

TEMA 6.- PSICOPATOLOGÍA DE LA PERCEPCIÓN Y LA IMAGINACIÓN.

1.- INTRODUCCIÓN.

☞ Las psicopatologías de la imaginación y la percepción constituyen temas centrales para la investigación psicopatológica:

- Porque los fenómenos que abarcan, suelen ser extraordinariamente llamativos y extraños (alucinaciones).
- Porque en muchos casos estos fenómenos conllevan anomalías en una de las habilidades mentales más complejas y discutidas: la imaginación.
- Porque se imbrican, además de con la imaginación, con uno de los procesos o funciones mentales más importantes para la supervivencia y la adaptación de los seres vivos: la percepción.

☞ Asumimos la idea de que la percepción:

- No implica una mera copia de la realidad, sino un proceso constructivo, mediante el que se interpretan los datos sensoriales.
- Que es un proceso fundamentalmente psicológico, entendiendo por tal la interpretación activa que hace el individuo de aquello que están captando sus sentidos; y que esa interpretación se fundamenta a su vez en experiencias previas:
 - Las expectativas.
 - Las predisposiciones personales.
- La ilusión es un ejemplo claro de que la percepción no está determinada “objetivamente” (por las características físicas del estímulo a percibir), en el proceso perceptivo el organismo reacciona a los estímulos sobre la base de sus predisposiciones, expectativas y experiencias previas.

Esto implica que las inexactitudes perceptivas y los engaños o errores sensoriales son tan normales como lo contrario.

☞ El interés de la investigación psicológica sobre las imágenes ha atravesado fases históricamente desiguales:

- Rechazo del tema por parte de psicometristas como Galton, o de conductistas en general.
- Se alzaron voces significativas como la de Tolman, quien en plena vigencia del neoconductismo afirmó que los mapas cognitivos (representaciones mentales analógicas) constituían una guía fundamental del comportamiento que los organismos desarrollaban en su medio.
- Puede decirse que existen dos grandes opciones teóricas marcadamente antagónicas sobre el modo de abordar las imágenes mentales:
 - De naturaleza dualista, que defiende la existencia de un código representacional específico para el procesamiento de imágenes mentales y otro para el procesamiento proposicional.
 - Planteamiento reduccionista o uniforme, según el cual solamente es científicamente admisible la existencia de un único formato para las representaciones mentales, que subyacen tanto a las palabras como a las imágenes, y cuya naturaleza es fundamentalmente proposicional y abstracta.

2.- CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS PERCEPTIVOS Y DE LA IMAGINACIÓN.

Distorsiones:

- ☞ Son posibles mediante el concurso de los órganos de los sentidos (de ahí que muchas veces se califiquen como “sensoriales”), es decir, que se producen cuando un estímulo que existe fuera de nosotros, y que además es accesible a los órganos sensoriales, es percibido de un modo distinto al que cabría esperar dadas las características formales del propio estímulo.
- ☞ Se entiende por distorsión:
 - Una percepción distinta a la habitual y/o más probable teniendo en cuenta experiencias previas, las características contextuales, el modo en que otras personas perciben ese estímulo, como suceden en las distorsiones relativas a la percepción del tamaño, la forma, la intensidad, la distancia, etc.
 - Una percepción diferente de la que se derivaría en el caso de tener solamente en consideración la configuración física o formal del estímulo, como sucede en las ilusiones.
- ☞ La anomalía no reside en los órganos de los sentidos en sentido estricto, sino más bien en la percepción que la persona elabora a partir de un determinado estímulo (construcción psicológica).

- ☞ En muchos casos, las distorsiones tienen su origen en trastornos de naturaleza orgánica, que suelen ser transitorios y que pueden afectar tanto a la percepción sensorial propiamente dicha como a su interpretación al nivel del sistema nervioso central.
- ☞ Es más correcto calificarlas como perceptivas que como sensoriales.
- ☞ A excepción de las ilusiones, las restantes distorsiones perceptivas suelen afectar a una o más modalidades sensoriales, y pueden involucrar todos los estímulos u objetos del mundo sensorial que se halle afectado.

Engaños:

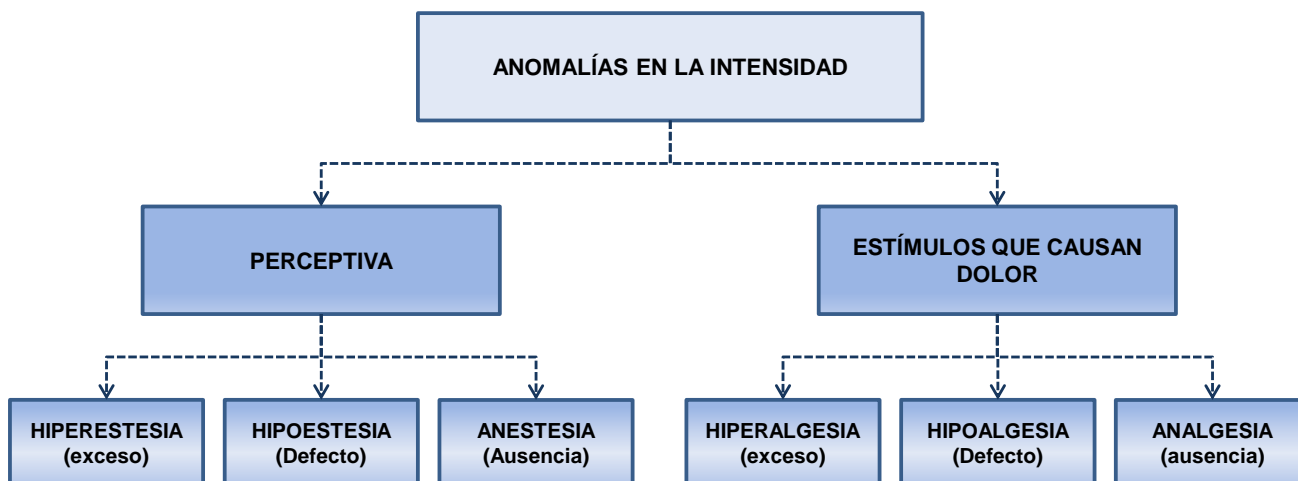
- ☞ Se produce una experiencia perceptiva nueva que:
 - Suele convivir con el resto de las percepciones “normales”.
 - No se fundamenta en estímulos realmente existentes fuera del individuo (como sucede con las alucinaciones y algunas pseudopercepciones).
 - Se mantiene y/o se activa a pesar de que el estímulo que produjo la percepción inicial ya no se halla físicamente presente (como es el caso de las imágenes eidéticas, las parásitas o las consecutivas).
- ☞ La experiencia perceptiva que tiene el individuo puede estar fundamentada o no en estímulos reales y accesibles a los sentidos; pero en ambos casos, la experiencia perceptiva persiste independientemente de que se halle presente el supuesto estímulo que la produjo.
- ☞ Este grupo de trastornos se ha denominado también como “percepciones falsas”, “aberraciones perceptivas” o “errores perceptivos”.

En definitiva:

- ☞ En los engaños perceptivos el estímulo es, en la mayor parte de los casos, sólo un supuesto.
- ☞ En las distorsiones perceptivas los estímulos son un punto de partida necesario y tienen una influencia desigual sobre el output o el resultado final, como sucede en las ilusiones que clásicamente ha estudiado la psicología experimental.

