

El tratamiento de las alucinaciones: Un comentario

Dirk Corstens, Eleanor Longden, Bertel Rydinger, Richard Bentall & Jim van Os 2013 ¹

Comentaremos un artículo recientemente publicado en *Schizophrenia Bulletin*: "The treatment of hallucinations in schizophrenia spectrum disorders" ("El tratamiento de las alucinaciones en los trastornos del espectro esquizofrénico") de Sommer et al, (2012). Contrariamente a las recomendaciones formuladas en ese escrito, nosotros sugerimos que, según las pruebas disponibles actualmente, son las terapias psicológicas (incluyendo la terapia cognitivo-conductual, pero sin limitarse solo a esta) las que deben proponerse como tratamiento de elección, los medicamentos como posible estrategia coadyuvante, y que la terapia electroconvulsiva y la estimulación magnética transcraneal no son recomendables en absoluto.

Palabras clave: *alucinaciones, psicosis, antipsicóticos, terapia electroconvulsiva, terapia cognitiva.*

Deseamos comentar un artículo recientemente publicado en *Schizophrenia Bulletin*: "El tratamiento de las alucinaciones en los trastornos del espectro esquizofrénico" de Sommer, Slotema, Daskalakis, Derks, Blom y Van der Gaag (2012). Aplaudimos el esfuerzo realizado por sus autores para recomendar tratamientos basados en la evidencia para esta experiencia específica. Por ejemplo, las recomendaciones propuestas para el tratamiento de las alucinaciones en trastornos orgánicos, como la enfermedad de Parkinson, son particularmente importantes para la práctica clínica, dada la escasa atención que se ha prestado a esta cuestión en la literatura existente. Sin embargo, los autores realizan en este artículo una serie de afirmaciones que no consideramos que estén basadas en pruebas sólidas.

Concretamente, Sommer et al. afirman que, tras un año de tratamiento con medicación, sólo el 8% de los pacientes con un primer episodio sigue experimentando alucinaciones de intensidad leve o moderada. Además, partiendo de las altas tasas de abandonos, recomiendan fármacos depot para muchos pacientes. Estas recomendaciones proceden de un único ensayo con personas con un primer episodio de psicosis (n = 498). En la investigación original (Boter, 2009; Kahn et al, 2008) se utilizó un solo ítem para evaluar la gravedad de las alucinaciones, el incluido en la

¹ Dirk Corstens a, Eleanor Longden b, Bertel Rydinger c, Richard Bentall d & Jim van Os e (2013): *Treatment of hallucinations: A comment*, *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 5:1, 98-102

a Riagg Maastricht, Maastricht, Netherlands;

b University of Leeds, Institute of Psychological Sciences, Leeds, UK;

c Slotsvaenget, Lyngby, Denmark;

d University of Liverpool, Institute of Psychology, Health and Society, Liverpool, UK;

e Maastricht University Medical Center, Psychiatry and Neuropsychology, Maastricht, Netherlands.

escala de síntomas positivos y negativos (PANSS), con 362 pacientes que puntuaron 3 o más en este área. Aunque existen muchos instrumentos validados y disponibles para evaluar diversas facetas de las alucinaciones (Ratcliff, Farhall, y Shawyer, 2011), no se utilizó ninguno de ellos. La mitad de los participantes en la investigación dejaron los fármacos en el transcurso del estudio (para corregirlo se utilizó el supuesto *Missing At Random*² utilizando parámetros estimados no sesgados).

Además, no hubo comparación con un grupo placebo, a pesar del hecho de que el efecto placebo en los ensayos sobre la esquizofrenia puede ser equiparable, tanto en su extensión como en su calidad y repercusión, a la observada en los ensayos sobre depresión (Kinin, Potts, y Watson, 2011). De hecho, Sommer et al. reconocen que no existe investigación alguna que haya controlado de modo científicamente válido el *efecto específico* de la medicación antipsicótica sobre las alucinaciones (Sanjuan, Aguilar, y Artigas, 2010). En este sentido, McCarthy-Jones (2012) ha constatado recientemente que el uso clínico generalizado de antipsicóticos en las alucinaciones está basado en una literatura obsoleta que no demuestra adecuadamente su eficacia.

