



## El síndrome de Charles Bonnet: alucinaciones visuales en personas mayores con discapacidad visual

P. Verstraten

**RESUMEN:** en 1760, el biólogo y filósofo suizo Charles Bonnet (1720-1793) describió por primera vez las alucinaciones que experimentó su abuelo, una persona de 89 años con discapacidad visual, psicológicamente normal. Una de cada seis o siete personas mayores con discapacidad visual se ve afectada por el síndrome de Charles Bonnet, es decir, tiene alucinaciones visuales benignas. En este artículo se analizan las características y sintomatología de este síndrome, y se destaca la importancia de una evaluación completa. Se presenta el desarrollo de un protocolo de evaluación multidisciplinar y se plantean algunas sugerencias sobre programas de intervención.

**PALABRAS CLAVE:** Psicología. Alucinaciones. Alucinación visual. Ancianos. Síndrome de Charles Bonnet.

**ABSTRACT:** *The Charles Bonnet Syndrome: not a rare phenomenon.* In 1760 the Swiss biologist and philosopher Charles Bonnet (1720-1793) first described the occurrence of visual hallucinations in his psychologically normal, visually impaired grandfather, who was 89 years of age. One out of every six or seven visually impaired elderly people has experiences with benign visual hallucinations. Characteristics of this Charles Bonnet Syndrome are discussed as well as the importance of thorough assessment. The development of a protocol for multidisciplinary assessment is discussed and some of the experiences with this work are shared. Suggestions for intervention are pointed out.

**KEY WORDS:** Psychology. Hallucinations. Visual hallucinations. Aged. Charles Bonnet Syndrome.

### INTRODUCCIÓN

Hasta hace poco tiempo se desconocía que, de vez en cuando, muchas personas ciegas y deficientes visuales ven cosas que realmente no existen. Se trata de alucinaciones visuales, lo que podría ser indicio de un problema psiquiátrico, si bien parece que este no es el caso en la mayor parte de estos ancianos dado que su funcionamiento mental es normal y que saben perfectamente que las cosas que ven no pueden ser reales. En tales casos, nos encontramos frente al síndrome de Charles Bonnet, que en la bibliografía internacional aparece mencionado, en forma abreviada, por las siglas CBS (Charles Bonnet Syndrome).

El objetivo de este artículo es el de informar (1) sobre las características del síndrome de Charles Bonnet (SCB): alucinaciones visuales benignas que se producen principalmente en ancianos

discapacitados visuales; (2) un protocolo que fue desarrollado en los Países Bajos en relación con el mencionado síndrome, y (3) algunas experiencias acumuladas con este trabajo hasta la fecha.

Como sucede con muchos síndromes, su nombre se debe al autor que lo describió por primera vez. En 1760, el filósofo suizo Charles Bonnet describió la aparición de intensas alucinaciones visuales en su abuelo de 89 años, un discapacitado visual psicológicamente normal.

### CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DE CHARLES BONNET

Aunque la primera descripción del síndrome se remonta al año 1760, no ha sido hasta hace 10 ó 15 años cuando Needham y Taylor (EE.UU) o Teunisse (Países Bajos) han realizado investigaciones en mayor profundidad sobre la materia. A

continuación se resumen algunos de los resultados de un gran estudio prospectivo realizado por Teunisse.

Los criterios de diagnóstico que utilizó para el Síndrome de Charles Bonnet son los descritos por Gold & Rabins (1989):

- presencia de alucinaciones visuales complejas;
- pleno reconocimiento de la naturaleza irreal de las alucinaciones;
- ausencia de alucinaciones en otras modalidades sensoriales;
- ausencia de engaños.

Las complejas alucinaciones se refieren a imágenes detalladas que casi son reales. Estas deben distinguirse de las llamadas alucinaciones elementales, como imágenes de estrellas, triángulos, cuadrados, bandas, etc. Alrededor del 40% de todas las personas con deficiencias visuales experimentan estas alucinaciones elementales.

También es necesario distinguir las alucinaciones de las ilusiones. En estos casos, objetos que son reales se perciben (por equivocación) como algo diferente. Desde luego esto puede sucederles también a las personas discapacitadas visuales, pero entonces no se trata de alucinaciones, ya que éstas no se refieren nunca a cosas realmente presentes. En el caso de una ilusión, el sujeto confunde, por ejemplo, un vaso con una cara o un perro con un niño jugando.

