



TÉCNICA DE ENTRENAMIENTO EN ATENCIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA

LUCÍA DÍAZ-RODRÍGUEZ, CARLOS CUEVAS-YUST y JOSÉ M. IZQUIERDO-GARCÍA

Unidad de Rehabilitación de Salud Mental, Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, Sevilla

Resumen: El objetivo de nuestro trabajo es presentar la aplicación de la *técnica de entrenamiento en atención (attention training technique, ATT; Wells, 1990)* a las alucinaciones auditivas de personas con diagnóstico de esquizofrenia. Se exponen las bases teóricas de la técnica y se comentan los ámbitos de aplicación de la misma con los principales resultados obtenidos hasta la fecha. Se incorpora, igualmente, una descripción del procedimiento de aplicación tanto general como específico en su adaptación a la esquizofrenia. Finalmente, se discuten las bondades de la técnica, su aplicabilidad/idoneidad y sus implicaciones clínicas.

Palabras clave: Entrenamiento en atención; tratamiento; esquizofrenia; alucinaciones auditivas.

The attention training technique for the treatment of schizophrenia

Abstract: The purpose of our work is to present the application of the *attention training technique (ATT; Wells, 1990)* for auditory hallucinations in people with a diagnosis of schizophrenia. We expose the theoretical bases of the technique and comment on the scopes of its application, and the main results obtained until today. A description of the intervention procedure is included, both in general as well as the specific adaptation for schizophrenia. Finally, we discuss the advantages, applicability/suitability and the clinical implications of the technique.

Keywords: Attention training; treatment; schizophrenia; auditory hallucinations.

INTRODUCCIÓN

Las experiencias psicóticas como los delirios y las alucinaciones no son exclusivas de las personas con trastorno mental grave; así, existen estudios que muestran su presencia en poblaciones no clínicas (por ejemplo, Obiols, Barragán, Vicens y Navarro, 2008). Por otra parte, signos y síntomas semejantes (y de menor intensidad) a los de la esquizofrenia caracterizan a la esquizotipia, la cual, junto a otras variables emocionales y socio-ambientales, podría contribuir como marcador de vulnerabilidad a dicho trastorno (Muela, García-León y Jiménez, 2007).

En el ámbito clínico estas experiencias son más intensas y permanentes y suelen ir acom-

pañadas de perturbación emocional y limitaciones en el funcionamiento personal, aspectos que justificarían la aplicación de un tratamiento oportuno. A pesar de los intentos pioneros de Beck (1952) y de Lindsley (1959) de abordaje de los delirios y las alucinaciones auditivas desde un paradigma cognitivo y operante, respectivamente, las intervenciones de corte psicológico no hicieron su aparición en el escenario de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos hasta dos décadas más tarde. Desde los años 70 hasta la actualidad se han publicado varios estudios de casos en los que se demuestra la aplicabilidad de dichas intervenciones en personas con síntomas psicóticos resistentes al tratamiento farmacológico. Pero no ha sido hasta las décadas de los años 80 y 90 cuando, gracias a la realización de estudios experimentales, se le ha reconocido a la psicología un lugar, conseguido por derecho propio, desde el

Recibido: 18 agosto 2009; aceptado 16 marzo 2010.

Correspondencia: Lucía Díaz Rodríguez, Apartado de Correos 1157, 18080 Granada, España.
Correo-e: ludiazr@correo.ugr.es

que hacer su propio “discurso” en el tratamiento de la psicosis.

Desde entonces, han sido muchas, y muy variadas, las intervenciones propiamente psicológicas que se han propuesto para el tratamiento de las alucinaciones auditivas y de los delirios en personas con diagnóstico de esquizofrenia u otros trastornos psicóticos. Entre ellas se encuentran la *psicoeducación* (Falloom, Laporta, Fadden y Graham-Hole, 1993; Tarrier y Barrowclough, 1995); la *normalización racional* (Kingdon y Turkington, 1994; Romme y Escher, 1999/2005); la *potenciación de las estrategias de afrontamiento* (Fowler y Morley, 1989; Yusupoff et al., 1996; Yusupoff y Haddock, 1998; Yusupoff y Tarrier, 1996); la *focalización en las voces* (Haddock, Bentall y Slade, 1993; Haddock et al., 1996; Persaud y Marks, 1995); y, por último, la *reestructuración cognitiva*, bien del contenido de las voces (Chadwick y Lowe, 1990; Beck y Rector, 2005), bien de las creencias metacognitivas que desarrolla el sujeto sobre las mismas (Morrison, 2001).

La mayoría de las intervenciones señaladas se utilizan (conjuntamente, o por separado) dentro del contexto de la terapia cognitivo conductual (TCC), que ha mostrado su eficacia a la hora de reducir la angustia asociada a las alucinaciones auditivas y a las creencias delirantes, así como el grado de convicción en las segundas, en personas con síntomas psicóticos resistentes al tratamiento farmacológico, pero sin que ello haya tenido un efecto directo demostrado en la mejora del funcionamiento social —si bien es cierto que lo facilita, en combinación con otras intervenciones rehabilitadoras—. Por otro lado, aún no se han establecido los componentes específicos del tratamiento ni los mecanismos concretos de actuación responsables de la mejoría clínica (Perona-Garcelán, Cuevas-Yust y Martínez-López, 2003).

Recientemente, viene apareciendo documentada la aplicación de una técnica novedosa al tratamiento de las alucinaciones auditivas. Se trata de la *técnica de entrenamiento en atención* (*attention training technique*, ATT; Wells, 1990). Hasta la fecha, las técnicas atencionales utilizadas en personas con diagnóstico de esquizofrenia se han centrado exclusivamente en

la mejora de la sintomatología negativa y, más concretamente, del déficit atencional que, se sabe, acompaña a la misma (Suslow, Schonauer y Arolt, 2001) con el objetivo de conseguir mejoras consecuentes en el funcionamiento social y en la calidad de vida. La ATT, en cambio, va dirigida tanto a la mejora del funcionamiento social, como a la reducción de la sintomatología positiva y del estrés asociada a la misma (Wells, 2007). En este sentido, y debido a la escasez general de técnicas estrictamente psicológicas que permitan abordar con éxito las diferentes áreas de sintomatología psicótica, se presenta como una opción de tratamiento novedosa y prometedora.