3.- DISTORSIONES PERCEPTIVAS O SENSORIALES.

3.1.- Anomalías en la percepción de la intensidad de los estímulos.



☞ La intensidad con la que percibimos los estímulos, dependen no sólo del propio estímulo, sino también de otros muchos factores. En este sentido puede hablarse de un continuo o dimensión de percepción de la intensidad de los estímulos que varía como consecuencia de:

- Las características del estímulo a percibir.
- El contexto o el momento en que se produce la percepción.
- El sujeto que percibe (el receptor).

☞ Existen ciertas situaciones en las que sí que podemos hablar de anomalías, especialmente cuando una persona califica como exagerada o como mínima la intensidad de un estímulo que está al alcance de sus sentidos, a pesar de que otras personas que se hallan en la misma situación o momento dicen percibirlo con una intensidad normal, o al menos con la que habitualmente se suele percibir ese estímulo concreto.

☞ La anomalía puede tener origen neurológico, o guardar relación con una alteración transitoria de los órganos sensoriales, o bien puede ser de origen funcional (muchos trastornos mentales). En este último caso la anomalía sería claramente de naturaleza perceptiva.

☞ La intensidad de las percepciones, puede verse alterada en trastornos mentales complejos como:

- Quejas sobre incapacidad para “sentir” o notar los sabores, los olores, los sonidos, etc. (depresiones).
- Hiperacusia: quejarse de que todos los sonidos que escuchan son exageradamente altos. (trastornos afectivos, ansiedad, migraña o estados tóxicos).
- Hiperestesias visuales: Los colores parecen mucho más intensos y vívidos de lo normal. (Algunas esquizofrenias, estados maníacos y en éxtasis producidos como consecuencia de la ingestión de ciertas drogas)

📖 En las algeias:

- Histerias de conversión o disociativas: en donde la persona no da muestras de sentir dolor a pesar de que se le aplique algún estímulo que lo produzca, aunque también puede producir los síntomas opuestos.

3.2.- Anomalías en la percepción de la cualidad.

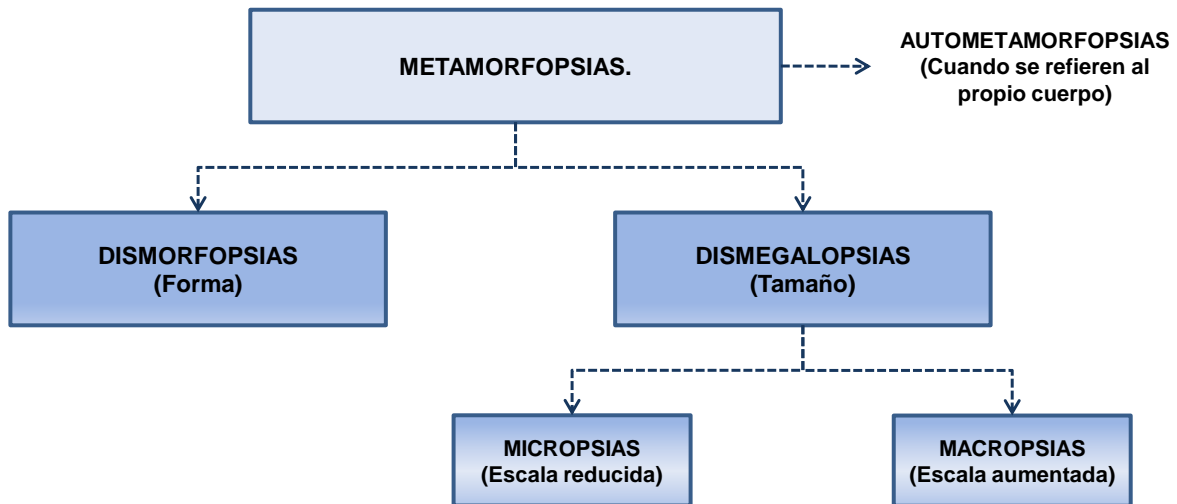
- 📖 Van asociadas a las anteriores y hacen referencia sobre todo a las visiones coloreadas, a los cambios en la percepción del color de los objetos y a la mayor o menor nitidez y detalle de las imágenes.
- 📖 Estas anomalías también pueden aparecer en trastornos mentales, como las esquizofrenias y las depresiones.
- 📖 En este tipo de casos también nos hallamos frente a un correcto funcionamiento de los órganos sensoriales: es la percepción del mundo la que está alterada en este paciente.

3.3.- Metamorfopsias: anomalías en la percepción del tamaño y/o forma.

- 📖 Las Metamorfopsias son distorsiones de la percepción visual de la forma y/o el tamaño, se asocian a distorsiones en la percepción de la distancia.
- 📖 Estas anomalías se presentan en una amplia gama de situaciones:
 - Trastornos neurológicos (epilepsia, lesiones en el lóbulo parietal o estados orgánicos agudos).
 - Como consecuencia de los efectos de determinadas drogas (mescalina).

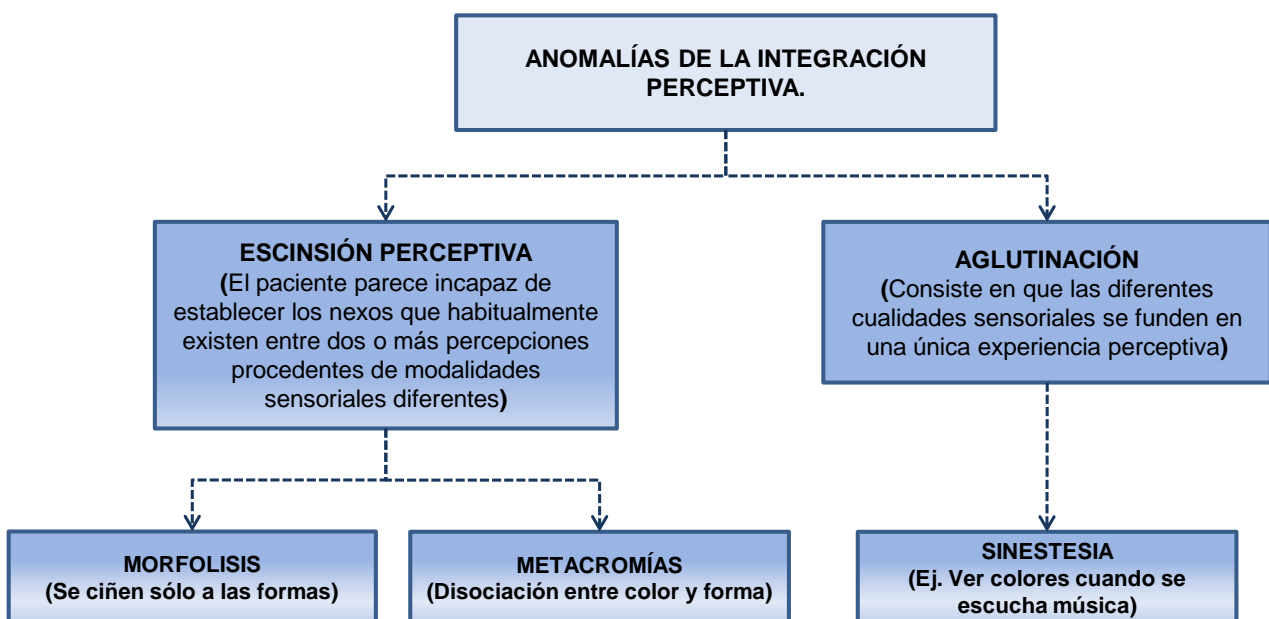
☞ Son muy poco frecuentes en:

- Trastornos agudos de esquizofrenia.
- Trastornos neuróticos.