Un criterio importante para diagnosticar un Síndrome de Charles Bonnet es que la persona en cuestión es perfectamente consciente de que las alucinaciones visuales no tienen una base real. Dicha persona es perfectamente capaz de distinguir entre lo real y lo irreal. Las imágenes de estas alucinaciones visuales no producen sonidos. El razonamiento de tal persona tiene que considerarse normal. No hay pensamientos irreales ni que no puedan corregirse.

Hay situaciones en las que pueden producirse alucinaciones visuales complejas (plenamente reconocibles) como síntomas de otras enfermedades. En tales casos, estos pacientes deberán quedar excluidos del diagnóstico de Síndrome de Charles Bonnet. Este se aplica pues a:

- alucinaciones por viudedad (la persona ve imágenes de un ser querido que ha muerto durante el proceso de duelo por dicha pérdida);
- alucinaciones hipnagógicas o hipnopómpicas (alucinaciones que aparecen inmediatamente antes de dormirse o inmediatamente después de despertarse, respectivamente);

- alucinaciones como síntomas de ataques epilépticos o de migrañas;
- alucinaciones debidas al consumo de drogas alucinógenas;
- alucinaciones producidas en situaciones de estrés excepcionales o a trastornos de estrés postraumático.

Por supuesto, también deberán excluirse la demencia y el delirio.

En un grupo de 300 pacientes de baja visión, el síndrome se diagnosticó en el 5,1% de ellos en el rango de edad entre los 18 y los 64 años y en el 13,1% de los comprendidos entre los 65 años o más. Durante la exploración efectuada a los pacientes con baja visión de más edad, Teunisse encontró el síndrome en el 2,1% de las personas con una agudeza visual de más de 0,3 en el ojo con mejor corrección y en el 14,4 % de las personas de edad avanzada con una agudeza visual inferior a 0,3. Por tanto, parece que el Síndrome de Charles Bonnet es un fenómeno típico en personas ancianas discapacitadas visuales. Aproximadamente uno de cada 7 ancianos con discapacidad visual tiene la experiencia de estas alucinaciones visuales. Esta es una cifra mínima, porque otros estudios hablan de porcentajes aún más altos.

La duración de las alucinaciones del SCB puede variar desde unos pocos segundos a varias horas. Algunas personas tienen alucinaciones por SCB sólo una vez en su vida, mientras que otras las tienen durante al menos 20 años. La mayor parte de las personas tienen los ojos abiertos durante las alucinaciones y las imágenes suelen ser tan claras como las percepciones normales, o incluso más. Además, las imágenes tienen tanto color como puedan tener las imágenes normales.

Las alucinaciones pueden referirse a personas, animales, plantas, una gran variedad de objetos y a veces escenas completas. El contenido de la mayor parte de las alucinaciones parece ser muy trivial, aunque a veces es divertido, bonito, fantasmagórico o extraño. Una mujer me relató en una ocasión que todas las mañanas, a la hora de desayunar, veía dos cabezas de caballo que empezaban a besuquearse y que sus babas le caían sobre su comida. Como se puede imaginar, la mujer perdió el apetito. Estas alucinaciones son excepciones a la regla. Afortunadamente, la mayor parte de las alucinaciones por SCB no tienen nada de extraño.

El 72% de las personas con alucinaciones por SCB no sufren a causa de las alucinaciones, el 18% experimenta cierto malestar y el 10% expe-

rimenta una importante angustia. Esta angustia se debe a la frecuencia de las alucinaciones, a su duración o al contenido amenazador. Estas cifras se refieren a personas que ya han sido diagnosticadas de SCB. Sin embargo, muchas de ellas vacilan a la hora de hablar de sus alucinaciones. Temen que pueda existir un problema psiquiátrico o creen que estas alucinaciones son un signo de demencia inminente. Y con frecuencia, también les preocupa lo que puedan pensar de ellos los demás.

## **DESARROLLO DE UN PROTOCOLO PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA**

Yo trabajo como psicólogo en el departamento de adultos y personas mayores de un centro de rehabilitación para personas ciegas y deficientes visuales. Junto a uno de nuestros asistentes sociales y a psicólogos de instituciones similares, formamos un grupo de ámbito nacional que ha desarrollado un protocolo para la práctica clínica de nuestros centros de rehabilitación.