DESCRIPCIÓN Y FUNDAMENTACIÓN DE LA TÉCNICA

La ATT fue originalmente desarrollada por Wells (1990) como un componente más —antes que como una técnica de intervención independiente— dentro de su ya conocida concepción metacognitiva de los trastornos mentales. Desde este marco y, más concretamente, desde la teoría de la función ejecutiva autorreguladora (*self-regulatory executive function*, S-REF), Wells y Matthews (1994) proponen que un patrón de pensamiento inadecuado y que ellos denominan “síndrome cognitivo atencional” (*cognitive attentional syndrome*, CAS) sería el responsable de la aparición y mantenimiento de los trastornos psicológicos.

El CAS consistiría en pensamientos perseverativos en forma de preocupación/rumiación, en la utilización de estrategias atencionales de monitorización de la amenaza, en una pérdida de la capacidad y de la eficiencia cognitiva y en el uso de estrategias de afrontamiento que fracasan a la hora de proporcionar experiencias de aprendizaje correctivas, aspectos todos ellos que conducen, en conjunto, al fracaso en la autorregulación de la función ejecutiva. La hiperreflexividad (atención excesiva e inflexiblemente autodirigida) sería el marcador que pondría de manifiesto la activación del CAS.

Según los autores, dicho síndrome estaría sustentado por creencias de tipo metacognitivo (creencias sobre el pensamiento propio). Por

ejemplo, la creencia de que la preocupación/rumiación es beneficiosa para el afrontamiento (“si me preocupo, estaré preparado”), la creencia de que la hipervigilancia del peligro es una forma de permanecer a salvo (“si detecto síntomas, podré conseguir ayuda a tiempo”), o la creencia de que es deseable controlar ciertos pensamientos, por el peligro o significado atribuido a los mismos (“debo controlar mis pensamientos o me volveré loco”).

En el caso concreto de las alucinaciones auditivas, éstas (en tanto que “pensamientos escuchados”) se conceptualizan, igualmente, desde la teoría S-REF, como el resultado de un sistema de metacogniciones alterado (concepción que podemos considerar pionera de la que ha propuesto más recientemente Morrison, 2001). Según Wells y Matthews (1994), teniendo en cuenta que el hecho de *escuchar voces* es una experiencia relativamente común en la población no clínica, serán las creencias metacognitivas (el significado atribuido a la misma) las que determinen el tipo de estrategias seleccionadas por el individuo para afrontar dicha experiencia, siendo la activación del CAS una de las posibles consecuencias de este hecho. Así, una persona cuyas metacogniciones le lleven a interpretar negativamente la experiencia de *oír voces*, vivirá las mismas de forma amenazante, implicándose activamente en preocupaciones y rumiaciones sobre ellas, en la monitorización permanente de sus eventos cognitivos en un intento de detectar, prematuramente, la aparición de las *voces*, y en estrategias de afrontamiento contraproducentes (p.ej., intentar suprimir dichos fenómenos). Una vez activado el CAS, éste actuaría manteniendo tanto la experiencia de *oír voces* como la disforia que acompaña a la misma.

La ATT surge, precisamente, dentro del contexto que acabamos de describir, con el objetivo de modificar la auto-focalización de la atención típica del CAS, interrumpiendo la preocupación/rumiación, proporcionando un incremento del control ejecutivo sobre el procesamiento de la información e incrementando el flujo de nueva información correctiva para facilitar el cambio de creencias. La finalidad última es conseguir que el sujeto pueda guiar más adaptativamente sus procesos cognitivos

bajo condiciones de estrés. En este sentido, comparte similitudes importantes con el “entrenamiento en atención selectiva”, que es un procedimiento desarrollado por Hatashita-Wong y Silverstein (2002) que utiliza la tarea de escucha dicótica para conseguir que los sujetos aprendan a retirar la atención de sus alucinaciones y a focalizarla, alternativamente, en estímulos relevantes del medio, eliminando, de esta manera, la interferencia producida por aquéllas.

APLICACIÓN DE LA TÉCNICA A LA ESQUIZOFRENIA

La ATT ha sido aplicada, desde su aparición, a diversos trastornos psicológicos, entre los que se incluyen el trastorno de pánico, las fobias social y dental, la hipocondría, la ansiedad generalizada y el trastorno depresivo mayor recidivante, y existen datos preliminares que sugieren que podría ser efectiva en el tratamiento de los mismos (Reichelt, 2000; Wells, 2007). Además, Valmaggia, Bouman y Schuurman (2007) han realizado y descrito la única aplicación que existe hasta la fecha de la ATT a la esquizofrenia y, más concretamente, a un varón que presentaba alucinaciones auditivas refractarias al tratamiento farmacológico. A continuación se expone el caso, junto con los principales resultados que se obtuvieron.

Mark, de 25 años, escuchaba tres voces de forma ininterrumpida, todas fuera de su cabeza. El contenido de las mismas era desagradable ya que hacían comentarios negativos sobre su comportamiento (“lo estás haciendo mal”) y sobre su autoconcepto (“eres un fracaso”, “todo el mundo te está mirando”). Se sentía estresado por sus voces y percibía ausencia de control sobre las mismas. Desde que sus síntomas aparecieron por primera vez cuatro años antes, había probado distintos tipos de antipsicóticos (olanzapina, risperidona y clozapina), así como de antidepresivos, sin responder, de forma satisfactoria, a ninguno de ellos. Durante uno de sus ingresos en el hospital, recibió dieciséis sesiones de TCC más cuatro de refuerzo. Tras la misma, Mark refirió seguir escuchando voces, aunque reconociendo, a la vez, percibir un

mayor grado de control sobre su enfermedad gracias a la terapia. Debido a que seguía existiendo una importante limitación funcional de la sintomatología (la ansiedad reactiva a la escucha de voces era de tal magnitud que imposibilitaba la participación de Mark en conversaciones y actividades significativas), se optó por reintroducir la TCC, pero enriqueciéndola en esta segunda ocasión con la ATT como un componente más del paquete de tratamiento habitualmente aplicado. (Véase más adelante el procedimiento de intervención utilizado).

