

Caso clínico

Cuando las voces se hacen amables...

Sánchez Lorenzo, Isabel^{1*}, Cantero Fernández, Begoña²

Resumen

Las alucinaciones constituyen, los trastornos más característicos de la psicopatología de la percepción y de la imaginación, y uno de los síntomas del trastorno mental por excelencia: el prototipo de loco es el de aquella persona que dice ver, escuchar o sentir cosas que nadie más que él puede experimentar. Dentro de este amplio campo, las alucinaciones auditivas están presentes en muchos trastornos psiquiátricos diferentes. Cuando forma parte del complejo de síntomas diagnosticados en la esquizofrenia, este complejo consiste por una parte en la escucha de voces como una reacción a un hecho grave o a un problema de identidad que la persona no puede afrontar, y por la otra en una reacción secundaria a la incapacidad para afrontar las voces. Nuestro caso nos habla sobre la evolución de los fenómenos alucinatorios y su contenido. Más allá del tratamiento farmacológico empleado en cada caso, existen otros aspectos de la oferta terapéutica como la adherencia, la empatía con el terapeuta y el seguimiento cercano, importantes para la adecuada estabilización del psicótico. Se presenta el caso de una mujer de 56 años de edad que desde hace 7 años sigue revisiones en nuestro Centro de Salud Mental tras ser remitida por la Unidad de Agudos con diagnóstico de Esquizofrenia paranoide. Refiere oír una voz resistente a la medicación antipsicótica, que inicialmente siente como amenazadora, pero que se va transformando en una señal de alarma hasta llegar a convertirse en una voz aduladora que la hace sentirse segura.

Recibido: 30/09/2010 – Aceptado: 06/01/2011 – Publicado: 01/09/2011

* Correspondencia: isaslo7@hotmail.com

¹ Hospital Clínico Universitario de Valladolid

² Facultad de Psicología. Universidad de Málaga

“El problema no estriba en cómo acabar con el trastorno sino, antes bien, en si la mente puede entenderlo libre de toda traición”

Krishanamurti, 1991

Anamnesis

Se trata de una mujer de 56 años de edad que desde hace 7 años sigue revisiones en nuestro Centro de Salud Mental tras ser remitida por la Unidad de Agudos de Psiquiatría y a la que en nuestro caso llamaremos María.

Antecedentes personales

- **Somáticos:** Embarazo y parto normales. Lactancia materna. No refiere alergias medicamentosas conocidas. Hipercolesterolemia familiar. Sin otros antecedentes médicos de interés.
- **Psiquiátricos:** Antecedentes de un ingreso en la Unidad de Agudos a los 49 años con diagnósticos de Trastorno psicótico breve 298.8 (F23.81). Sin otros antecedentes psiquiátricos previos conocidos, el episodio que motivó este ingreso, desencadenado por una situación subjetiva de estrés, tuvo características de reacción paranoide con notable repercusión afectiva y sobre la conducta de la paciente. Coincidiendo con un pequeño conflicto en la comunidad de vecinos, comienza a mostrarse cada vez más nerviosa y con dificultades para dormir, haciendo continuas referencias al citado problema. Unos días antes de ingreso, según refiere la hermana, se muestra muy angustiada, diciendo que hay gente que quiere matarla, a ella y a su familia, refiriendo oír voces amenazadoras procedentes de la calle o tumultos y peleas que también relaciona con el conflicto en la comunidad. Por este motivo atranca la puerta de su casa y llega a ocultarse en un cuarto tapada con ropa, diciendo “vienen a por nosotros”. Ante esta situación la familia decide su traslado a Urgencias. Al alta se encuentra en tratamiento con Risperidona 3 mg/día y Loracepam 1mg/noche.

Antecedentes familiares

Madre fallecida de leucemia a los 50 años. Siendo adolescente quedó al cuidado de su madre que continuamente “daba gritos de dolor”. Padre vivo, 91 años, diagnosticado de demencia tipo Alzheimer. Es la menor de tres hermanos sanos. Su hermano mayor de 59 años, casado y con dos hijos, reside en otra ciudad y existe un contacto ocasional con la paciente. Su hermana de 56 años está soltera y reside con la paciente y su padre.

Antecedentes sociolaborales

El nivel de competencias sociales y laborales premórbido era aceptable. Nunca le gustó estudiar. Terminó los estudios primarios y comenzó a trabajar como empleada de hogar. Está soltera y no ha tenido “novio formal”. En su adolescencia solía salir con la pandilla de su hermano. Siempre

ha sido una persona muy abierta a la que le gusta conocer gente, pero desde hace dos años apenas sale y cuando lo hace es con su hermana y a veces con una amiga de la infancia.