Además, la investigación citada por Sommer et al. (Boter, 2009; Kahn et al, 2008) consistió en un ensayo diseñado mediante "discontinuación de la medicación"³, cuya medición de resultados tenía como objetivo principal determinar cuál de los fármacos era más eficaz y mejor tolerado por los pacientes. El grupo que se estudió era principalmente blanco y masculino (en su mayoría estudiantes de Centros Universitarios de toda Europa - una población muy específica y probablemente no representativa), con una edad media de 25 años, de los que únicamente el 10% vivía solo y el 20- 42% de ellos nunca habían utilizado antipsicóticos antes. Muchas de estas personas utilizaban también otros medicamentos (antidepresivos, benzodiazepinas, anticolinérgicos y anticonvulsivantes), por lo que el impacto específico de la medicación antipsicótica en los síntomas era poco claro. Resulta interesante que un autor del estudio original (Boter, 2009, pp. 97-98) afirmara que: "Aunque los cambios en la media de los datos en la PANSS puedan ser significativos, la relevancia clínica de estos cambios es con frecuencia menos clara". Mientras que la gravedad de los síntomas y la medición del funcionamiento global mejoraron, las puntuaciones totales en la PANSS no cambiaron significativamente a los 12 meses.

Es decir, para demostrar la eficacia de la medicación antipsicótica en las alucinaciones, Sommer et al. seleccionaron una única medida de un estudio que no fue diseñado originalmente para medir el efecto de la medicación en las alucinaciones, que se realizó sobre un grupo no representativo de personas procedente de un entorno muy específico, muchas de las cuales usaban otros medicamentos diferentes, y la mitad ni siquiera tomó el medicamento durante todo el año, y cuyas alucinaciones se producían en el contexto de un amplio registro de otros cambios psicopatológicos (falta de motivación, alteraciones cognitivas, desregulación afectiva) que seguramente afectaron las alteraciones perceptivas en diferentes modos no controlados. Nosotros

² Habitualmente *Missing At Random* o *MAR* (Aleatoriamente Omitidos) no suele traducirse. El supuesto *MAR* hace referencia a una prueba estadística para realizar el análisis estadístico de datos incompletos. En la práctica supone que los datos de la muestra siguen siendo representativos de la población, lo que no siempre es una hipótesis plausible *NdeT*

³ Se trata de ensayos en los que a un grupo de pacientes estabilizados con psicofármacos son asignados a un grupo en el que toman fármacos o a otro en el que se les da un placebo (*discontinúan* el tratamiento previo) *NdeT*.

cuestionamos que estas sean bases sólidas para recomendar la medicación como tratamiento de primera opción. La mayoría de las recomendaciones secundarias (acerca, por ejemplo, del mantenimiento de la medicación, de los fármacos depot, de los medicamentos de elección) se derivan de otras medidas recogidas en una investigación no específica y enfocada a los síntomas. Antes de recomendar intervenciones sobre un síntoma específico se necesitan investigaciones y meta-análisis válidas que, a nuestro entender, no están disponibles actualmente. De hecho, una revisión reciente del Registro del Grupo Cochrane de Esquizofrenia informó que: "Son insuficientes los datos que evalúan los resultados del tratamiento farmacológico inicial con antipsicóticos para las personas con un episodio temprano de esquizofrenia" (Bola, Kao, y Soydan, 2012, p 25). Las revisiones en grupos con síntomas persistentes han cuestionado asimismo la eficacia de los antipsicóticos de segunda generación para inducir una mejoría clínicamente significativa (Lepping et al, 2011; Leucht et al, 2009). En efecto, los antipsicóticos debieran utilizarse de forma más selectiva, en intervalos más cortos, y en las dosis terapéuticas más bajas posibles para reducir su impacto sobre la disminución de la esperanza de vida y los cambios estructurales del cerebro asociados a su uso (Weinmann & Aderhold, 2010).

