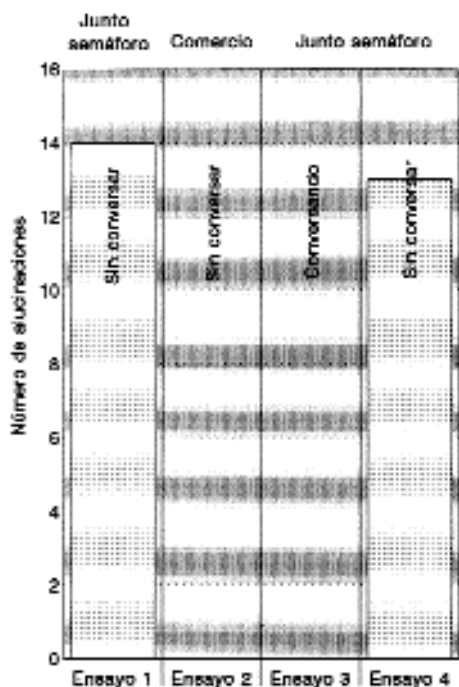


Figura 3

Con respecto a las situaciones sociales como antecedentes de alucinaciones, se comprobó directamente en las primeras entrevistas a través de la información no sistemática aportada por el personal de la Unidad. En ese momento, la Unidad de Rehabilitación era un lugar nuevo donde concurrían muchas personas desconocidas para él. En las dos primeras entrevistas, el paciente refería que estaba muy nervioso porque no conocía a nadie y escuchaba voces. De hecho, en una de ellas, dejó repentinamente la Unidad cuando estaba en la sala de espera y cogió un taxi para volver

a su casa. A medida que fue más veces por la Unidad (gracias al apoyo prestado por sus padres) las respuestas de ansiedad fueron desapareciendo y también disminuyó la frecuencia de las alucinaciones, permitiéndole pasar períodos prolongados en nuestro dispositivo.

El personal de la Unidad nos informaba que en esa situación permanecía callado y no mantenía conversación con las personas presentes en la sala de espera, coincidiendo esta información con la aportada por él mismo durante las entrevistas.

Por ello, para comprobar si la ansiedad social estaba relacionada con una posible disminución de las habilidades conversacionales, estas fueron evaluadas. El procedimiento de evaluación fue el utilizado normalmente en nuestro dispositivo (Cuevas y Perona, 1992). Los resultados mostraron que el paciente exhibía un lenguaje poco fluido, su mirada, expresión facial y postura corporal eran adecuadas, no hacía preguntas abiertas, se producían silencios frecuentes, no manejaba adecuadamente los temas de conversación cambiando de tópico frecuentemente, y presentaba respuestas fisiológicas de ansiedad como una gran cantidad de sudoración durante las conversaciones. Sus habilidades eran igualmente deficitarias con interlocutores de igual o distinto sexo.

Del tercer grupo de antecedentes elicitadores (sonidos como “ruido blanco”) no se realizó ninguna prueba.

A partir de la hipótesis antes mencionada, se plantearon los siguientes objetivos: 1. Disminuir la ansiedad del paciente ante las situaciones evocadoras de alucinaciones auditivas. 2. Enseñarle a atribuir el origen de las alucinaciones a sí mismo y no a agentes externos. 3. Enseñarle a usar en esas situaciones conductas incompatibles con las alucinaciones auditivas. 4. Incrementar el número de actividades sociales del paciente.

Procedimiento

Basándonos en los objetivos planteados, la intervención se realizó del siguiente modo:

* *Afrontamiento de las alucinaciones auditivas en las situaciones en las que el paciente escuchaba el ruido de los motores de coches.*

a) Fase de entrenamiento.

La fase de entrenamiento se realizó durante cinco meses, con una sesión semanal de 60 a 70 minutos aproximadamente. En total se realizaron 19 sesiones.

En la primera sesión se le explicó al paciente el análisis funcional realizado y la hipótesis resultante de dicho análisis. La hipótesis de trabajo se le presentó como una alternativa de explicación de sus síntomas y que debíamos poner a prueba.

En un primer momento se le entrenó a afrontar las alucinaciones auditivas ante ruido de coches, por ser el antecedente que mayor tasa de voces elicitaba y también porque era el más fácil de utilizar durante las sesiones de entrenamiento. La técnica que se utilizó fue la *exposición* directa a esos estímulos.