3.- Anomalías de la integración perceptiva.

☞ Son anomalías poco frecuentes que a veces aparecen en los estados orgánicos y en la esquizofrenia.



3.5.- Anomalías en la estructuración de estímulos ambiguos: las ilusiones.

☞ Las ilusiones pueden conceptualizarse como una distorsión perceptiva en la medida en que se defina como “una percepción equivocada de un objeto concreto”. Esto equivale a admitir que las ilusiones son perceptos que no se corresponden con las características físicas “objetivas” de un estímulo concreto.

☞ Desde una perspectiva psicológica clásica, las ilusiones son el resultado de la tendencia de las personas a organizar, en un todo significativo, elementos más o menos aislados entre sí o con respecto a un fondo. (Ej. Creer “ver” a un amigo al que estamos esperando...).

☞ Según Reed en todos los casos de ilusión podemos encontrar elementos comunes:

- Una cierta predisposición personal a interpretar la estimulación en un sentido y no en cualquiera de los otros posibles.
- La ambigüedad o falta de definición clara de esa estimulación que estamos recibiendo y/o de la situación en la que se produce.

☞ Lo que en realidad parece suceder en estas experiencias que calificamos como ilusiones es que los estímulos que estamos realmente percibiendo se combinan con una imagen mental concreta.

☞ Ejemplos de ilusiones:

- Pareidolia: en la cual el individuo proporciona una organización y significado a un estímulo ambiguo o poco estructurado (caras que vemos dibujadas en el perfil de una montaña).

Las pareidolias no son patológica (quizá lo sería la incapacidad para formarlas) y en este sentido son un ejemplo de lo que constituye una experiencia mental anómala, en la que el término “anomalía” no implica patología, enfermedad o morbidez.

- Sensación de presencia: (Reed), hace referencia a una especie de “sexto sentido”, que conlleva una experiencia senso-perceptiva compleja. La persona tiene la sensación de que no está sola, aunque no haya nadie a su alrededor, ni sea capaz de identificar claramente algún estímulo que apoye esa sensación, tal como una voz, una música o cualquier otro signo similar.

Este fenómeno es frecuente en ciertas situaciones vitales, tales como el cansancio físico extremo o la soledad acompañada de disminución drástica de estimulación ambiental. También puede aparecer asociado a estados de ansiedad y miedo patológicos, a esquizofrenia, a histeria y a trastornos mentales de origen orgánico.

☞ Según Hamilton (1985), las ilusiones tienen cierta importancia diagnóstica por tres motivos:

- Por su probable asociación con otros signos u síntomas.
- Porque son indicativas de un estado emocional elevado.
- Porque pueden alertar al clínico acerca de la existencia de una base etiológica para la falta de claridad perceptiva, si es que no está presentes causas obvias de oscuridad ambiental, o de adormecimiento.

☞ Las ilusiones son el producto de una combinación entre:

- Predisposiciones internas o subjetivas: deseos, motivos, expectativas, emociones, cansancio, etc.
- Predisposiciones externas: características físicas del estímulo, contexto o fondo en se produce, etc.

☞ Las ilusiones también se conciben como identificaciones y/o interpretaciones nuevas (como reconstrucciones) de estímulos que se hallan presentes y al alcance de los sentidos.

4.- ENGAÑOS PERCEPTIVOS.

4.1.- ALUCINACIONES.

☞ Las alucinaciones constituyen los trastornos más característicos de las psicopatologías de la percepción y la imaginación, y uno de los síntomas de trastorno mental.

☞ Sin embargo, no siempre indican la presencia de un trastorno mental:

- Algunas personas sanas mentalmente pueden experimentarlas en ciertas situaciones.
- Pueden ser provocadas bajo condiciones estimulares especiales.
- Históricamente han constituido incluso un objeto de deseo para muchas personas de muy diferentes ámbitos culturales.

4.1.1.- El concepto de alucinación.

Desde la psicopatología de corte psiquiátrico tradicional:

- ☞ La primera definición sobre este trastorno se atribuye a Esquirol (1832), quien habló de las alucinaciones en los siguientes términos:

“En las alucinaciones todo sucede en el cerebro (en la mente). (...) 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.”

- ☞ Unos años más tarde, en 1890, Ball, psiquiatra de la escuela francesa, ofrecía una definición mucho más concreta de los fenómenos alucinatorios, ya que simplemente los conceptualizó como:

“percepciones sin objeto”

- ☞ Posturas perceptualistas: Surgen siguiendo la definición de Ball. Todas estas posturas tienen en común la insistencia en los aspectos perceptivos de la alucinación (“Falsa percepción”).

Dentro de estas posturas se desarrollaron tres acercamientos:

- Las alucinaciones son imágenes intensas y, por tanto, serían más bien un trastorno de la imaginación, ya que lo que sucede es que el sujeto percibe la imagen con tanta intensidad, que cree que ha adquirido un carácter perceptivo.
- Las alucinaciones son un fenómeno más sensorial que perceptivo (Un recuerdo).
- Las características fundamentales de las alucinaciones son corporeidad (tienen cualidades objetivas) y espacialidad (aparecen en el espacio objetivo exterior y no en el espacio subjetivo), y por tanto se pueden concebir como percepciones corpóreas vivenciadas en el espacio externo.

A partir de esta conceptualización Jaspers definió las alucinaciones como:

“percepciones corpóreas engañosas que no han surgido de percepciones reales por transformación, sino que son enteramente nuevas, y que se presentan junto y simultáneamente a las percepciones reales”

Los planteamientos perceptualistas han recibido muchas críticas:

- Fundamentalmente porque el paciente que alucina distingue perfectamente entre su imaginación y sus experiencias alucinatorias, las cuales, además, conviven con el resto de sus percepciones normales o correctas.
- Porque aluden al hecho de que se trata de una conceptualización incompleta, inexacta y hasta contradictoria, además de partir de una interpretación incorrecta de la definición original de Esquirol.
- Es incompleta porque, entre otras cosas no hace referencia al trastorno de la conciencia que casi siempre acompaña a las alucinaciones, que altera el juicio de la realidad de la experiencia que mantiene el individuo.
- La definición de Ball es inexacta y contradictoria en los términos en que se expresa, puesto que las condiciones necesarias de la percepción son la presencia de un objeto, además de una estimulación adecuada de los órganos sensoriales. Las alucinaciones al no reunir estas dos condiciones no pueden ser clasificadas como percepciones, ni en el fondo debería utilizar siquiera este término a la hora de definir las.

Más recientemente dentro de esta misma línea perceptualista encontramos la definición que propone Scharfetter:

“Se diagnostica la presencia de alucinaciones (pseudopercepciones) cuando alguien oye, huele, saborea o siente corporalmente algo en lo que los demás no pueden reconocer fundamento objetivo alguno. (...) Las alucinaciones son una modalidad de experiencia próxima a la percepción sensorial”

Lo mismo sucede en uno de los más prestigiosos textos actuales de psiquiatría, el Oxford Textbook of Psychiatry:

Una alucinación es un percepto que se experimenta en ausencia de un estímulo externo a los órganos sensoriales, y con una claridad similar a la de un percepto verdadero.