La necesidad de este protocolo queda aún más de manifiesto por los dos siguientes casos:

- Una vez, un compañero de nuestro departamento de información dijo: «Esta mañana he tenido otro Charles Bonnet. Así que le he dado a la señora un folleto sobre el SCB. Con ello se le quitará la ansiedad.» Afortunadamente, se le había hecho una cierta valoración psicológica, y parece que además de las alucinaciones producidas por el SCB, tal señora padecía también alucinaciones por viudedad y alucinaciones sin reconocimiento completo de su naturaleza irreal. De ese modo, pudimos enviarla a un psiquiatra.
- Otra señora que estaba bastante segura de que sus percepciones visuales no podían ser reales, habló de sus alucinaciones visuales a las enfermeras de la residencia de ancianos. Pero dichas enfermeras habían aprendido a seguir la corriente a los ancianos con alucinaciones y así lo hicieron en este caso. Dicha señora estaba casi convencida de que los pequeños deshollinadores tenían que ser reales, porque las enfermeras le dijeron que ¡ellas también los veían!

Nosotros desarrollamos pues un protocolo que constaba de cinco pasos:

- Detección (¿Pasa algo?)
- Valoración para el diagnóstico (¿Qué pasa?)
- Valoración para la intervención (¿Podemos nosotros hacer algo?)

- Intervención (¿Qué vamos a hacer?)
- Evaluación (¿Fue bien?)

Los objetivos de este protocolo son:

- Detección precoz y diagnóstico para evitar sufrimientos innecesarios o para buscar tratamiento adecuado;
- Desarrollo y aplicación de nuevos métodos de intervención.

## **Detección**

A veces los usuarios comunican las alucinaciones visuales de manera espontánea, aunque no es lo habitual. Esta es la razón por la que nuestro grupo de trabajo insiste en una pregunta estándar como: «¿Ve alguna vez imágenes de cosas que no están en ese momento allí?» Si la respuesta es «Sí», se comienza la primera fase de la valoración.

## **Valoración para el diagnóstico**

### **Comprobación**

En esta fase, cualquiera de nuestros compañeros del equipo de rehabilitación multidisciplinar puede hacer uso de una especie de lista de comprobación que nosotros llamamos *Síndrome de Charles Bonnet. Preguntas e información*. Los compañeros a los que me estoy refiriendo pueden ser colaboradores del departamento de información, profesionales de baja visión, rehabilitadores (terapeutas ocupacionales) o trabajadores/asistentes sociales. La lista a la que me refiero consiste en preguntas relacionadas con partículas flotantes, alucinaciones elementales como estrellas, rayas o destellos de luz, ilusiones, imágenes visuales y los criterios de diagnóstico básico del SCB. Al mismo tiempo, se informa también acerca de estos fenómenos. Se plantean también dos preguntas para obtener una primera impresión sobre la posible angustia.

Sólo cuando lo más probable sea que el usuario tenga un SCB y que no existe ningún tipo de angustia, puede ser suficiente con ofrecer información sobre el SCB. Pero incluso entonces, hay que ofrecerle la oportunidad de una evaluación psicológica para excluir otras posibles formas de alucinaciones visuales. En todos los demás casos, cuando exista alguna duda sobre el diagnóstico o incluso cuando sea muy probable que las alucinaciones visuales no entren dentro de los criterios del SCB, nuestro grupo de trabajo piensa que es necesario enviarlo al psicólogo del equipo de rehabilitación.

## Valoración psicológica

Mediante una entrevista estructurada y, a veces, pruebas psicológicas, el psicólogo puede evaluar los criterios de inclusión y también los de exclusión. Si fuera necesario, se puede consultar a un psiquiatra o un geriatra clínico, o bien pueden derivarse los clientes a estos especialistas en casos en los que el diagnóstico más probable no sea SCB.

## Valoración para la intervención

A la hora de la intervención, los factores etiológicos son muy importantes. Estos factores son posibles puntos de partida para la intervención, ya que por el momento no existe un verdadero tratamiento.

La edad avanzada y una escasa agudeza visual son los factores de riesgo de SCB reconocidos. La investigación de Teunisse demostró que otros factores de riesgo relevantes son:

- pérdida de energía;
- gran número de trastornos somáticos asociados;
- utilización de fármacos b-bloqueantes;
- soledad;
- escasa extroversión;
- timidez.

Como puede verse, existen factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales. Por tanto, nuestro protocolo se ha convertido en multidisciplinar después de atravesar una especie de cuello de botella psicológico.

## Intervención

Si es posible, y dependiendo de los hallazgos de las fases de evaluación, se pueden sugerir las siguientes intervenciones:

- mejora de la agudeza visual;
- mejora del estado físico;
- sustitución de medicamentos;
- psicoeducación;

Una de las intervenciones que nosotros desarrollamos fue el llamado grupo de psicoeducación para el SCB. Los objetivos son informar a los participantes sobre el SCB, tranquilizarles (especialmente en cuanto al hecho de que no se están volviendo locos) y enseñarles algunas técnicas con las que puedan lograr que desaparezcan las alucinaciones. Naturalmente, también se produce un intercambio de experiencias.