Se grabó en una cinta de cassette el sonido de coches producidos en una calle muy transitada, y una vez que habíamos comprobado que esta grabación era un buen elicitador de voces, se utilizó como estímulo de exposición.

Las sesiones comenzaban comentado la hipótesis de trabajo y realizando 10 minutos de relajación. Cuando el sujeto estaba relajado se iniciaba el tratamiento de exposición a las voces.

Al sujeto se le colocaban los auriculares de un Walkman que era accionado por el terapeuta, de forma que éste podía controlar los tiempos de exposición a la cinta de cassette con la grabación de ruido de coches.

En las primeras sesiones, cada ensayo de exposición duraba 5 minutos y durante

este tiempo el sujeto tenía que contabilizar con un chasquido de dedos el número de voces que escuchaba. Entre ensayos se hacían dos minutos de relajación. Los últimos 15 minutos de la sesión se utilizaba para analizar, a través de la técnica de diálogo socrático, la hipótesis de trabajo y otras que el paciente pudiera sugerir basándonos en lo experimentado durante la sesión. El objetivo de este análisis era enseñarle a reatribuir el origen de las alucinaciones a sí mismo y no a agentes externos.

A partir de la cuarta sesión se introdujo una modificación en el procedimiento, que consistía en exponer al sujeto durante 30 minutos a la cinta de cassette, pero intercalando períodos alternativos de cinco minutos en los que estaba callado con otros en los que conversaba con el terapeuta. El paciente durante esos 30 minutos seguía contabilizando el número de voces que escuchaba.

Al final del tiempo de exposición se comprobaba siempre que en los períodos de silencio escuchaba más voces que durante los períodos de conversación. Utilizándose estos resultados como prueba de realidad y material para ser discutidos en los últimos 10 ó 15 minutos de la sesión.

En las últimas sesiones, se intercalaron sesiones en las que el entrenamiento se hacía con la cinta de cassette como estímulo de exposición, con algunas sesiones (en total fueron seis) donde se ponían en práctica este procedimiento pero con exposición directa a los coches en una calle muy transitada.

b) Fase de monitorización.

Una vez finalizada la fase de entrenamiento, se comenzó una fase de monitorización, durante 12 meses. Se realizaba en sesiones quincenales o mensuales en las que se revisaba el estado psicopatológico del paciente, si ponía en práctica lo aprendido, y se analizaban ejemplos concretos

donde hubiese experimentado voces. Se continuó con la técnica de reatribución del origen de las alucinaciones. Algunas veces fue necesario hacer algunas sesiones de recuerdo.

** Afrontamiento de las alucinaciones en situaciones sociales estresantes*

Otras de las situaciones en donde aumentaba la probabilidad de que el sujeto informase de que escuchaba voces, era en situaciones en las que tenía que relacionarse con otras personas. Como hemos comentado anteriormente, en la evaluación realizada se observó que la mayor parte del tiempo lo pasaba en su casa y más concretamente en su cuarto, evitando o escapando a invitaciones a salir con amigos. También se comprobó que tenía un deficiente nivel de habilidades de conversación, sin embargo, disponía de una red de tres o cuatro amigos con los que podía salir, pero no hacía uso de esta red desde hacía varios meses, debido a la gran ansiedad y la alta frecuencia de alucinaciones que experimentaba cuando salía con ellos a discotecas, cine, etc.

Debido a todo esto participó en un grupo de entrenamiento en habilidades conversacionales. La duración del grupo fue de 7 meses y el contenido del entrenamiento fue el habitualmente utilizado en nuestra Unidad (Cuevas y Perona, 1992). Las tareas para casa consistían en la programación de salidas al cine, discotecas, excursiones, visitas a museos, etc, con los compañeros del grupo o con los amigos del barrio.

El entrenamiento en habilidades conversacionales y el entrenamiento y monitorización del afrontamiento al ruido de coches se finalizaron al mismo tiempo y a partir de ese momento comenzó la fase de seguimiento.