Incluso en los actuales manuales de diagnóstico como el DSM-IV-TR de la APA siguen la definición de Ball:

Percepción sensorial sin estímulo externo de receptor correspondiente.

☞ **Postura intelectualista:** Surgen un segundo grupo de definiciones que subraya la importancia ya señalada por Esquirol de la “convicción íntima” frente a los componentes sensoriales. En este contexto, la alucinación sería fundamentalmente un fenómeno de creencia, de juicio, y por tanto debería ser considerada como un trastorno de naturaleza intelectual

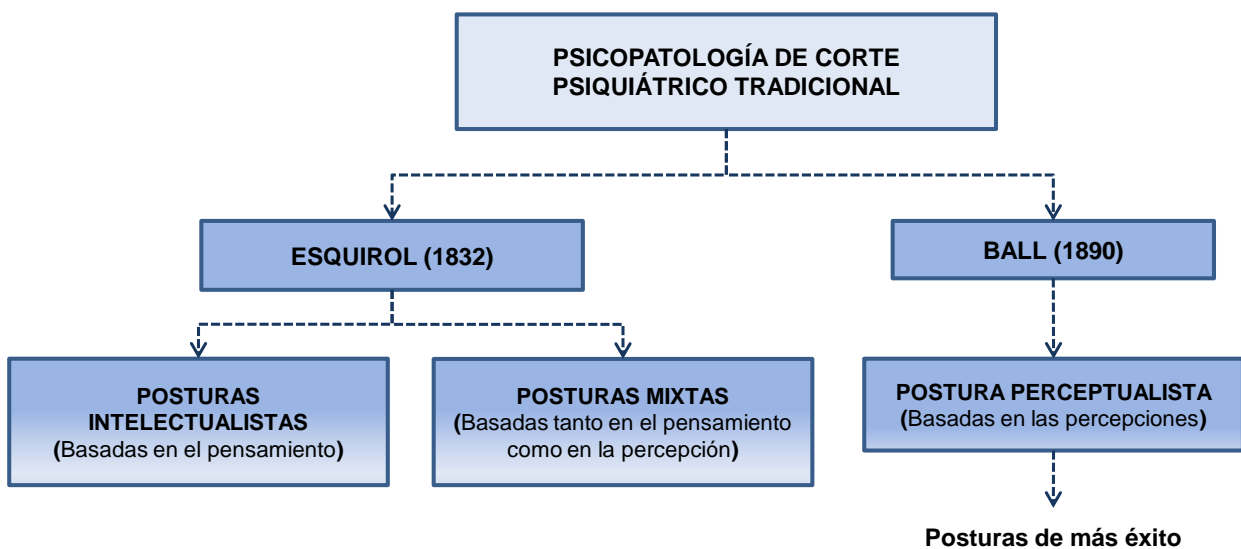
Se enfatizan dos aspectos de la creencia alucinatoria:

- Que se percibe algo (juicio psicológico).
- La creencia de que lo que se percibe es real (juicio de realidad).

En la alucinación se dan ambos tipos de juicio y/o creencia. Admitir este principio permitiría además distinguir entre alucinaciones psicopatológicas y alucinaciones experimentales, ya que en esta última el sujeto tiene alterado el juicio psicológico (perceptivo), pero no el juicio de realidad, es decir, o está convencido de que lo que está percibiendo es real, objetivo, perteneciente al mundo exterior.

☞ **Postura Mixta:** Grupo de autores que, en cierto sentido, siguen la línea enunciada por Esquirol, ya que consideran que la alucinación sería una alteración tanto de pensamiento como de percepción, y que tendría en cuenta los dos notas definitorias de este fenómeno patológico.

Uno de sus representantes es Marchis que conceptualizaba las alucinaciones como percepciones sin objeto que implican la convicción del paciente.



Desde una postura cognitiva:

- ☞ Horowitz (1975): Fue el primero en ofrecer una visión diferente a la tradicional de la psicopatología psiquiátrica, al plantear una definición de las alucinaciones que, adoptando un esquema típico del modelo de procesamiento de la información, intenta estructurar los diversos aspectos involucrados en el fenómeno alucinatorio sobre la base de anomalías en tres procesos de conocimiento: codificación, evaluación y transformación de la información.

Las alucinaciones son imágenes mentales que: 1) se producen en forma de imágenes; 2) proceden de fuentes internas de información; 3) son evaluadas, incorrectamente, como procedentes de fuentes externas de información, y 4) habitualmente se producen como una referencia a un grupo diferente de procesos psicológicos, aunque en su conjunto configuran una única experiencia.

- ☞ Mucho más recientemente y también desde una perspectiva cognitiva, Slade y Bentall (1988) han propuesto una conceptualización comprehensiva de las alucinaciones, que ellos mismos han calificado como una “definición de trabajo”. Según estos autores una definición se puede definir como:

Una experiencia similar a la percepción que: a) ocurre en ausencia de un estímulo apropiado; b) tiene toda la fuerza e impacto de la correspondiente percepción real, y c) no es susceptible de ser dirigida ni controlada voluntariamente por quien la experimenta.

Estos tres criterios permiten establecer diferencias entre las alucinaciones y otras experiencias similares:

- El primer criterio: es útil para diferenciar entre ilusión y alucinación. Incide en la importancia de la ausencia del estímulo apropiado.
- El segundo criterio: (fuerza e impacto de la experiencia) suele ser tenido en cuenta para diferenciar entre alucinación y pseudoalucinación.
- El tercer criterio: (la ausencia de control por parte del individuo) intenta distinguir entre alucinación y otras clases de imágenes mentales vividas (incluidos los recuerdos), y se refiere a la imposibilidad, o dificultad de alterar o disminuir la experiencia por el simple deseo o voluntad de la persona.

4.1.2.- Clasificación de las alucinaciones.

☞ Según su complejidad: Se trata de un criterio dimensional según el cual la complejidad que adquieren las alucinaciones recorre un largo camino que va desde:

- Alucinaciones elementales: impresiones difusas, sencillas e indiferenciadas, tales como ruidos, luces, relámpagos, resplandores, zumbidos, sonidos aislados, etc.
- Alucinaciones complejas o formadas: (objetos o cosas concretas) voces, personas, animales, música, escenas, conversaciones, etc.

La mayoría de las alucinaciones se sitúan en el extremo menos complejo del continuo.

Hay que tener en cuenta que cuanto menos formadas están las alucinaciones, más probable es que se deban a causas bioquímicas, neurofisiológicas o neurológicas y menos a trastornos mentales como la esquizofrenia.

☞ Según su contenido:

- Suelen hacer referencia a cualquier temor, emoción, expectativa, vivenciadas anteriormente por el individuo, se puede decir que los contenidos concretos sobre los que versan las alucinaciones de una persona están relacionados con sus necesidades, conflictos, temores y preocupaciones particulares.
- Los contenidos de las alucinaciones también, recogen y reflejan características culturales propias del medio en que la persona se ha desarrollado.
- Por otro lado hay circunstancias o condiciones vitales extremas, que en cierta forma, predisponen a alucinar sobre contenidos específicos (reclusión, conflictos, etc.).
- La mayoría de las veces el tema alucinatorio está ligado al contenido del delirio o de otras psicopatologías.