A diferencia de la escasa base de evidencias para recomendar tanto los antipsicóticos en general, como los inyectables depot en particular, Sommer et al. afirman que "la efectividad de la TCC [Terapia Cognitivo Conductual] para las alucinaciones y otros síntomas psicóticos está bien documentada en varios meta-análisis" (p. 707). Sin embargo, posteriormente concluyen que la TCC sólo debe "aplicarse para potenciar el efecto de los antipsicóticos" (p. 704). La terapia electroconvulsiva (TEC), respecto a la que Sommer et al. reconocen que no tiene base probatoria alguna para el tratamiento de las alucinaciones, también es descrita, sin embargo, como una estrategia de potenciación. Que el TEC es ineficaz en el tratamiento de la "esquizofrenia", tanto a corto como a largo plazo, se ha confirmado en una reciente revisión sistemática de Read y Bentall (2010). La estimulación magnética transcraneal (ETM) también recibe la aprobación de Sommer et al. para ser usada en combinación con la medicación, a pesar de reconocer que los meta-análisis de este tratamiento proceden de estudios pequeños y exploratorios, en los que muchos factores externos pudieron influir en la respuesta. Nosotros proponemos que hasta que no estén disponibles los datos de un estudio amplio, bien diseñado e implementado, no existen motivos para pensar que la EMT sea beneficiosa para los pacientes con alucinaciones.

Los tratamientos para la psicosis y/o las alucinaciones auditivas tienen que ser capaces de abordar y hacer frente a secuelas a largo plazo de acontecimientos adversos de la vida (en particular el maltrato infantil) que los meta-análisis han confirmado que están fuertemente asociados a la experiencia de escuchar voces (por ejemplo, Read, van Os, Morrison & Ross. 2005; Varese et al. 2012). Se puede argumentar que los tratamientos psicológicos representan una opción inicial mejor que las intervenciones farmacológicas. Existe evidencia creciente de que las alucinaciones tienen sentido para quienes las experimentan y que se asocian a la exposición temprana al estrés. Los enfoques psicológicos pueden ser, por lo tanto, especialmente adecuados para que el paciente participe en un abordaje cuyo objeto es el de comprender, explicar y superar su angustia (Beavan & Read. 2010; Chadwick. 2006; Longden, Corstens, Escher, & Romme. 2011; Longden, Madison, & Waterman.

2012; Meaden, Birchwood, & Trower. 2010; Romme, Escher, Dillon, Corstens, & Morris. 2009). A este respecto, la intervención psicosocial inicial retrasando el uso de antipsicóticos durante un plazo limitado de tiempo para determinados pacientes con un primer episodio, puede facilitar una disminución de la dependencia a la toma de medicación a largo plazo (Bola, Lehtinen, Cullberg, y Ciompi. 2009). Mientras que los antipsicóticos pueden desempeñar un papel, el clínico debe, siempre que sea posible, utilizar estrategias psicológicas para aprovechar la oportunidad de que los pacientes puedan dar sentido a sus experiencias y reducir su repercusión en la angustia y en el comportamiento. A este respecto, este tipo de intervenciones no deben limitarse solo a la TCC, dado que su base de evidencia para la psicosis no es totalmente sólida (Lynch, Leyes, y McKenna. 2010; Mawson, Cohen, & Berry. 2010; Wykes, Acero, Everitt, & Tarrier. 2008) y sus efectos no son necesariamente mejores a los de otros tratamientos menos complejos y menos costosos (Cormac, Jones, Campbell, & Silveira. 2002).

En conclusión, nosotros proponemos que, si las recomendaciones pudieran derivarse lógicamente, sin ideas preconcebidas, de las pruebas aportadas por los propios Sommer et al., las terapias psicológicas (incluyendo a la TCC, pero no solo a esta) son el tratamiento de elección, la medicación una estrategia coadyuvante (teniendo en cuenta no obstante el riesgo comparado de estos dos enfoques) y el TEC y la TMS no debieran recomendarse en absoluto.