Los resultados apoyaron la idoneidad de esta aplicación combinada de técnicas, observándose, tras la misma, una modificación significativa en distintas dimensiones de las voces y una mejoría considerable del funcionamiento social (Valmaggia et al., 2007). La medida que se utilizó para evaluar los efectos del tratamiento fue la subescala de alucinaciones auditivas de la escala para la valoración de los síntomas psicóticos (Psychotic Symptom Rating Scale, PSYRATS; Haddock, McCarron, Tarrier y Faragher, 1999). Dicha subescala consta de 11 ítems que valoran diferentes dimensiones de las voces, a saber: frecuencia, duración, localización, volumen, creencias acerca del origen de las voces, cantidad y grado de contenido negativo, cantidad e intensidad de la angustia generada por ellas, interferencia en la vida diaria provocado por las voces y control percibido sobre las mismas. Los ítems deben ser respondidos en una escala ordinal de 5 puntos (de 0 a 4) donde las puntuaciones altas reflejan una mayor severidad de los síntomas. El sujeto debe centrarse, para responder, en lo experimentado, exclusivamente, durante la última semana.

Antes de la aplicación del tratamiento combinado (ATT con TCC), Mark obtuvo una puntuación global de 32 en la subescala referida, puntuación que los autores (ver Haddock et al., 1999) consideran alta. Mark informó de que escuchaba tres voces, dos masculinas y una femenina. Las voces aparecían continuamente, o casi continuamente, y permanecían durante cuatro horas. Mark las situaba fuera de su cabeza y consideraba que sonaban menos que su propia voz. Con respecto al origen de las mismas, refirió que anteriormente solía pensar que

pertenecían a personas que querían dañarlo de alguna forma, pero que después de haber participado en el tratamiento cognitivo-conductual (aplicado de forma aislada), consideraba que eran fenómenos internamente generados. Informó de que el contenido de las voces era, en su mayor parte, de carácter negativo y desagradable ya que implicaba comentarios negativos sobre su comportamiento y autoconcepto. Refirió un grado moderado de angustia asociada a las voces y una interferencia también moderada de éstas en su vida (concretamente, relataba dificultades para concentrarse en el trabajo, para salir con sus amigos y para participar activamente en las conversaciones). No percibía, finalmente, tener control para producirlas ni para terminar con ellas cuando aparecían.

Tras la aplicación del tratamiento, Mark obtuvo una puntuación global de 18 en la subescala. Informó de que escuchaba sólo dos voces, una masculina y otra femenina y de que éstas aparecían una vez por hora, sin que dicha aparición implicara su permanencia. De hecho, refirió que la duración de las mismas había disminuido significativamente y que ahora sólo las experimentaba durante breves segundos y no de forma continua como antes. Ni la localización ni el volumen atribuido a las voces se había modificado. Tampoco se registraron cambios en la valoración del origen de las mismas. En el contenido de las voces, en cambio, si se produjeron modificaciones significativas, de manera que ahora sólo eran ocasionalmente desagradables y sólo comentaban su comportamiento, pero no su autoconcepto. Mark informó, igualmente, de una disminución importante en el grado de angustia asociada a las mismas, así como en el de interferencia producida en su vida diaria. Consideraba que su capacidad para retirar la atención de las voces le estaba permitiendo implicarse en actividades fuera de casa y resaltó que tanto su trabajo como sus relaciones sociales habían mejorado significativamente como consecuencia de estar siendo menos distraído por las alucinaciones. Finalmente, percibía un mayor control sobre las voces, considerándose capaz de evocarlas y de disminuirlas de acuerdo a su deseo. En la Figura 1 presentamos un resumen de los resultados obtenidos.

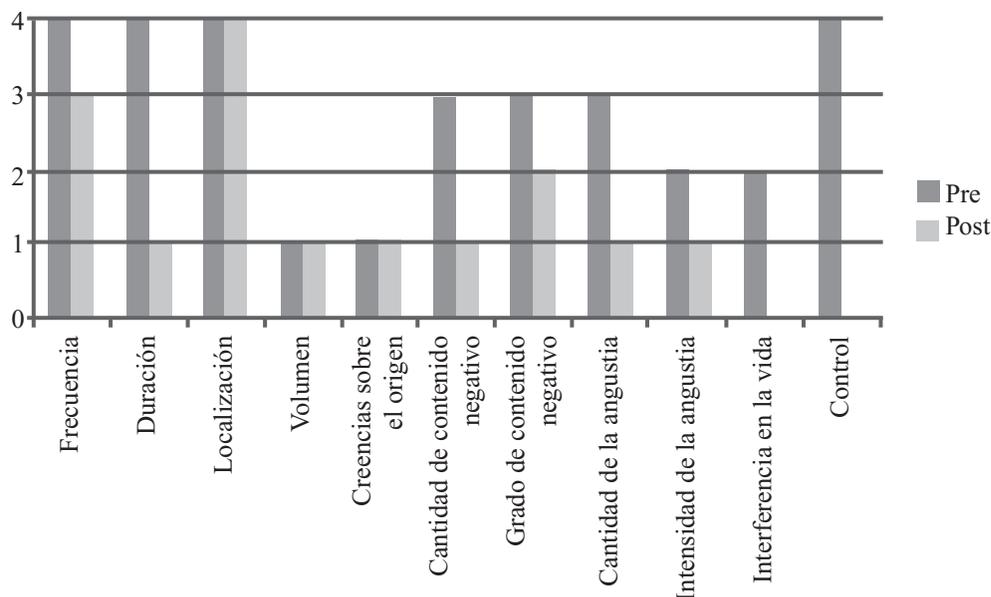


Figura 1. Puntuaciones pre- y post-tratamiento en los ítems de la subescala de *alucinaciones auditivas* de la Psychotic Symptom Rating Scale (adaptado de Valmaggia et al., 2007).

A los dos meses de seguimiento, Mark seguía manteniendo la mejoría y la frecuencia de las *voces* se había decrementado incluso más que inmediatamente después de finalizado el tratamiento. A los seis meses persistía, igualmente, la mejoría. Las *voces* aparecían sólo esporádicamente y Mark ya no se sentía afectado por ellas. Continuaba trabajando y se encontraba buscando un piso donde poder vivir de forma independiente.