☞ Según la modalidad sensorial: (las más frecuentes son la auditiva y la visual)

- Alucinaciones auditivas: (las más comunes son las verbales).

➤ Tipo de alucinaciones auditivas:

- ❖ Acoasmas: Alucinaciones auditivas elementales (sonidos de ruidos, pitidos, murmullos, campanas, pasos, etc).

- ❖ Fonemas: Alucinaciones auditivas complejas (la persona puede escuchar palabras con significado).

- Formas de alucinaciones auditivas:
 - ❖ Eco del pensamiento: en el que el paciente oye sus propios pensamientos expresados en voz alta a medida que los piensa.
 - ❖ Eco de la lectura: en la que el sujeto oye la repetición de lo que está leyendo.
 - ❖ Alucinaciones imperativas: órdenes alucinatorias con gran fuerza sobre la persona que las experimenta que se siente impelida a ejecutar lo que le ordena la voz.
 - ⊗ Alucinaciones en segunda persona: Oyen voces que les hablan (“vas a morir”, “eres un cobarde”). Típicas de la depresión.
 - ⊗ Alucinaciones en tercera persona: Oyen voces que hablan de él (“es homosexual”, “no sabe hablar”). Son características de la esquizofrenia.
 - ❖ Alucinosis alcohólica: son sonidos pobremente estructurados e incluso inconexos, es decir, alucinaciones elementales que muy frecuentemente se vivencian como desagradables o amenazantes. También puede aparecer fonemas o frases breves que suelen hablar al paciente en segunda persona, dándole órdenes.

- Alucinaciones visuales:
 - Elementales: (Fotoscopias o fotomas) consisten en destellos, llamas, círculos luminosos, etc. bien inmóviles, bien en continuo movimiento.
 - Complejas: (Figuras humanas, escenas de animales conocidos o fabulosos, etc.). Pueden distinguirse:
 - ❖ Según su tamaño:
 - ⊗ Tamaño natural.
 - ⊗ Alucinaciones liliputienses: Tamaño reducido, las cuales suelen ser experimentadas con agrado.

☼ Alucinaciones gulliverianas: Tamaño gigantesco.

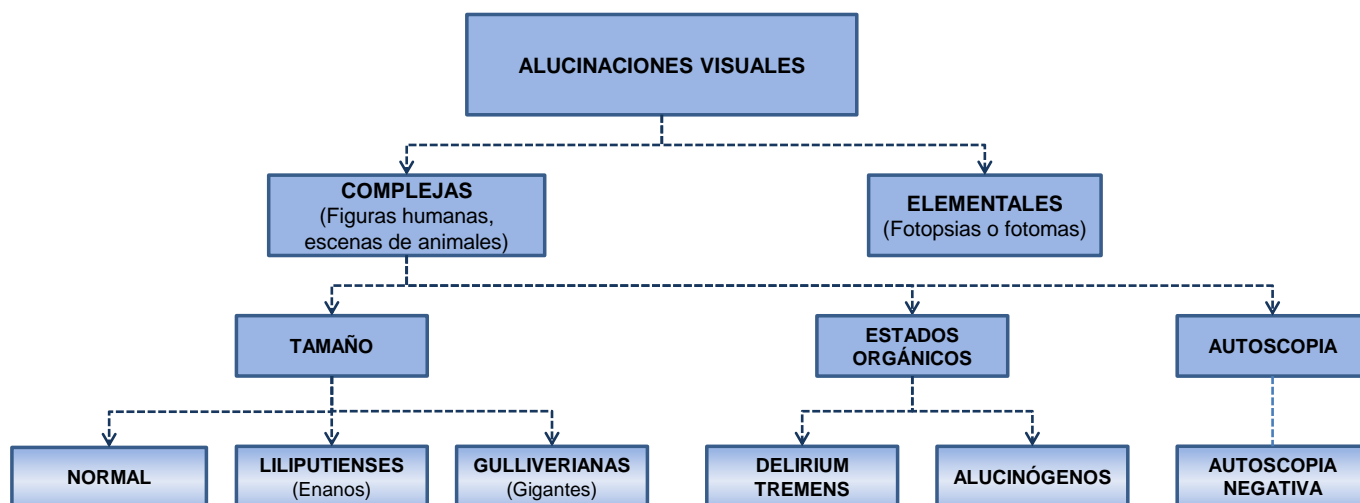
❖ Estados orgánicos:

☼ Delirium tremens: en el que las alucinaciones más frecuentes es la de ver toda clase de animales repugnantes, vivenciándolo con verdadero terror.

☼ Alucinógenos: con todo el despliegue visual que provocan esas drogas.

❖ Autoscopia: (imagen del espejo fantasma), consiste en verse a sí mismo como un doble reflejado en un cristal, a menudo con una consistencia gelatinosa y transparente, con el conocimiento de que la figura humana que se está viendo es uno mismo.

❖ Autoscopia negativa: El paciente no se ve a sí mismo cuando se refleja en un espejo. Pueden darse en estados orgánicos como la esquizofrenia (pseudoalucinaciones) y en la epilepsia del lóbulo temporal.



▪ Alucinaciones olfativas: (no son muy frecuentes)

Puede darse en la esquizofrenia, en la epilepsia (aura) y en otros estados orgánicos como las lesiones en el uncus del lóbulo temporal.

Los sujetos que la sufren dicen “oler” algo extraño, como por ejemplo estar siendo envenenados con gas, anestesiados, etc.

Los pacientes pueden atribuir la procedencia de los olores al mundo exterior, por lo que los juzgan como una agresión o persecución. Otros mantienen que son ellos mismos los que producen u emiten esos olor.

- Alucinaciones gustativas:

Los sujetos perciben gustos desagradables y las pueden atribuir tanto a una fuente exterior como a su propio cuerpo (por hallarse podrido interiormente).

Aunque son poco frecuentes pueden darse en diversos trastornos como en la histeria, alcoholismo crónico, epilepsia del lóbulo temporal, episodios maníacos, etc. aunque son más típicas de la esquizofrenia, depresiones graves y los estados delirantes crónicos. También pueden sugerir epilepsia del lóbulo temporal, irritabilidad del bulbo olfatorio e incluso tumor cerebral.

- Alucinaciones táctiles o hápticas:

Pueden manifestarse en cualquier parte del cuerpo. Los pacientes se sienten tocados, pellizcados, manoseados, quemados.

- Se dividen en:

- ❖ Activas: en las que el sujeto por ejemplo cree que ha tocado un objeto inexistente; suelen ser muy poco frecuentes, observándose especialmente en los delirio tóxicos, como sucede en el delirium tremens, en el que el enfermo experimenta la sensación de que toca insectos, hilos, etc.
- ❖ Pasivas: el paciente cree que algo o alguien le agarran, le toca. Le quema, le sopla, le pincha, tales sensaciones pueden acompañarse o no de dolor.

- Modalidades:

- ❖ Térmicas (percepción anormal o extrema de calor o frío).
- ❖ Hídricas (percepción de fluidos).
- ❖ Parestesias (sensaciones de hormigueo).
- ❖ Falsa sensación de haber sido tocado por algo (incluida la estimulación genital).
- ❖ Formicación o delirio dermatozooicos, zoo`áticos o enterozoicos (sensación de que pequeños animales reptan por debajo o encima de la piel)

- Alucinaciones sobre sensaciones procedentes del propio cuerpo (corporales, comáticas, cenestésicas o viscerales):

Alucinaciones que remiten a sensaciones peculiares que el paciente considera como procedentes casi siempre del interior de su propio cuerpo, o que afectan a sus órganos internos y externos (ej. Los genitales), o a sus miembros más distales (brazos, manos, cabeza, piernas, pies).