Referencias

- Aleman, A., & Laroi, F. (2008). *Hallucinations: The idiosyncrasy of perception*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Beavan, V., & Read, J. (2010). *Hearing voices and listening to what they say: The importance of voice content in understanding and working with distressing voices*. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, 201–205.
- Bola, J.R., Lehtinen, K., Cullberg, J., & Ciompi, L. (2009). *Psychosocial treatment, antipsychotic postponement, and low-dose medication strategies in first-episode psychosis: A review of the literature*. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 1, 4–18.
- Bola, J.R., Kao, D.T., & Soydan, H. (2012). *Antipsychotic medication for early-episode schizophrenia*. *Schizophrenia Bulletin*, 38, 23–25.
- Boter, H. (2009). *Effectiveness of antipsychotics in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder on response and remission: An open randomized clinical trial (EUFEST)*. *Schizophrenia Research*, 115, 97–103.
- Chadwick, P. (2006). *Person-based cognitive therapy for distressing psychosis*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Cormac, I., Jones, C., Campbell, C., & Silveira, D.M.N.J. (2002). *Cognitive behaviour therapy for schizophrenia*. *Cochrane Data Systematic Review*, 1, Art. No.:CD000524.
- Kahn, R.S., Fleischhacker, W.W., Boter, H., Davidson, M., Vergouwe, Y., Keet, I.P., et al. (2008). *Effectiveness of antipsychotic drugs in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder: An open randomised clinical trial*. *Lancet*, 371, 1085–1097.
- Kinon, B.J., Potts, A.J., & Watson, S.B. (2011). *Placebo response in clinical trials with schizophrenia patients*. *Current Opinions in Psychiatry*, 24, 107–113.
- Lepping, P., Sambhi, R.S., Whittington, R., Lane, S., & Poole, R. (2011). *Clinical relevance of findings in trials of antipsychotics: Systematic review*. *British Journal of Psychiatry*, 198, 341–345.
- Leucht, S., Arbter, D., Engel, R.R., Kissling, W., & Davis, J.M. (2009). *How effective are second-generation antipsychotic drugs? A meta-analysis of placebo-controlled trials*. *Molecular Psychiatry*, 14, 429–427.
- Longden, E., Corstens, D., Escher, S., & Romme, M. (2012). *Voice hearing in biographical context: A model for formulating the relationship between voices and life history*. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 4, 224–234.
- Longden, E., Madill, A., & Waterman, M.G. (2012). *Dissociation, trauma, and the role of lived experience. Toward a new conceptualization of voice hearing*. *Psychological Bulletin*, 138, 28–76.

- Lynch, D., Laws, K.R., & McKenna, P.J. (2010). *Cognitive behavioural therapy for major psychiatric disorder: Does it really work? A meta-analytical review of well-controlled trials*. *Psychological Medicine*, 40, 9–24.
- Mawson, A., Cohen, K., & Berry, K. (2010). *Reviewing evidence for the cognitive model of auditory hallucinations: The relationship between cognitive voice appraisals and distress during psychosis*. *Clinical Psychology Review*, 30, 248–258.
- McCarthy-Jones, S. (2012). *Hearing voices: The histories, causes and meanings of auditory verbal hallucinations* (pp. 375–383). Cambridge: Cambridge University Press.
- Meaden, A., Birchwood, M., & Trower, P. (2010). *Cognitive therapy for command hallucinations*. In F. Larøi & A. Aleman (Eds.). *Hallucinations: A guide to treatment and management* (pp. 103–121). Oxford: Oxford University Press.
- Ratcliff, K., Farhall, J., & Shawyer, F. (2011). *Auditory hallucinations: A review of assessment tools*. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18, 524–534.
- Read, J., van Os, J., Morrison, A.P., & Ross, C. (2005). *Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: A literature review with theoretical and clinical implications*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(5), 330–350.
- Read, J., & Bentall, R. (2010). *The effectiveness of electroconvulsive therapy: A literature review*. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 19, 333–347.
- Romme, M., Escher, S., Dillon, J., Corstens, D., & Morris, M. (Eds.). (2009). *Living with voices: Fifty stories of recovery*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Sanjuan, J., Aguilar, E.J., & Artigas, F. (2010). *Pharmacological treatment of hallucinations*. In F. Larøi & A. Aleman (Eds.) *Hallucinations: A guide to treatment and management* (pp. 9–28). Oxford: Oxford University Press.
- Sommer, I.E., Slotema, C.W., Daskalakis, Z.J., Derks, E.M., Blom, J.D., & van der Gaag, M. (2012). *The treatment of hallucinations in schizophrenia spectrum disorders*. *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 704–714.
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieverse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., et al. (2012). *Childhood trauma increases the risk of psychosis: A meta-analysis of patient-control, prospective and cross-sectional cohort studies*. *Schizophrenia Bulletin*, 38, 661–671.
- Weinmann, S., & Aderhold, V. (2010). *Antipsychotic medication, mortality and neurodegeneration: The need for more selective use and lower doses*. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 2, 50–69.
- Wykes, T., Steel, C., Everitt, B., & Tarrier, N. (2008). *Cognitive behavior therapy for schizophrenia: Effect sizes, clinical models, and methodological rigor*. *Schizophrenia Bulletin*, 34, 523–537.