DESCRIPCIÓN Y APLICACIÓN DE LA TÉCNICA PASO A PASO

La ATT consta de tres componentes que se entrenan por separado y que son: atención selectiva, atención alternante y atención dividida. El procedimiento dura aproximadamente doce minutos y se divide de la siguiente manera: cinco minutos para la atención selectiva, otros cinco para la atención alternante y dos para la atención dividida (en ese orden).

En el caso de la atención selectiva, el objetivo es guiar la atención a sonidos individuales entre un conjunto de sonidos competidores si-

tuados en distintas localizaciones del ambiente. La instrucción que se le da al sujeto es la de que focalice toda su atención en determinados sonidos, resistiendo la distracción del resto (ver Welss, 2008):

Me gustaría que miraras fijamente al punto situado en la pared. Intenta mantener la mirada fija ahí durante la realización del ejercicio. Te voy a pedir que focalices la atención en diferentes sonidos dentro y fuera de la habitación. Y te pediré que lo hagas de diferentes maneras. No importan los pensamientos y sentimientos que vengan a tu cabeza. El objetivo es practicar la focalización de la atención; no importa lo que se te venga a la mente.

Para empezar, focaliza la atención en el sonido de mi voz (Sonido 1). Mantén tu atención en ese sonido. No importan otros sonidos. Intenta dirigir toda tu atención al sonido de mi voz. Ignora el resto de sonidos alrededor tuya. Es posible que los estés escuchando, pero intenta dirigir toda tu atención al sonido de mi voz. Focaliza tu atención sólo en el sonido de mi voz. No importa el resto de sonidos. Céntrate sólo en ese sonido.

Ahora centra tu atención en el sonido que hago al golpear la mesa (S2). Mantén tu atención

fija en ese sonido, ningún otro sonido importa (pausa). Intenta dedicar toda tu atención al sonido de golpeteo en la mesa (pausa). Mantente focalizado en el sonido de golpeteo en la mesa (pausa). Si tu atención se ve interrumpida o es capturada por otro sonido, refocalízala en el sonido de golpeteo en la mesa (pausa). Ningún otro sonido importa. Dedicale a este sonido toda tu atención (pausa). Continúa focalizado en este sonido y si te distraes refocaliza tu atención en él (pausa).

Ahora céntrate en el sonido que hacen las agujas del reloj (S3) (pausa). Centra tu atención en ese sonido, ningún otro sonido importa (pausa). Intenta dedicarle toda tu atención al sonido del reloj (pausa). Mantente focalizado en el sonido de las agujas del reloj (pausa). Si tu atención se ve interrumpida o es capturada por otro sonido, refocalízala en el reloj (pausa). Ningún otro sonido importa. Dedicale a este sonido toda tu atención (pausa). Continúa focalizado en este sonido y si te distraes refocaliza tu atención en este sonido tan pronto como puedas (pausa).

Ahora focaliza tu atención en los sonidos que te llegan desde fuera de esta habitación, pero cerca. Céntrate en el espacio que hay fuera y detrás tuya (S4). Centra tu atención en ese espacio e intenta detectar los sonidos que ocurran allí —si aparecen sonidos específicos, el terapeuta dirige la atención a ellos—. Incluso si no aparecen sonidos, mantén tu atención en ese espacio. Intenta dedicarle toda tu atención a ese espacio (pausa). Mantente focalizado en los sonidos que pudieran ocurrir allí (pausa). Si tu atención se ve interrumpida o es capturada por cualquier otro sonido, refocalízala en ese lugar. Ningún otro sonido importa. Dedicale toda tu atención a ese lugar y a lo que podrías escuchar en él. Continúa focalizado en ese espacio y si te distraes, refocaliza tu atención en él (pausa) (pp. 61 y 62).

En el caso de la atención alternante, lo que se pretende es que la persona sea capaz de alternar la atención entre distintos sonidos y localizaciones espaciales. Al principio de esta fase se dedican diez segundos a cada uno de los sonidos y, posteriormente, sólo cinco (ver Welss, 2008):

Ahora que has identificado distintos sonidos y localizaciones, y practicado la focalización en ellos, voy a pedirte que alternes rápidamente tu atención entre ellos cuando yo te lo diga (pausa). Primero, focaliza tu atención en el sonido de golpeteo en la mesa (S2), ningún otro sonido impor-

ta (pausa). Moviliza tu atención y focalízala en lo que podrías escuchar detrás de ti y a corta distancia (S4) (pausa). Centra tu atención en (S4), ningún otro sonido importa. Ahora moviliza tu atención a (S7), ningún otro sonido importa (pausa). Moviliza tu atención al sonido del reloj (S3) (pausa). Ahora, cambia, y focaliza tu atención en el sonido de golpeteo en la mesa (S2) (pausa). Ahora céntrate en (S6) (pausa), ahora en (S5) (pausa), (S4)..., (S2)..., (S3)..., etcétera (p. 62).

La ATT finaliza con uno o dos minutos dedicados, como señalamos más arriba, a la atención dividida, donde se pide expandir la amplitud y profundidad de la atención de manera que se pueda atender a múltiples sonidos y localizaciones espaciales simultáneamente (ver Welss, 2008):

Finalmente, me gustaría que expandieras tu atención. Ampliáala y profundiza todo lo que te sea posible. Intenta captar todos los sonidos de todas las localizaciones que hemos identificado al mismo tiempo. Intenta centrarte en todos los sonidos, tanto dentro como fuera de la habitación, al mismo tiempo (pausa). Cuenta el número de sonidos que puedes escuchar al mismo tiempo (pausa). Intenta escucharlos todos simultáneamente. Cuenta el número de sonidos que puedes escuchar de esta manera.

Así concluimos el ejercicio. ¿Cuántos sonidos fuiste capaz de escuchar al mismo tiempo? (pp. 62 y 63).