Instrumentos de medida

Para evaluar los resultados de nuestra intervención, se realizaron las siguientes medidas:

* *Escala breve de valoración psiquiátrica, BPRS* (Brief Psychiatric Rating Scale; versión adaptada por Lukoff, Nuechterlein y Ventura, 1986). Se tomaron tres medidas antes del comienzo del tratamiento, con un intervalo mensual entre ellas. Durante el tratamiento se realizaron ocho medidas, con un intervalo entre ellas de dos meses aproximadamente. Y en el seguimiento se tomaron cuatro medidas, a los 5, 12, 21 y 24 meses de finalizado el tratamiento.

* *La escala LSP* (Life Skills Profile, adaptación española de Bulbena, Fernández y Domínguez, 1992). Esta prueba se realizó antes y una vez finalizado el tratamiento. El seguimiento se realizó a los 24 meses.

Resultados y discusión

La figura 4 muestra los resultados de nuestra intervención, medido a través de las escalas de alucinaciones e índices psicóticos del BPRS. Con respecto a la primera escala se aprecia cómo en el período de línea base el sujeto presentaba los valores más altos que pueden obtenerse en alucinaciones, es decir, entre 5 y 7 puntos. Ello indicaba que el paciente antes del tratamiento experimentaba alucinaciones auditivas con una alta frecuencia diaria, y como se evidenció en el análisis funcional realizado, afectaba gravemente a su funcionamiento personal y social. Las puntuaciones obtenidas en el índice psicótico en el período de línea base también eran altas, oscilando entre 11 y 13 puntos.

A partir de la aplicación de la intervención, se observó en un primer momento un incremento tanto de las puntuaciones en

alucinaciones como en el índice psicótico, probablemente como consecuencia del tratamiento de exposición realizado, alcanzando una puntuación de 7 en la primera y de 13 puntos en la segunda escala. Sin embargo, después de alcanzado este máximo, se produjo un descenso gradual y estable de la sintomatología, llegándose a obtener al final del tratamiento en ambas escalas, un nivel de intensidad no patológica.

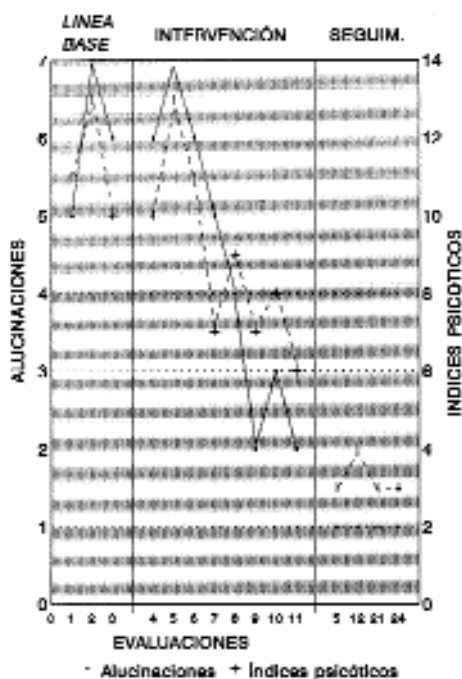


Figura 4

A medida que el paciente se exponía a las distintas situaciones donde era más probable que se produjeran alucinaciones auditivas, la ansiedad a ellas descendió y las características de las voces eran diferentes. Al principio, tal como se mencionó anteriormente, las voces eran frases cortas o palabras muy frecuentes, en un tono alto, siendo fácilmente identificadas por el paciente. Posteriormente, la frecuencia,

claridad y tono fueron disminuyendo, produciéndose un fenómeno interesante que tenía que ver con el cambio del contenido de las voces. Al principio, eran muy molestas para el paciente, y a medida que refería estar más tranquilo, se tornaron menos ofensivas y de carácter más neutro, siendo calificadas al final del tratamiento como rumores o ruidos de muy baja intensidad y que no interferían en su vida. Por ejemplo, nos describió, muy avanzado el tratamiento, como estando un día duchándose, las voces que escuchaba sólo eran instrucciones de lo que tenía que hacer en ese momento: “abre el grifo”, “coge el jabón”, etc.

El tratamiento de exposición al ruido de coches fue muy efectivo al poco tiempo de comenzado. Sin embargo, aunque la utilización de la conversación como estrategia de afrontamiento también era muy eficaz, este comportamiento no se generalizaba a otras situaciones distintas a la de entrenamiento. Era muy difícil que el paciente se expusiera por sí mismo a situaciones sociales y que utilizase la estrategia de conversar para afrontar las alucinaciones. Por ello se hizo necesario el mejorar sus habilidades conversacionales.