Una variante poco frecuente de alucinación somática visceral es la que se asocia a delirios zoopáticos, en los que el sujeto está convencido de que algún animal se arrastra por su cuerpo y, aunque no lo puede ver, es capaz de describirlo con detalle. También puede creer que el animal está dentro de ellos y vaga con libertad por su cuerpo.

Estas alteraciones están relacionadas con una alteración de la conciencia del Yo en su vertiente somática o "Yo corporal" (El propio cuerpo se percibe de una manera especial).

- Alucinaciones cinestésicas:

Hacen referencia a percepciones de movimiento de ciertas parte del cuerpo que realmente no se están moviendo.

Aunque estas alucinaciones se pueden presentar en la esquizofrenia, se dan con mayor frecuencia en pacientes con trastornos neurológicos (Parkinson). También se han descrito alucinaciones de este tipo ante la retirada de tratamientos psicofarmacológicos con benzodiazepinas.

Variantes de la experiencia alucinatoria

- Pseudoalucinación:

La complejidad de estas experiencias perceptivas radica en que se encuentran a medio camino entre las imágenes y las alucinaciones, puesto que comparten características fenomenológicas de ambos tipos de experiencia mental.

Se producen normalmente en las modalidades auditiva y visual, y se suelen asociar a estados hipnagónicos en hipnopómpicos (ambos relacionados con el dormir), trance, fatiga, privación sensorial y al uso de drogas (fundamentalmente alucinógenos).

Suelen aparecer ligadas a situaciones en las que se produce una disminución de la claridad de la conciencia o una disminución del estado normal de alerta.

Una característica de estas experiencias es la ausencia de convicción de realidad por parte de la persona, la que la lleva a describirlas como visiones, imaginaciones, ensimismamientos, etc.

Un ejemplo serían las alucinaciones de viudedad (oír la voz, los pasos o ver a su marido) aunque la persona que las sufre no las considera reales

➤ Conceptualización de las pseudoalucinaciones:

- ❖ Griesinger (1845) – Alucinaciones pálidas.
- ❖ Kahlbaum (1866) – Alucinaciones aperceptivas.
- ❖ Hagen (1868) – Pseudoalucinaciones (actualmente).
- ❖ Jasper (1975) – Considera las pseudoalucinaciones como una clase de imágenes mentales que, aunque claras y vívidas, no poseen la sustanciabilidad de las percepciones; se dan sin ausencia de consciencia y se localizan en el espacio subjetivo interno, esto es, son descritas como percibías con el ojo (u oído) “interior”.
- ❖ Sedman (1966) - Confirmó la existencia de pseudoalucinaciones al modo jasperiano, pero también encontró pacientes que sufrían alucinaciones, pero luego las definían como experiencia subjetivas y no como percepciones auténticas, lo que suscitó la cuestión de si esta clase de experiencia se ha de considerar como pseudoalucinación o como una verdadera alucinación, que según Sedman, estribaría en la cualidad de realidad de la experiencia, es decir, a menos que el sujeto informe de que su experiencia es tan vívida y convincente como una percepción real, se ha de hablar de pseudoalucinación.
- ❖ Kräupl-Taylor (1981) – Señala que el término “pseudoalucinación” se ha utilizado de dos modos:
 - ⊗ Pseudoalucinaciones percibidas: Para hacer referencia a alucinaciones que un sujeto reconoce como percepciones no reales.
 - ⊗ Pseudoalucinaciones imaginadas: Para referirse a imágenes introspectivas de gran viveza y nitidez.
- ❖ Hare (1973) – (Probablemente más cercano a la realidad) señalaba que la diferencia entre alucinación y pseudoalucinación depende, en gran parte, de la ausencia o presencia de insight (fenómeno fluctuante y parcial) no debería ser considerado como una cuestión de todo o nada, sino de grado.

El concepto de pseudoalucinación es superfluo. Es más útil calificar las experiencias alucinatorias según criterios dimensionales de claridad perceptiva, convicción, juicio de realidad, duración, etc.

- ❖ Slade y Bentall (1988) – han señalado el problema que se presenta en aquellos casos en que el paciente ha experimentado repetidamente alucinaciones en el pasado y, aunque la alucinación actual tenga toda la fuerza e impacto de una percepción real, esta persona pudo haber aprendido de sus experiencias previas que lo que está experimentado es una alucinación.

Según este tipo de planteamientos, señalan que para que una experiencia se calificada como alucinación en esos casos, sólo se requiere que la experiencia se parezca en todos los aspectos a la percepción correspondiente, pero sin exigir necesariamente que el sujeto crea que pertenece al mundo exterior.

- Alucinación funcional:

Un estímulo causa y/o desencadena la alucinación, pero este estímulo es percibido al mismo tiempo que la alucinación y en la misma modalidad sensorial.

No se trata de una interpretación errónea de un estímulo externo, como suele ocurrir en algunas ilusiones, ya que dicho estímulo se percibe correctamente. Lo que ocurre es que la percepción correcta del estímulo se superpone a la alucinación.

Se denomina funcional, ya que la aparición de la falsa percepción está en función de estímulos externos, apareciendo y desapareciendo con ellos.

Es frecuente en la esquizofrenia, sobretodo en pacientes crónicos.

- Alucinación refleja:

Hamilton (1985). Se trata de una variedad mórbida de la sinestesia en la cual una imagen, basada en una modalidad sensorial específica, se asocia con una imagen alucinatoria basada en otra modalidad sensorial diferente.

- Alucinación negativa:

Se trata de lo contrario a lo que ocurre en la alucinación: si en ésta el sujeto percibe algo que no existe, en las alucinaciones negativas el sujeto no percibe algo que existe.

Kihlstrom y Hoyt (1988) señalan que estos fenómenos conllevan una paradoja, ya que el estímulo ha de ser registrado y procesado hasta algún punto antes de que la persona pueda “construir” una alucinación negativa.

- Autoscopia (el fenómeno del doble):

El paciente se ve a sí mismo y sabe que es él, por lo que se denomina también “imagen fantasma en el espejo”.

No se trata sólo de una alucinación visual, sino que puede estar acompañada de sensaciones cinestésicas y somáticas, las cuales confirman al sujeto que la persona que está viendo es él mismo.

También puede darse el fenómeno contrario “autocopia negativa” que consiste en no ver la propia imagen cuando se refleja en el espejo. Este fenómeno se puede encontrar en pacientes con estados delirantes, en algunos esquizofrénicos, en estados histéricos, en enfermos con lesiones cerebrales, en estados tóxicos, etc.

También se pueden dar en sujetos normales cuando se encuentran muy alterados emocionalmente, exhaustos o muy deprimidos.

- Alucinación extracampina:

Se trata de alucinaciones que se experimentan fuera del campo visual.

Este tipo de alucinación hay que distinguirla de la experiencia del “sentido de presencia”, ya que en esta última el sujeto tiene la sensación de que hay alguien presente, aunque no lo pueda ver ni oír.

4.1.3.- Guías para el diagnóstico de las experiencias alucinatorias.