En la primera parte de la reunión, se ofrece información sobre las características del SCB, los factores etiológicos y las posibles intervenciones. En la segunda parte, los participantes intercambian sus experiencias. Hablan entre ellos de sus alucinaciones y de los trucos que ha encontrado cada uno para hacerlos desaparecer. La reunión tiene una duración total de dos o tres horas.

Tiene una estructura abierta. Cada reunión está estructurada de la misma forma, y los usuarios suelen participar sólo una vez, aunque alguno desea acudir a más de una reunión.

- enseñar a afrontar las alucinaciones emocionalmente;
- disminuir el aislamiento social;
- técnicas de relajación;
- técnicas para detener las alucinaciones:

Teunisse ha descrito técnicas para detener las alucinaciones que después han confirmado las experiencias de nuestro grupo de trabajo:

- cerrar los ojos;
- abrir los ojos;
- parpadear;
- mover los ojos rápidamente;
- apartar la mirada o alejarse;
- acercarse a los objetos alucinadores;
- fijación visual en las alucinaciones;
- encender una luz;
- concentrarse en otra cosa / buscar una distracción;
- golpear a la alucinación;
- gritar a la alucinación.

Por tanto, hay que considerar intervenciones biológicas, psicológicas y sociales. Todas ellas van dirigidas a:

- disminuir la frecuencia de las alucinaciones;
- dejar que las alucinaciones desaparezcan siempre que se produzcan;
- reducir el sufrimiento.

## Evaluación

La frecuencia de las alucinaciones y el nivel de ansiedad se pueden objetivar utilizando una escala como la de Pankow y Luchins (1997). En su cuestionario de alucinaciones se pueden responder las siguientes preguntas en una escala de 7 puntos:

- Frecuencia de las alucinaciones durante el último mes.
- ¿En qué grado interfieren las alucinaciones con su funcionamiento diario?
- ¿Hasta qué punto le preocupan emocionalmente las alucinaciones?

Se pueden seguir los efectos de la intervención utilizando estas medidas antes y después del tratamiento.

## **EXPERIENCIAS**

---

### **Detección**

---

El protocolo se introdujo en los diecisiete centros de apoyo regionales para personas ciegas y deficientes visuales de nuestro país. Actualmente, la pregunta estándar anterior «¿Ve alguna vez imágenes de cosas que realmente no están ahí?» se hace con mucha mayor frecuencia, y en algunos de los centros regionales esta pregunta se ha incluido ya en los impresos de admisión estándar. Se celebraron también reuniones informativas en las siete residencias para ancianos ciegos y deficientes visuales de nuestro país.

A través de nuestra cooperación se hizo llegar también gran cantidad de información al público general, a petición de revistas y periódicos de ámbito nacional, conferencias, y radio y televisión nacionales.

En conclusión, se podría decir que los días en que se podía hablar del «SCB como un fenómeno raro» han pasado o, por lo menos, así ha sido en todas las organizaciones que trabajan con y para las personas ciegas y deficientes visuales de nuestro país.

### **Valoración**

---

Por lo que se refiere a la valoración, mi experiencia me ha llevado a tratar los casos más difíciles de valoración psicológica. En estos casos, es frecuente la existencia de varios problemas y a veces de varios tipos de alucinaciones en la misma persona. En una ocasión, vi a una mujer que no era totalmente consciente de la naturaleza irreal de algunas alucinaciones (las más aterradoras) pero que sí era consciente en el caso de otras alucinaciones. Los fármacos neurolepticos consiguieron aliviar las alucinaciones aterradoras, pero las del SCB se mantuvieron. Como ya he mencionado, los casos menos complicados no llegan a mi consulta. Una detección precoz y una información adecuada han sido aparentemente suficientes para estas personas. Gracias a nuestros esfuerzos educativos, la toma de conciencia y el nivel de experiencia han aumentado en los profesionales del equipo multidisciplinar.

## **Intervenciones**

---

En lo que se refiere a las intervenciones, hemos obtenido resultados positivos con algunos de nuestros métodos de trabajo. Nuestros grupos de psicoeducación empezaron en uno de los centros regionales, pero ahora otros centros han empezado también a organizar estos grupos. Y no sólo en nuestro país, sino también en EE.UU. Sin embargo, todavía tienen que desarrollarse nuevas intervenciones.