Al final del entrenamiento en habilidades conversacionales, el paciente manifestaba sentir menos ansiedad en las situaciones sociales y había mejorado significativamente en sus habilidades para iniciar y mantener conversaciones.

La mejora de este tipo de habilidades le ayudó claramente en la disminución de la tasa de alucinaciones, pues las mismas tareas para casa le estimulaban a exponerse a las situaciones sociales que para él eran estresantes, pero con una mínima preparación para poder afrontarlas con éxito.

Como se puede ver en la figura 4, los patrones de cambio en la medida de alucinaciones y de índice psicótico son muy similares, tanto en el período de línea base

como durante la intervención. Esto nos hace pensar que la intervención sobre las alucinaciones de alguna forma está influyendo sobre (o más bien, está relacionada con) las otras conductas evaluadas a través del índice psicótico. Sin embargo no podemos ofrecer, a través de los datos aportados en este trabajo, una explicación concluyente de este resultado. Solamente podemos decir que estos resultados pueden ser entendidos desde la óptica de la hipótesis de Maher (1988). En ella se afirma que la persona delirante presenta problemas perceptivos primarios que ocasionan experiencias anómalas. Esta autora mantiene que esa experiencia anómala (por ejemplo, oír voces en ausencia de una causa evidente) produce un sentido de perplejidad, lo que lleva a su vez a una búsqueda de explicación, que evidentemente será anormal ya que la experiencia de la que se deriva es también anormal (o delirante).

Esta hipótesis en principio coincide con la derivada del análisis funcional realizado, en la que se mantenía la idea de que nuestro sujeto, a partir de sus experiencias alucinatorias, derivaba en otras creencias de tipo delirante. Por ello, se podía plantear a partir de esta hipótesis que la modificación de las alucinaciones podían a su vez afectar a las ideas delirantes de este sujeto.

En el seguimiento se observa, no solamente el mantenimiento de los logros alcanzados durante el tratamiento, sino también la desaparición total de las voces durante 24 meses. Resultados muy similares se observan en la escala de índice psicótico.

La explicación de estos resultados durante el seguimiento, probablemente radiquen en que la intervención sobre las alucinaciones, aunque formalmente había finalizado, el paciente siguió participando en otros programas de rehabilitación de tipo ocupacional y laboral. El foco de la in-

tervención no era ya las conductas alucinatorias, sino el entrenar y estimular su participación en actividades formativas laborales que indirectamente estaban incidiendo sobre las conducta problema, facilitándole un sobreaprendizaje de las habilidades aprendidas durante los meses anteriores.

Junto con la disminución de las alucinaciones auditivas se observó una mejora en su funcionamiento general. En la figura 5 podemos observar los resultados obtenidos en este ámbito a través del LSP.

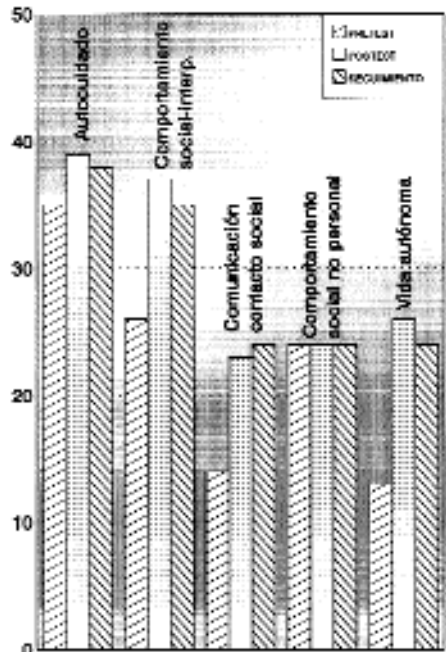


Figura 5

Antes de la intervención el paciente presentaba un funcionamiento adecuado en dos de las cinco subescalas del LSP (la subescala de *Autocuidado*, y la de *comportamiento social no personal*). Sin embargo, en las otras tres subescalas (*Comportamiento social-interpersonal*,

Comunicación-contacto social y Vida autónoma) presentaba un funcionamiento deficiente en el pretest que mejoró significativamente en el postest y en el seguimiento.