El punto de partida implica el uso de un mínimo de seis sonidos. Algunos de ellos son sonidos potenciales en el sentido de que son operacionalizados como simples localizaciones espaciales, pudiendo, por tanto, no aparecer durante la práctica del ejercicio. Por ejemplo: se le puede pedir a la persona que focalice su atención en cualquier sonido que aparezca en la parte derecha de su cabeza; en este caso, la atención estaría focalizada en una localización espacial, con independencia de la ocurrencia o no de sonidos detectables en dicho espacio durante la práctica.

Lo habitual es que se utilice un mínimo de tres sonidos competidores dentro de la consulta (por ejemplo: el sonido del reloj, el chasquido del bolígrafo y el ruido del ordenador), dos fuera de la consulta pero a corta distancia —

esto es: fuera de la consulta pero dentro del edificio— (por ejemplo: el sonido de pasos en el pasillo) y dos a larga distancia —fuera del edificio— (por ejemplo: el ruido de los coches).

La dificultad de los ejercicios va aumentando progresivamente, de forma paralela a la manifestación de destreza en la realización de los mismos. La dificultad se gradúa a través del número de sonidos utilizados (entre seis y nueve) y a través de la velocidad de la alternancia atencional en la fase homónima de la técnica.

Un componente fundamental de la ATT es la práctica en casa. Normalmente, se le pide a la persona que realice el entrenamiento dos veces al día durante doce minutos aproximadamente, siguiendo la misma secuencia practicada en la sesión. Se dispone de una “Hoja-Resumen” protocolizada que se entrega como recordatorio de cómo realizar la práctica, dedicando el tiempo necesario, en el espacio de la primera sesión, a la aclaración de dudas relacionadas con la misma.

Hasta aquí hemos descrito el procedimiento general de aplicación de la técnica. No obstante, debido a las dificultades de concentración y memoria, así como para iniciar comportamientos, que manifiestan las personas con diagnóstico de esquizofrenia (Wykes y Van der Gaag, 2001), la aplicación de la ATT a las mismas requiere algunas adaptaciones de la versión original. En concreto, se sabe, por la experiencia clínica, que el número de sonidos debe ser limitado a tres o cuatro y que los ejercicios atencionales deben ser introducidos de uno en uno en las diferentes sesiones de entrenamiento.

A continuación se recoge, de forma pormenorizada, cómo se llevaría a cabo la aplicación de la técnica en el caso de personas con dicho diagnóstico. Se describe, con este fin, el procedimiento tal y como lo utilizaron Valmaggia y su equipo en su trabajo con su paciente Mark (Valmaggia et al., 2007).

Sesión 1

Para empezar, se administró la subescala de *alucinaciones auditivas* de la PSYRATS y, posteriormente, se entrevistó al paciente con el objetivo de identificar aquéllas situaciones en las que era más frecuentemente distraído por sus *voces*. Una vez identificadas dichas situa-

ciones, se presentó la justificación racional de la ATT. En este sentido, se le explicó a Mark que su tendencia a focalizar la atención en las *voces* incrementaba su angustia y dificultaba sus patrones de pensamiento, facilitando la atribución (errónea) de dichos fenómenos a fuentes externas. Se le planteó que una forma de reducir su nivel de angustia era disminuyendo la cantidad de atención que le prestaba a las *voces* y que ello podía lograrse aprendiendo a controlar el foco de su atención a través de la ATT. Conseguido su consentimiento, se le pidió que durante la semana siguiente prestara atención a los sonidos que había dentro y en torno a su habitación, con el objetivo de poder utilizarlos posteriormente en el entrenamiento. Esta consigna se le facilitó, igualmente, por escrito. Se le entregó también un cuaderno de trabajo donde se recogían las instrucciones que debía seguir para realizar sus observaciones y una versión resumida de la justificación del tratamiento.

Sesión 2

Comenzó con una exposición de la agenda de ese día (revisión de las tareas para casa y del cuaderno de trabajo y comienzo del entrenamiento) que fue posteriormente registrada en el cuaderno del paciente.

Mark informó de que había identificado dos sonidos que podían ser útiles: el tic-tac de su despertador y el ruido de la carretera que había cerca de su casa. También comunicó que había estado experimentando espontáneamente con los mismos en la última semana y que había notado una reducción en el volumen de las *voces* cuando se concentraba en dichos sonidos.

A continuación se introdujo el entrenamiento. Se le pidió a Mark que focalizara su atención solamente en un sonido de la habitación. Para trabajar con un estímulo similar al que Mark utilizaba en casa, y facilitar así la generalización, se eligió el sonido del reloj de pared. El terapeuta iniciaba la práctica diciéndole al paciente: “¡FOCO FUERA!” y entonces Mark tenía que focalizar su atención en el sonido del reloj durante quince segundos; después, descansaba 5 segundos. Esta secuencia se repetía tres veces. El terapeuta conseguía feedback de Mark pidiéndole que valorara cómo de bien había

conseguido focalizar su atención en el estímulo seleccionado. La puntuación ofrecida por el paciente podía oscilar entre 0 (*nada*) y 10 (*muy bien*). El ejercicio fue repetido cinco veces más. Después de cada ensayo se le pedía que valorara la calidad de su focalización.

Tras la sesión se le pidió al paciente, como tarea para casa, que practicara seis secuencias de la ATT dos veces al día, todos los días, valorando la calidad de la focalización tras cada uno de los ejercicios.

Sesión 3

De nuevo, se empezó con una exposición de la agenda de la sesión y con la revisión de las tareas para casa. El terapeuta ofreció reforzamiento por la realización adecuada de las mismas y procedió al siguiente nivel de entrenamiento.

Se le pidió a Mark que focalizara su atención en dos sonidos diferentes, añadiendo como estímulo nuevo el sonido de la radio. Más concretamente, se le pedía que focalizara su atención en el sonido del reloj durante quince segundos, tras los cuales descansaba durante cinco; posteriormente, se le pedía que focalizara la atención en el sonido de la radio durante otros quince segundos y que descansara otros cinco. La secuencia fue repetida seis veces. E, igualmente, se le pidió que practicara en casa durante la siguiente semana.

Sesión 4

Se siguió el mismo esquema de siempre y, al revisar las tareas para casa, Mark informó de que había introducido voluntariamente un tercer sonido durante la práctica: el de la televisión.