Los fármacos antipsicóticos tradicionales son totalmente inútiles en los casos de alucinaciones por SCB, pero un avance prometedor podría ser la utilización de carbamazepina, un medicamento utilizado en pacientes epilépticos. Este medicamento tiene eficacia demostrada en personas que padecen las llamadas «alucinaciones musicales», el equivalente acústico del SCB. Algunas experiencias se ha demostrado que su eficacia ha sido también positiva en algunos casos de SCB.

### **Evaluación**

---

Por el momento no se ha realizado una evaluación sistemática de las intervenciones. La mayor parte de las intervenciones se basan simplemente en el sistema de prueba y error. Nos falta todavía un armazón teórico sólido para la etiología y la patogenia del SCB. Por tanto, no hay una base sólida sobre la que fundar decisiones acerca de intervenciones. Son muchas las teorías sobre las alucinaciones, pero hasta ahora ninguna de ellas ha demostrado ser concluyente.

## **FUTUROS AVANCES**

---

Sin embargo, se han planificado investigaciones en las que se va a desarrollar y analizar un modelo de SCB. Probablemente, en un futuro cercano se podrán distinguir diferentes tipos de SCB. Nosotros empezamos a obtener información sobre la esperada interconexión entre el contenido de algunas alucinaciones por SCB y las circunstancias en que aparecieron. Parece que los resultados preliminares apoyan nuestras suposiciones acerca de la existencia de dicha conexión. Varios pacientes relatan que han visto flores mientras veían la televisión; árboles, arbustos, musgo o paja mientras caminaban; y edificios y paredes de ladrillos mientras iban sentados en un coche en movimiento. Los modelos de redes neurales aportarán su útil colaboración al conocimiento de estas conexiones y de la naturaleza del SCB.

## BIBLIOGRAFÍA

---

- Bonnet, C. (1760). *Essai analytique sur les facultés de l'âme*. Kopenhagen: Philibert.
- Needham, W.A. & Taylor, R.E. (1992). Benign visual hallucinations, or «phantom vision» in visually impaired and blind persons. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 245-248.
- Pankow, L. & Luchins, D. (1997). An optical intervention for visual hallucinations associated with visual impairment in an elderly patient. *Optometry and Vision Science* 74 (3), 138-143.
- Teunisse, R.J., Zitman, F.G. & Raes, B.C.M. (1994). Clinical evaluation of 14 patients with the Charles Bonnet syndrome (isolated visual hallucinations). *Comprehensive Psychiatry* 35, 70-75.
- Teunisse, R.J., Cruysberg, J.R.M., Verbeek, A.L.M. & Zitman, F.G. (1995). The Charles Bonnet syndrome: a large prospective study in the Netherlands. A study of the prevalence of the Charles Bonnet syndrome and associated factors in 500 patients attending the University Department of Ophthalmology at Nijmegen. *The British Journal of Psychiatry* 166, 254-257.
- Teunisse, R.J. & Zitman, F.G. (1996). Het syndroom van Charles Bonnet. Een literatuurstudie naar complexe visuele hallucinaties als geïsoleerd symptoom. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 38, 40-49.
- Teunisse, R.J., Cruysberg, J.R.M., Hoefnagels, W.H.L., Verbeek, A.L.M. & Zitman, F.G. (1996). Visual hallucination in psychologically normal people: Charles Bonnet's syndrome. *The Lancet* 347, 794-797.
- Teunisse, R.J., Cruysberg, J.R.M., Hoefnagels, W.H.L., van 't Hof, M.A., Verbeek, A.L.M. & Zitman, F.G. (1998). Somatic and psychiatric characteristics of patients with the Charles Bonnet syndrome: a controlled study. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 186, 190-192.
- Teunisse, R.J. (1998). *Concealed perceptions. An explorative study of the Charles Bonnet syndrome*. Dissertation at the University of Nijmegen (Katholieke Universiteit Nijmegen), the Netherlands.
- Verstraten, P.F.J. (2000). The Charles Bonnet Syndrome: Development of a protocol for clinical practice in a multidisciplinary approach from assessment to intervention. In: *Vision Rehabilitation for the 21st Century*. New York: Lighthouse International, (in press).
- Verstraten, P.F.J. Progress in a protocol for the Charles Bonnet Syndrome. In: *Proceedings of the International Conference on the Special Needs of Blind and Low Vision Seniors*. Heidelberg: German Centre for Research on Aging, University of Heidelberg, 2000 (in press).

---

Peter Verstraten, psicólogo. Theofaan Regional Center. P.O. 1409, 5602 BK Eindhoven, the Netherlands.

E-Mail: p\_verstraten@theofaan.nl