Como se puede apreciar, el funcionamiento general del sujeto, aunque no era muy deficitario en algunas áreas, en las que sí lo era, mejoró significativamente respecto al pretest, manteniéndose dichos resultados a los 24 meses de finalizado el tratamiento. Todo esto podría ser explicado teniendo en cuenta varios factores: en primer lugar, el paciente partía de un nivel aceptable de adaptación social premórbido, que fue alterado con la aparición del trastorno; en segundo lugar, la disminución de las alucinaciones auditivas le permitió el poder salir de casa y facilitar las condiciones para la recuperación de un estilo de vida normalizado; y en tercer lugar, el entrenamiento en habilidades conversacionales, le ayudó a recuperar y estimular los contactos sociales y poder ser reforzados por estos.

Durante el seguimiento, se observa que esta mejora del funcionamiento social del sujeto se mantiene, ha vuelto a salir con algunas de sus amistades de antes del trastorno y ha hecho nuevos amigos en nuestra Unidad con los que sale frecuentemente a discotecas, cine, o simplemente de paseo por la ciudad. También, desde hace siete meses, participa en un programa formativo laboral, siendo su adaptación a este contexto bastante adecuada. Por último tenemos que destacar que en este programa conoció a otra paciente de nuestra Unidad y, desde hace aproximadamente cuatro meses, mantiene una relación afectiva con ella.

Conclusiones

Las conclusiones que podemos extraer en este *estudio de caso*, por las mismas ca-

racterísticas de estos diseños, deben ser siempre tomadas con precaución, y deben ser contrastadas en estudios con un mayor control experimental. Sin embargo, sí sugieren ideas que pueden ser interesantes para futuros trabajos.

En primer lugar, el tratamiento farmacológico no es la única estrategia de intervención de las síntomas psicóticos, sino que es posible diseñar, como demuestra el presente trabajo, estrategias psicológicas de corte conductual para enseñar a sujetos esquizofrénicos a afrontar las alucinaciones auditivas.

Recientemente está surgiendo una nueva orientación en el tratamiento de sujetos diagnosticados de trastorno esquizofrénico, basada en una orientación hacia el síntoma. Autores como Bentall, Jackson y Pilgrim (1988) defienden la posibilidad de estudiar los *síntomas* como fenómenos psicológicos de pleno derecho frente a los tradicionales *síndromes* psiquiátricos. Estos autores están dando un empuje muy importante a la investigación psicopatológica y están fomentando la aparición de nuevos enfoques de tratamiento, no solo de las alucinaciones, sino también de otros síntomas psicóticos como los delirios.

En segundo lugar, es difícil en el estado actual de la investigación sobre este tema, concluir cuáles son las variables que han contribuido en el cambio conductual de este paciente. En una revisión de la literatura sobre el tema, Slade y Bentall (1988), enfatizan que las intervenciones sobre las alucinaciones se pueden clasificar en tres grupos principales según los mecanismos responsables del cambio terapéutico: 1) Aquellas técnicas, denominadas de contraestimulación, que enfatizan el distraer al paciente alucinador de sus voces. 2) Las que animan al paciente a focalizar la atención en sus voces. 3) Las técnicas cuyo objetivo es la reducción de la ansiedad.

Ellos afirman que las técnicas basadas en la contraestimulación (por ejemplo, utilizar música en voz alta a través de un Walkman o la lectura igualmente en voz alta), aunque son útiles en algunos pacientes, no producen beneficios duraderos porque no se dirigen al trastorno cognitivo fundamental implicado en las alucinaciones (la atribución errónea de las alucinaciones a agentes externos y no al propio sujeto). Según estos autores, las técnicas de focalización de la atención (por ejemplo, la automonitorización, parada de pensamiento, etc.), en las que se hace necesario que el paciente identifique sus voces como relacionadas consigo mismo, son más probables que produzcan cambios terapéuticos más duraderos. Sin embargo, las técnicas que se basan en la reducción de la ansiedad (como por ejemplo, la desensibilización sistemática) con las que se han obtenidos resultados positivos y duraderos, no pueden ser explicadas fácilmente a través del principio de focalización de la atención. Slade y Bentall sugieren que probablemente el mecanismo de cambio sea diferente, y lo relaciona con los estudios en los que se ha encontrado una conexión entre las alucinaciones y el incremento del arousal fisiológico (Cooklin, Sturgeon y Leff, 1983).