☞ La mayoría de las veces el clínico se ha de basar en gran medida en autoinformes del paciente.

☞ Según Ludwig, para asegurar en parte la fiabilidad del informe verbal es necesario tener en cuenta aspectos tan diversos del mismo como:

- La constancia de dicho informe.
- El grado en que la conducta se ve afectada por la experiencia alucinatoria.
- El grado de convicción de la misma y su concordancia con otros signos y síntomas.

☞ También señala una serie de indicios y “consejos” más concretos que el clínico puede seguir a la hora de dilucidar si se encuentra ante un caso de alucinación. Destacan:

- La claridad del informe verbal del paciente. Por lo general, cuanto más vaga es la experiencia, su naturaleza es menos convincente y su informe más borroso.
 - No debemos presuponer que un paciente que presenta delirios también presentará alucinaciones, ya que si bien se suele encontrar el 90% de los que sufren alucinaciones sufre delirio, sin embargo el 35% de pacientes con delirios sufre de alucinaciones.
 - Aproximadamente el 20% de pacientes, las alucinaciones son mezcla de distintas modalidades sensoriales (alucinaciones multimodales); por tanto, siempre deberemos preguntar por posibles “sensaciones” en otras modalidades diferentes a la que el paciente enuncie en primer lugar.
 - Hay que tener en cuenta la cronicidad de la enfermedad, ya que cuanto más crónica es ésta, menos perturbadoras suelen ser las alucinaciones para el paciente y por tanto es más probable que no informe sobre ellas espontáneamente.
 - Cuanto menos formadas estén las alucinaciones, más probable es que se deban a causas bioquímicas, neurofisiológicas o neurológica, y al contrario: cuanto más complejas y formadas, más probable es que se trate de síntomas nucleares de trastornos como la esquizofrenia.
 - Aunque no exista ninguna correspondencia total entre un tipo de alucinación y una psicopatología determinada, hay que tener en cuenta que los distintos trastornos tienen diferentes probabilidades de presentar uno o más de los diversos tipos de alucinaciones.
- ☞ Dado lo anómalo de la experiencia, lo más probable es que la persona no permanezca indiferente ni siga con sus rutinas habituales, como si no pasara nada. Según Soreff:
- Respuestas emocionales:
 - Terror: muchas personas reaccionan con pánico, ya que las voces, imágenes, etc. pueden presentarse de un modo aterrador.
 - Desagrado: Ciertos pacientes describen sus alucinaciones como algo desagradable e incómodo.
 - Agrado: Algunas personas, especialmente bajo los efectos de drogas, fármacos, o en episodios psicóticos de naturaleza exógena, pueden experimentar sentimientos de alegría, bienestar o satisfacción.
 - Indiferencia: Otros las vivencian con total apatía, como es el caso de los pacientes crónicos; las han sentido antes, quizá durante mucho tiempo, y las reconocen como “su síntoma”, su problema o su conflicto.
 - Curiosidad: quieren saber la causa, el significado y el curso de la sensación.

- Respuestas conductuales:
 - Retirada. El paciente se encierra en su propio mundo, en sus pensamientos, visiones y creaciones.
 - Huída: El paciente intenta escapar de las alucinaciones. Se encuentra en un estado de gran agitación motora: corren, se tapan los oídos, pueden incluso llegar a lesionarse.
 - Violencia: El paciente puede luchar con enemigos imaginarios, atacar a otros siguiendo las indicaciones de una orden (alucinaciones imperativas).

- Respuestas fisiológicas: Éstas pueden ser de lo más variadas dependiendo en gran parte del tipo de trastorno que presenta el paciente.

4.1.4.- Cómo y dónde aparecen las experiencias alucinatorias.

- ☞ En términos generales se puede afirmar que la presencia de alucinaciones debe hacernos sospechar que nos hallamos frente a un estado psicopatológico evidente, que conlleva una ruptura con la realidad, que es indicativo de un proceso más o menos transitorio, y cuya etiología puede ser orgánica o no.
- ☞ Desde un punto de vista requiere la presencia de otros signos o síntomas para poder establecer un diagnóstico concreto.

- Esquizofrenia:

Los pacientes esquizofrénicos presentan una amplia variedad de trastornos perceptivos: ilusiones, alteraciones en la intensidad y calidad de la percepción (desde la viveza a la atenuación), pseudoalucinaciones y alucinaciones parcial y/o totalmente formadas, siendo estas últimas las que adquieren mayor preponderancia.

Las alucinaciones auditivas son las más frecuentes, siguiéndole las visuales, somáticas, olfativas, táctiles y gustativas.

Cuando el trastorno está en remisión puede que las alucinaciones no desaparezcan, aunque pueden adoptar un contenido más positivo, incluso sugerente.

Kurt Schneider propuso una “guía diagnóstica práctica para la esquizofrenia, que está estrechamente relacionada con las alucinaciones. Los tres síntomas específicamente alucinatorios:

- El paciente oye comentarios continuos sobre sus propias acciones.
- Las voces hablan sobre el paciente en tercera persona.
- El paciente oye sus propios pensamientos en voz alta (eco de pensamiento)

Alucinaciones auditivas:

Las voces que escuchan suelen ser la suya propia (la voz de la conciencia), alguien de su familia, la de Dios..., y pueden estar susurrando, hablándole, riñéndole o cantando.

El paciente puede que no sepa si las voces provienen de ellos o de objetos, en caso de que también presenten experiencias delirantes de pasividad (trastorno que afecta a la propia identidad y que consiste en que la persona no atribuye a sí misma, o a su propia voluntad y deseo, las cosas que hace, dice, piensa o experimenta).

Alucinaciones visuales:

Si las alucinaciones son visuales se suelen diferenciar de las que se presentan en las psicosis orgánicas en dos aspectos:

- Porque suelen ir acompañadas por alucinaciones en otras modalidades.
- Porque tienden a presentarse casi continuamente, excepto en el período de sueño, no circunscribiéndose a ningún momento del día en particular, como sucede en las psicosis orgánicas que presentan mayor frecuencia de alucinaciones durante la noche.

Otras experiencias alucinatorias:

Normalmente están en consonancia con sus delirios (notar sabor de veneno en la comida) y experiencias delirantes de pasividad: dolor, corrientes eléctricas, excitación sexual, olores y otras sensaciones corporales que el paciente atribuye a fuentes externas o inespecíficas.

▪ Trastornos afectivos mayores:

El tipo de experiencia alucinatoria más frecuente suele ser la auditiva, que puede ser congruente o incongruente con el estado de ánimo.

La presencia de alucinaciones en estos trastornos constituye uno de los criterios importantes para calificarlos como graves o para añadirles la connotación de episodio con características psicóticas.

➤ Episodio depresivo:

En la depresión mayor, los pacientes pueden experimentar diversas alteraciones perceptivas tales como ilusiones, cambios en la imagen corporal y alucinaciones

Las alucinaciones no suelen ser muy frecuentes (25% de los pacientes informan de ellas). De haber alucinaciones suelen ser de naturaleza auditiva que frecuentemente están en consonancia con el estado de ánimo (voces que le acusan, que le culpabilizan, que le ordenan que se mate...).

En la modalidad visual se pueden presentar escenas de cementerios, infiernos, torturas, etc.