Evolución y enfermedad actual

Tras el alta hospitalaria hace 7 años nuestra paciente permanece “estable” durante unos meses negando la existencia de alucinaciones auditivas. Posteriormente confiesa que “en realidad no se había callado, la voz seguía ahí”. Atribuía el origen de la misma a su antiguo jefe, un hombre viudo que más tarde se casó de nuevo, hecho que al parecer, según refiere la familia, María no llevó muy bien. Esta voz hablaba continuamente, en un tono demandante y hacía comentarios desagradables sobre todo lo que ella hacía. La percibía como “una parte de ella” pero sintiéndola como si proviniera de otra persona. “Esos son los que te van a matar” le decían. Se aumenta la pauta de Risperidona a 6mg/día y se añade Haloperidol X gotas/día. La voz pronto se atenúa y se convierte en un “murmullo lejano” pero siempre presente.

En revisiones posteriores María permanece estable hasta que un día entra en la consulta con inquietante angustia refiriendo que “ya no es una, sino varias” las voces que escuchaba. Esta vez son voces desconocidas, con caracteres de altura, timbre y sexo indiferenciados. Su convicción de existencia es tan alta que ha llegado a buscar por la casa a los propietarios de las mismas. “La mente se me ha quedado en blanco y son las voces quiénes lo controlan” Estas voces la ordenan sobres su vestimenta y también la incitan a la violencia “me dicen que mate...”. En ocasiones se acompañan de movimientos masticatorios y deglutorios continuos que María refiere no poder controlar. Se suprime gradualmente la Risperidona y el Haloperidol y se introduce Olanzapina 7,5 mg/día.

De sus experiencias alucinatorias resistentes a la medicación antipsicótica prescrita se derivan otras creencias, como por ejemplo que “le leían el pensamiento”, pues refería que lo que las voces decían era lo que ella pensaba, le hacían el “eco”, ya que muchas veces pensaba una palabra e inmediatamente después las voces repetían lo que ella había pensado. Siempre acompañadas de esa sensación de “atragantamiento” que percibía junto con movimientos gíricos de cuello. “Se me mueve la tráquea, esto provoca un rugido de huesos... mi cuerpo sufre continuamente por el día pinchazos que me hacen desaparecer los pliegues y ahuecan mi piel”. “Todo esto es debido a que tragué humo de pequeña que ahora se está purificando”... “En casa de mi jefe un día tuve que taparme la nariz porque el humo apareció, intenté salir a la calle y no pude, se me nubló la vista y medio cuerpo se me subió, como si me enrollase”... “Tengo la piel como cemento”.

Tras introducir diversas modificaciones terapéuticas sin conseguir el efecto beneficioso esperado y ante la existencia de altos niveles de prolactina detectados analíticamente, se decide introducir Risperidona inyectable 37,5/ 14 días. Un día María entra en la consulta, se ríe pero no sabe explicar por qué, “es feliz”. Sigue escuchando las voces de vez en cuando, especialmente cuando algo la hace sentirse insegura. Las ha aceptado como una parte de sí misma y entiende que funciona como señales de alarma. No le molestan, al contrario, comienzan a ser “amables”, halagadoras, dicen cosas agradables y le dan buenos consejos “...tira esta ésta chaqueta vieja y cómprate una nueva...” “...cocinas muy bien, qué bien te quedan los garbanzos” “la medicación que te pone esta doctora es muy buena.” Las situaciones que producen las voces son diversas pero siempre respetan un horario determinado, comienzan a las 12 del mediodía, respetan la siesta y finalizan a las 12 de la noche cuando manifiestan “c’est finie, se acabó”... “las voces están dadaditas...tranquilas... “a dormir”.

Exploración psicopatológica

En la última revisión la paciente se muestra consciente, orientada auto y alopsíquicamente, abordable y colaboradora. Mantiene buen aspecto físico y aseo. Muestra una mejoría progresiva en el contacto, con un lenguaje de curso y latencia conservada. No impresiona como deprimida ni se objetivan síntomas de ansiedad. Las interpretaciones deliriosas han desaparecido. No se aprecia el pensamiento circunstancial presente anteriormente ni conductas bizarras o desadaptativas. Presenta alucinaciones auditivas en forma de voces que han pasado de ser imperativas y angustiantes, a ser halagadoras y agradables en forma de “murmillos lejanos”. No ideación de muerte ni planificación autolítica. Funciones intelectuales superiores conservadas.

Exploraciones complementarias

TAC craneal realizado en Octubre del 2003, que refleja una pequeña asimetría a nivel del ventrículo izquierdo, sin otras alteraciones significativas.