En nuestro estudio, la situación es más compleja que lo conjeturado por estos autores, y resulta difícil intuir el hipotético mecanismo de cambio terapéutico a través de la guía ofrecida por ellos. En realidad, nuestra intervención es un paquete en el que se incluyen *técnicas para la reducción de la ansiedad* como son la relajación y la exposición *in vivo* a los estímulos evocadores de alucinaciones; *técnicas de contraestimulación* como es el uso de la conversación como conducta incompatible al

alucinar; y *técnicas de focalización* como es el autorregistro de las voces, la reatribución de las voces a sí mismo a través del diálogo socrático y las pruebas de realidad.

La elección de las técnicas no se hizo con un criterio sumativo, “de cuanto más técnicas mejor”, o desde una perspectiva simplista y molecular, en las que se “elige” el tratamiento en función únicamente de la topografía de la respuesta, sino guiado por una hipótesis de trabajo derivada de un análisis funcional de la conducta alucinatoria de este paciente.

En dicho análisis, frente a concepciones de corte biologicista o intrapsíquicas, se intenta determinar el campo psicológico molar formado por la interrelación del sujeto con los distintos factores físicos, sociales y verbales que conforman su entorno inmediato. Por ello podríamos conjeturar que el elemento fundamental de nuestro trabajo fue el dirigir nuestro esfuerzo terapéutico, no a “curar” un determinado trastorno o mejorar determinado sesgo cognitivo, sino en construir (o reconstruir) un nuevo campo de interrelaciones del sujeto con su contexto social y verbal. Y para ello se hizo necesario que el paciente fuese capaz de disminuir la ansiedad ante las situaciones físicas y sociales evocadoras de alucinaciones, que aprendiese comportamientos incompatibles con la conducta problema, que incrementase su red social, que encontrase entornos sociales alternativos, realizase actividades que incrementasen sus fuentes de reforzamiento y que aprendiese nuevas hipótesis sobre sí mismo y su conducta. Pero, y volvemos a insistir en lo mismo, guiado siempre por una hipótesis de trabajo derivada de un análisis funcional de la conducta de este sujeto.

Referencias

- American Psychiatric Association. (1987). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (tercera edición revisada). Barcelona: Masson.
- Bentall, R.P.; Jackson, H.F. y Pilgrim, D. (1988). Abandoning the concept of "schizophrenia". *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 303-324.
- Bulbena, A., Fernández, P. y Domínguez, A.I. (1992). Adaptación castellana de la escala LSP (Life Skills Profile). *Actas Luso-Española de Neurología, Psiquiatría y Ciencias afines*, 20 (2), 51-60.
- Cooklin, R., Sturgeon, D. y Leff, J. (1983). The relationship between auditory hallucinations and spontaneous fluctuations of skin conductance in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 142, 47-52.
- Cuevas, C. y Perona, S. (1992). Entrenamiento en habilidades sociales en una Unidad de Rehabilitación psicosocial. En F. Gil, J.M. León y L. Jarana (eds.), *Habilidades Sociales y Salud* (pp. 101-110). Madrid: Eudema.
- Green, P. y Kinsbourne, M. (1990). Subvocal activity and auditory hallucinations: Clues for behavioral treatments? *Schizophrenia Bulletin*, 16(4), 617-625.
- James, D.A.E. (1983). The experimental treatment of two cases of auditory hallucinations. *British Journal of Psychiatry*, 143, 515-516.
- Lukoff, D., Liberman, R.P. y Nuechterlein, K.H. (1986). Symptom monitoring in the rehabilitation of schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin*, 12(4), 578-593.
- Maher, B.A. (1988). Anomalous experience and delusional thinking. En T.F. Oltmanns y B.A. Maher (Eds.), *Delusional beliefs* (pp. 15-33). Nueva York: Wiley.
- Schneider, K. (1959). *Clinical psychopathology*. Nueva York: Grune and Stratton.
- Slade, P.D. y Bentall, R.P. (1988). *Sensory deception: A scientific analysis of hallucination*. Londres: Croom Helm.

Aceptado el 3 de mayo de 1996