Se le reforzó el cumplimiento de las tareas y se continuó con el tratamiento.

En un primer momento, se le pidió que focalizara la atención en tres sonidos de la habitación (reloj, radio y sonido del ordenador – como equivalente al de la televisión, usado en el domicilio-) y, posteriormente, se añadió un sonido del exterior (gente hablando y caminando). La consigna que se le daba al paciente era la de que intentara alternar su atención entre dichos sonidos. Como siempre, se le pidió también que rellenara el auto-registro sobre la calidad de la focalización.

La tarea para casa consistió en la práctica con los sonidos equivalentes a los utilizados en la sesión, esto es, con el reloj, la radio y la televisión, y con el ruido de la carretera cercana a su domicilio.

Sesión 5

Al inicio de la sesión Mark refirió que, debido a que la práctica de los ejercicios había ido bien, había decidido añadir un quinto sonido pero que más tarde, al comprobar que eran demasiados y que no conseguía diferenciarlos, había vuelto a realizar la práctica con los cuatro sonidos acordados. El terapeuta lo reforzó, una vez más, por su habilidad para manejar y resolver la situación.

A continuación se procedió al entrenamiento de ese día. En esta ocasión, en vez de añadir más sonidos, la práctica consistía en alternar la atención entre las *voces* y los cuatro sonidos con los que se había trabajado anteriormente.

La tarea para casa consistió en la práctica de lo que se había ensayado en la sesión.

Sesiones 6 y 7

Tanto en una como en otra, Mark relató ejemplos acontecidos durante la semana anterior que ponían en evidencia su habilidad para alternar la atención entre diferentes sonidos. Refería que una mayor sensación de control sobre las *voces* le había permitido involucrarse en actividades fuera de casa, como acudir al trabajo o quedar con los amigos. También informó de que, aunque las *voces* seguían presentes, éstas eran mucho menos frecuentes e intrusivas. En consecuencia, el terapeuta y Mark acordaron dar por finalizado el tratamiento en una última sesión que tendría lugar dos semanas después.

Sesión 8

En esta sesión Mark informó de que no había continuado con la práctica de los ejercicios porque las voces habían seguido disminuyendo en frecuencia, intensidad y capacidad para generarle angustia. No obstante, señaló que cada vez que aparecían y le resultaban molestas, aplicaba lo aprendido durante la sesiones de entrenamiento y conseguía reducirlas.

La segunda parte de la sesión se utilizó para evaluar los efectos del tratamiento mediante una nueva aplicación de la subescala de “*alucinaciones auditivas*” de la PSYRATS.

Mark expresó su satisfacción por los resultados del tratamiento y el terapeuta le reforzó su grado de implicación en el mismo.

Se acordaron dos sesiones de seguimiento, a los dos y a los seis meses.

Sesiones de seguimiento

Se planificaron con la idea de abordar posibles dificultades que hubieran surgido tras la finalización del tratamiento, pero no fue necesario, ya que tanto a los dos como a los seis meses, la mejoría se mantenía y Mark seguía percibiéndose capaz de controlar el foco de su atención y de reducir, en consecuencia, el impacto de las *voces*.

Se dio, definitivamente, por finalizado el tratamiento.

COMENTARIOS FINALES

Tal y como hemos señalado a lo largo del artículo, existen evidencias —si bien éstas son, a todas luces, insuficientes hasta la fecha— que parecerían apoyar el uso de la ATT para el tratamiento de las alucinaciones auditivas. Así lo hemos visto al presentar el caso de Mark, en el que la técnica produjo una modificación significativa en distintas dimensiones de las *voces* y una mejoría considerable del funcionamiento social (Valmaggia et al., 2007). Ahora bien, desde nuestro criterio, ésta no debería ser aplicada de forma indiscriminada en todos los casos, sino sólo en aquéllos en los que existan alucinaciones auditivas que, o bien sean vividas con mucha ansiedad (por la relación establecida con ellas) (Valmaggia et al., 2007), y/o bien produzcan una interferencia importante en el funcionamiento psicosocial. En este sentido, consideramos que no debería ser la técnica de elección en el caso, por ejemplo, de alucinaciones de contenido positivo (o, más precisamente, en aquéllas que son vividas ego-sintónicamente por quien las padece) o que no interfieran, por la razón que sea, en el funcio-

namiento o la consecución de objetivos vitales significativos.

La importancia de valorar la idoneidad de la aplicación de la técnica en cada sujeto en concreto nos remite, directamente, a la necesidad de llevar a cabo una evaluación exhaustiva previa, a través del *análisis funcional de la conducta*, del mismo, con vistas a poder elaborar una *formulación del caso* que permita tomar decisiones razonables de cara a los objetivos a alcanzar y de las técnicas de tratamiento más pertinentes para ello. La relevancia de la formulación del caso como elemento directriz de las acciones a realizar en cada caso concreto está siendo reconocida por un número cada vez mayor de autores, entre los que se encuentran Brabban y Turkington (2002), Chadwick, Williams y Mackenzie (2003); Cuevas-Yust y Perona-Garcelán (1995); Tarrier, (2002; 2006); Tarrier y Calam (2002) y Tarrier y Haddock (2002).

Gracias a la evaluación conductual (análisis funcional), que acabamos de comentar, aplicada al estudio de las alucinaciones auditivas, se ha podido conocer la funcionalidad diferencial de las mismas en los distintos casos que llegan a las consultas de salud mental. Así, mientras que para algunos sujetos las alucinaciones actúan aliviando la ansiedad de un pensamiento inaceptable o evitando que se entre en contacto con determinados acontecimientos desagradables del pasado, a otros les puede hacer sentir especiales o valiosos, contribuyendo, de esta manera, al aumento de su autoestima; las alucinaciones pueden, también, proporcionar comprensión en las dificultades y sentimientos experimentados por el sujeto en su día a día u ofrecer compañía a personas privadas de contactos sociales significativos; por último, pueden facilitar la consecución de reforzadores (por ejemplo: atención y cuidado por parte de otros) o evitar el afrontamiento de situaciones temidas por los sujetos (por ejemplo: establecer contactos sociales, desempeñar un trabajo, etcétera) (Langer y Cangas, 2007). Sólo en algunos de estos casos estará indicada la aplicación de la ATT, siendo en otros mucho más pertinente la aplicación de otro tipo de estrategias (a saber: la reestructuración cognitiva, intervenciones destinadas a la mejora de la autoestima, el entrenamiento en habilidades sociales o en resolución de problemas, técnicas de exposición, etcétera).