Dadas las somatizaciones referidas y la insistencia de la paciente a la realización de un examen físico, se realiza interconsulta a otorrinolaringología que no detecta ninguna alteración significativa.

Escala de valoración de síntomas

Escala del Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia- PANSS: Puntuación directa 5; percentil 75. Patrón esquizofrénico en el que predomina más la sintomatología negativa.

Diagnóstico

Atendiendo a los criterios del DSM-IV-TR podemos realizar el diagnóstico de:

Eje I: F20.08 Esquizofrenia paranoide (295.30)

Eje II: sin diagnóstico

Eje III: sin diagnóstico

Eje IV: problemas relativos al grupo primario de apoyo

Eje V: EEAG de 85. (1)

Tratamiento

En estos momentos la paciente se encuentra en tratamiento con Risperidona inyectable 37,5mg/14 días y Lormetazepam 2mg/noche presentando una buena tolerancia al mismo. Se realizan controles analíticos periódicos para controlar los niveles de prolactina dada la hiperprolactinemia secundaria a neurolépticos presentada por la paciente en los últimos tres años. En el último control dichos niveles se encuentran dentro de la normalidad (47 ng/ml). Acude regularmente a consulta y también es controlada de manera periódica por el equipo de enfermería del centro de salud mental.

Discusión

Hasta la sistematización del fenómeno alucinatorio por los alienistas del signo XIX, éste se consideraba una entidad en sí misma, es decir una alteración psíquica global por un error de la imaginación del hombre. La primera definición sobre este trastorno se atribuye a Esquirol (1832) quién habló de la alucinación en los siguientes términos: “En las alucinaciones todo sucede en el cerebro. La actividad del cerebro es tan intensa que el visionario, la persona que alucina, otorga cuerpo y realidad a las imágenes que la memoria recuerda sin la intervención de los sentidos”(2).

Unos años más tarde, Ball (1890) psiquiatra de la escuela francesa, ofrecería una definición mucho más concreta de los fenómenos alucinatorios, ya que simplemente los conceptualizó como “percepciones sin objeto”. Las alucinaciones constituyen, los trastornos más característicos de la psicopatología de la percepción y de la imaginación, y uno de los síntomas del trastorno mental por excelencia: el prototipo de loco es el de aquella persona que dice ver, escuchar o sentir cosas que nadie más que él puede experimentar. Sin embargo, pese a su indudable valor diagnóstico, no siempre indican la presencia de trastorno mental, algunas personas sanas mentalmente pueden experimentarlas en ciertas situaciones bajo condiciones estimulares especiales. (3)

Dentro de este amplio campo, las alucinaciones auditivas están presentes en muchos trastornos psiquiátricos diferentes. Cuando forma parte del complejo de síntomas diagnosticados en la esquizofrenia, este complejo consiste por una parte en la escucha de voces como una reacción a un hecho grave o a un problema de identidad que la persona no puede afrontar, y por la otra en una reacción secundaria a la incapacidad para afrontar las voces. A partir de intentos de explicar esas experiencias de tipo alucinatorio, el sujeto puede derivar en otras creencias de tipo delirante.(4)

Para H. Ey la alucinación sería el “zócalo sobre el que se erige y se construye la estatua del delirio”. Quizás este caso plantea dudas sobre la evolución de los fenómenos alucinatorios y su contenido. Dudas que van más allá del tratamiento farmacológico empleado en cada caso y que pueden estar relacionadas con otros aspectos de la oferta terapéutica como la adherencia, la empatía con el psiquiatra y el seguimiento cercano con el paciente. (5)

Referencias

1. American Psychiatric Association. (1987). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (tercera edición revisada). Barcelona. Masson.
2. DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson; 2002.
3. Marius Romme y Sandra Escher. Dando sentido a las voces. Guía para los profesionales de salud mental que trabajan con personas que escuchan voces. Primera edición actualizada en español. 2005.
4. James, D.A.E. (1983). The experimental treatment of two cases of auditory hallucinations. *British Journal of Psychiatry*, 143, 515-516.
5. Ey H., Bernard P., Brisset Ch. Tratado de psiquiatría. Toray-Masson 1978.



Trabajo seleccionado para su publicación en la revista *Psiquiatría.com*, de entre los presentados al **XII Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis 2011**.

Cite este artículo de la siguiente forma (estilo de Vancouver):

Sánchez Lorenzo I, Cantero Fernández B. Cuando las voces se hacen amables.... *Psiquiatría.com* [Internet]. 2011 [citado 01 Sep 2011];15:30. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10401/4346>