En cualquier caso, y a pesar de las bondades aparentes de la ATT en el tratamiento de, al menos, algunos tipos de alucinaciones auditivas, se hace necesario, de cara al futuro, una investigación más exhaustiva de la técnica, y que implique el uso de una metodología más rigurosa, de manera que se puedan clarificar algunas de las siguientes cuestiones:

(1) ¿Es la ATT igual de efectiva utilizada fuera del contexto de la TCC o necesita aplicarse en combinación con ésta? (Morrison, 2007). A pesar de la consideración de Wells de que la ATT se podría aplicar de forma independiente, sin perder eficacia (Wells, 1990), los datos de los que disponemos hasta la fecha parecen sugerir que la ATT incrementa los efectos de la TCC antes que tener un efecto por ella misma y que, en este sentido, debe ser considerada como un tratamiento coadyuvante de la segunda (Mohlman, 2004).

(2) ¿Cuáles son los componentes específicos de la técnica responsables de la mejoría clínica y cuál es el mecanismo de actuación de los mismos? (Cather, 2007).

(3) ¿Puede la ATT ser aplicada por un técnico entrenado o necesita la dirección y manejo de un especialista en Psicología Clínica? Hatashita-Wong y Silverstein (2002) consideran que una de las principales ventajas de la técnica que ellos proponen para el tratamiento de las alucinaciones auditivas (a saber, el *entrenamiento en atención selectiva*), es que puede ser aplicada por un técnico, en contraposición a la necesidad de la TCC de contar, para su correcta implementación, con un especialista en psicología clínica. Nosotros consideramos que, con independencia, del carácter aparentemente mecánico de aplicación del entrenamiento en atención selectiva y de otras técnicas relacionadas (como viene a ser la ATT), debería ser siempre un especialista en psicología clínica el encargado de dirigir la aplicación de las mismas. Creemos que sólo una persona con la formación relevante en el terreno a que hacemos referencia, y siempre dentro del marco de evaluación personalizada que señalábamos antes, podrá darle sentido a una intervención de carácter necesariamente puntual, valorando los progresos y dificultades evidenciadas por el sujeto

durante la aplicación de la técnica en el contexto más amplio de sus manifestaciones clínicas y personales genuinas; permitiendo, además, realizar los reajustes necesarios durante la intervención, de manera que se optimice siempre la consecución de los objetivos clínicos derivados de la *formulación del caso*.

(4) ¿Es viable el uso de la ATT desde los dispositivos ambulatorios del sistema sanitario público? Teniendo en cuenta que la aplicabilidad de la ATT requiere de la existencia de unas coordenadas espacio-temporales que permitan realizar un trabajo intensivo y continuado con la persona objeto de la intervención, está por determinar si las características de la atención ambulatoria que ofrece nuestro actual sistema sanitario público se acoplan o no a dichos requerimientos, siendo dicho análisis primordial de cara a poder valorar si se produce (o no), en última instancia, el paso de la eficacia demostrada de la técnica a la efectividad que le da sentido.

(5) ¿Podría la ATT ser aplicable, además de a las alucinaciones auditivas, al tratamiento del estrés y la incapacidad asociados a otras experiencias psicóticas (por ejemplo, el paranoidismo)? Desde los postulados del moderno paradigma metacognitivo, se conceptualiza la paranoia como el resultado de una serie de creencias (metacognitivas) que enfatizan la utilidad de la desconfianza interpersonal como estrategia útil de supervivencia, destacando la monitorización constante del entorno en busca de señales de amenaza como uno de los principales factores de mantenimiento del trastorno (Morrison et al., 2005). Teniendo en cuenta que la ATT interrumpe la hipervigilancia, promoviendo la retirada de atención de las señales de amenaza del entorno y su focalización, alternativa, en estímulos funcionalmente relevantes, cabe pensar que su aplicación a personas con sintomatología paranoide podría repercutir, positivamente, en el estado psicológico de las mismas, disminuyendo la ansiedad que acompaña al trastorno y mejorando el funcionamiento psicosocial de los sujetos.

Futuras investigaciones sobre la ATT y otras técnicas psicológicas de tratamiento integral de la sintomatología psicótica permitirán

sin duda mejorar la calidad de vida de las personas que sufren de esta compleja alteración psicopatológica.

REFERENCIAS

- Brabban, A., y Turkington, D. (2002). The search for meaning: Detecting congruence between life events, underlying schema and psychotic symptoms. En A. Morrison (Ed.), *A casebook of cognitive therapy for psychosis* (pp. 59-76). Hove, UK: Brunner-Routledge.
- Beck, A. (1952). Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt. *Psychiatry*, 15, 305-312.
- Beck, A. y Rector, N. (2005). Cognitive approaches to schizophrenia: theory and therapy. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 577-606.
- Cather, C. (2007). Attention Training: A Novel Treatment Approach to Auditory Hallucinations. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 139-141.
- Chadwick, P. y Lowe, C. (1990). Measurement and modification of delusional beliefs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 225-232.
- Chadwick, P., Williams, C. y Mackenzie, J. (2003). Impact of case formulation in cognitive behavior therapy for psychosis. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 671-680.
- Cuevas-Yust, C., y Perona-Garcelán, S. (1995). Evaluación conductual de la esquizofrenia. *Apuntes de Psicología*, 43, 45-63.
- Falloon, I., Laporta, M., Fadden, G., y Graham-Hole, V. (1993). *Managing stress in families: Cognitive and behavioural strategies for enhancing coping skills*. London: Routledge.
- Fowler, D. y Morley, S. (1989). The cognitive-behavioural treatment of hallucinations and delusions: A preliminary study. *Behavioural Psychotherapy*, 17, 267-282.
- Haddock, G., Bentall, R. y Slade, P. (1993). Psychological treatment of chronic auditory hallucinations: Two case studies. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 21, 335-346.
- Haddock, G., Bentall, R., y Slade, P. (1996). Psychological treatment of auditory hallucinations: Focusing of distraction. En G. Haddock y P. Slade (Eds.), *Cognitive-behavioural interventions with psychotic disorders*, (pp. 45-70). London: Routledge.
- Haddock, G., McCarron, J., Tarrier, N., y Faragher, E. (1999). Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: The Psychotic Symptom Rating Scale (PSYRATS). *Psychological Medicine*, 29, 879-889.
- Hatashita-Wong, M. y Silverstein, S. (2003). Coping with Voices: Selective Attention Training for Persistent Auditory Hallucinations in Treatment Refractory Schizophrenia. *Psychiatry*, 66, 255-261.
- Kingdon, D. y Turkington, D. (1994). *Cognitive-behavioural therapy of schizophrenia*. Hove, UK, Erlbaum.
- Langer, A. y Cangas, A. (2007). Fundamentos y Controversias en la Diferenciación entre Alucinaciones en Población Clínica y Normal. *Terapia Psicológica*, 25, 173-182.
- Lindsley, O. (1959). Reduction in rate of vocal psychotic symptoms by differential positive reinforcement. *Journal of the Experimental Analysis of Behaviour*, 2, 269.
- Mohlman, J. (2004). Attention training as an intervention for anxiety: Review and rationale. *The Behavior Therapist*, 27, 37-41.
- Morrison, A. (2001). The interpretation of intrusions in psychosis: An integrative cognitive approach to hallucinations and delusions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 257-276.
- Morrison, A., Gumley, A., Schwannauer, M., Campbell, M., Gleeson, A., Griffin, E. y Gillan, K. (2005). The beliefs about paranoia scale: Preliminary validation of a metacognitive approach to conceptualising paranoia. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33, 153-164.
- Muela, J. A., García-León, A. y Jiménez, M. D. (2007). Relación de la esquizotipia psicométrica con variables emocionales y socioambientales. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12, 199-212.
- Obiols, J., Barragán, M., Vicens, J. y Navarro, J. (2008). Síntomas pseudo-psicóticos en adolescentes de la población general. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13, 205-217.
- Perona-Garcelán, S., Cuevas-Yust, C., y Martínez López, M. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces en delirios y alucinaciones. En M. Pérez, J. Fernández, C. Fernández, e I. Amigo (Eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces* (pp. 81-106). Madrid: Pirámide.
- Persaud, R. y Marks, I. (1995). A pilot study of exposure control of chronic auditory hallucinations in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 167, 45-50.
- Reichelt, F. (2000). *Comparison of the attention training technique with relaxation in the treatment of dental anxiety*. Tesis doctoral no publicada. Departamento de Psicología Clínica. Universidad de Manchester.
- Romme, M. y Escher, S. (2005). *Dando sentido a las voces* (1ª ed). Madrid: Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otros trastornos. (Trabajo original publicado en 1999).
- Suslow, T., Schonauer, K. y Arolt, V. (2001). Attention training in the cognitive rehabilitation of schizophrenic patients: A review of efficacy studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103, 15-23.
- Tarrier, N. (2002). The use of coping strategies and self-regulation in the treatment of psychosis. En A. Morrison (Ed.), *A casebook of cognitive therapy for psychosis* (pp. 79-108). Hove, UK: Brunner-Routledge.

- Tarrier, N. (2006). A cognitive-behavioural case formulation approach to the treatment of schizophrenia. En N. Tarrier (Ed.), *Case formulation in cognitive behavior therapy: The treatment of challenging and complex clinical cases* (pp. 167-187). London: Routledge.
- Tarrier, N., y Barrowclough, C. (1995). Family intervention in schizophrenia and their long-term outcomes. *International Journal of Mental Health*, 24, 38-53.
- Tarrier, N., y Calam, R. (2002). New developments in cognitive-behavioural case formulation. Epidemiological, systemic and social context: An integrative approach. *Cognitive and Behavioural Psychotherapy*, 30, 311-328.
- Tarrier, N. y Haddock, G. (2002). Cognitive behavioural therapy of schizophrenia. En S. Hofmann y M. Thompson (Eds.), *Handbook of psychological treatment for severe mental disorders*. New York: The Guilford Press.
- Valmaggia, L., Bouman, T. y Schuurman, L. (2007). Attention Training With Auditory Hallucinations: A Case Study. *Cognitive and Behavioral Practice* 14, 127-133.
- Wells, A. (1990). Panic disorder in association with relaxation induced anxiety: An attentional training approach to treatment. *Behavior Therapy*, 21, 273-280
- Wells, A. (2007). The Attention Training Technique: Theory, Effects and a Metacognitive Hypothesis on Auditory Hallucinations. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 134-138.
- Wells, A. (2008). Attention Training Techniques. En A. Wells (Ed.), *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression* (pp. 56-70). London: The Guilford Press.
- Wells, A. y Matthews, G. (1994). *Attention y Emotion: A clinical perspective*. Hove. UK: Lawrence Erlbaum.
- Wykes, T., y Van der Gaag, M. (2001). Is it time to develop a new cognitive therapy for psychosis –Cognitive remediation therapy (CRT)? *Clinical Psychology Review*, 21, 1227-1255.
- Yusupoff, L., y Haddock, G. (1998). Options and clinical decision making in the assessment and psychological treatment of persistent hallucinations and delusions. En C. Perris y P. McGorry (Eds.), *Cognitive psychotherapy of psychotic and personality disorders: Handbook of theory and practice* (pp. 111-128). New York: Wiley.
- Yusupoff, L., Haddock, G., Sellwood, W., y Tarrier, N. (1996). Cognitive-behavioural therapy for hallucinations and delusions: Current practices and future trends. En P. Salkovskis (Ed.), *Trends in cognitive and behavioural therapies* (pp. 133-146). London: Wiley.
- Yusupoff, L., y Tarrier, N. (1996). Coping strategy enhancement for persistent hallucinations and delusions. En G. Haddock y P. Slade (Eds.), *Cognitive-behavioural interventions with psychotic disorders* (pp. 86-102). London: Routledge.