También pueden aparecer alucinaciones olfativas, en las que el paciente huele, o se huele a sí mismo, a cadáver, a cementerio, o por el contrario se queja de que todo huele igual. Junto a éstas pueden aparecer alucinaciones gustativas, que normalmente coinciden en cuanto a su contenido o dirección con las olfativas.

➤ Episodio maníaco:

Se estima que sólo un 25% de los pacientes experimentan alucinaciones.

Normalmente se presentan en las modalidades auditiva (las voces le comunican alguna misión o un estatus especial) o visuales (visiones inspiradoras o panorámicas).

Al contrario que en las alucinaciones de la esquizofrenia, las alucinaciones del paciente maníaco suelen ser más breves en su duración y normalmente no son de naturaleza imperativa.

Una vez que el episodio ha remitido es frecuente que el propio paciente critique sus alucinaciones y ya no las considere como reales, sino como visiones.

▪ Síndrome orgánico del estado de ánimo:

Si este cuadro se presenta con alucinaciones, son de naturaleza similar a las que se presentan en los trastornos del estado de ánimo.

Dentro de las causas que pueden provocar este síndrome se encuentran las sustancias como la reserpina, la metildopa y algunos alucinógenos, o también alteraciones endocrinas como el hiper o el hipotiroidismo y el hiper o el hipoadrenocorticalismo, e incluso enfermedades neurológicas.

- Deficiencias sensoriales:

Las alucinaciones pueden estar presentes en una amplia gama y variedad de problemas relacionados con el funcionamiento de los sistemas sensoriales, sobre todo en lo que se refiere a las reducciones en la agudeza visual o auditiva.

Este tipo de experiencias han intentado explicarse a partir de los resultados obtenidos en los estudios de privación sensorial:

Los bajos niveles de estimulación causan la desinhibición de los circuitos relacionados con la percepción, lo cual tiene como resultado que los trazos perceptivos de acontecimientos previamente experimentados sean “liberados” hacia la conciencia.

Las alucinaciones que se asocian al déficit sensorial se conocen a menudo como alucinaciones “liberadas o emitidas”

Aunque los datos no son concluyentes sólo con esta explicación, ya que en condiciones de alto nivel de estimulación también se pueden producir alucinaciones de este tipo.

- Variaciones fisiológicas:

Existen diversas variaciones fisiológicas que pueden llevar a experiencias alucinatorias:

- Una temperatura corporal anormal, tanto baja como alta, produce alucinaciones.
- La deprivación del alimento y de la bebida también pueden llevar a alucinaciones, al igual que el exceso.
- La hiperventilación puede provocar alucinaciones visuales y auditivas.

En definitiva las variaciones fisiológicas extremas, tanto por exceso como por defecto, al igual que las variaciones en la estimulación externa (alta o baja) pueden provocar la aparición de alucinaciones.

- Enfermedades del sistema nervioso central (SNC):

- Lesiones focales del cerebro:

Para que se produzcan alucinaciones ha de estar intacto el córtex temporal:

- ❖ Lesiones en el lóbulo temporal: pueden producir el fenómeno del doble y alucinaciones negativas además de olfativas, auditivas o visuales.
 - ❖ Lesiones e los lóbulos occipitales: pueden dar lugar a la aparición de alucinaciones visuales, tales como flases de luz, etc.
 - ❖ Lesiones en el hipocampo: provocan distorsiones liliputienses, cambios en la imagen corporal y olores desagradables.
- Epilepsia del lóbulo temporal:
- A menudo los episodios comienzan con una experiencia alucinatoria elemental, normalmente en las modalidades olfativas o gustativas o visuales.
- Complicaciones quirúrgicas:
 - Quetamina: Anestésico general que produce alucinaciones, normalmente visuales, e incluso delirium. También se han relatado experiencias de “flash-backs”.
 - Miembro fantasma: Es una experiencia que aparece inmediatamente después de la amputación.
 - Dolor fantasma: consiste en sentir dolor en el miembro que ha sido extirpado.

4.1.5.- Estudios experimentales sobre las alucinaciones.

☞ Siguiendo a Reed podemos agrupar dichos estudios en tres categorías:

- Aquellos que estudian bajo qué situaciones o condiciones de estimulación ambiental se producen experiencias alucinatorias.

Investigaciones sobre calidad y cantidad de estimulación ambiental

Se centran en la utilización de la privación sensorial como estrategia experimental.

Tomando en conjunto estos estudios, el patrón de resultados más consistente es, que la estimulación escasa o poco estructurada y de baja intensidad aumenta la probabilidad de que aparezcan alucinaciones. Y estas pueden inhibirse o controlarse si se pide al paciente (o a la persona que presenta alucinaciones)

que realice algún tipo de tarea que tenga que ver con el desarrollo de las habilidades verbales (leer, tomar notas sobre algo, etc.)

- Aquellos que intentan provocar respuestas alucinatorias.

Sustancias psicoactivas:

Las sustancias psicoactivas se caracterizan por ejercer diversos efectos en el SNC. Se pueden establecer tres grupos de sustancias de este tipo:

- Alcohol, sedantes, ansiolíticos e hipnóticos.
- Alucinógenos y PCP (fenilciclidina).
- Cocaína y anfetaminas, o simpaticomiméticos de acción similar.

EL LSD ha sido una de las sustancias más estudiadas y experimentadas, sobre todo en la década de los sesenta, como un medio para introducirse en lo desconocido de nuestra mente. Se ha venido a concluir que sus efectos varían más debido a la personalidad, las expectativas y el contexto en el que se ingiere, que por la propia reacción a la droga.

El que esta sustancia produzca bien inhibición, bien intensificación de los sistemas sensoriales, parece depender no sólo de la tarea específica en la que se comprometa al sujeto, sino probablemente también de las circunstancias, actitudes y disposiciones experimentales que se crean dentro del contexto del propio experimento.

La cualidad fenomenológica de este tipo de alucinaciones y la que se presenta en estados psicóticos es completamente diferente. Aunque se produzcan alteraciones perceptivas, los sujetos saben que son un producto "interno" y no les atribuyen un juicio de realidad.

Tanto en el caso de la privación sensorial como en el uso voluntario y/o experimental de sustancias, las imágenes que aparecen son muy elementales, muy poco formadas y sólo después de mucho tiempo o con más experiencia aparecen con más estructura y significado. Esta progresión no sucede en las verdaderas alucinaciones, sino que por el contrario aparecen de forma repentina completamente formadas y con significado. También se dan importantes diferencias en el correlato emocional de estas experiencias.

- Aquellos que analizan las características cognitivas de las personas que confunden su imaginación con la realidad.

Sugestión:

En 1985, Seashore demostró que se podía inducir a los sujetos a “ver” cosas donde no existían (sujetos que caminaban a lo largo de un pasillo poco iluminado y que tenían que detenerse en el momento que vieran una luz; todos se detuvieron y en ningún momento se encendió ninguna luz).

Respecto al papel de la sugestión en el uso de sustancias tienen una característica común: la expectativa de que en algún momento se ha de percibir algo, que de hecho se percibe.

Las alucinaciones inducidas hipnóticamente se clasifican en positivas o negativas.

- La alucinación positiva consiste en experimentar algo como estando realmente presente en ausencia del estímulo apropiado para producir la percepción.
- La negativa es no percibir el objeto aunque sí está presente.

Diferentes estudios han logrado reproducir con mayor o menor fortuna la experiencia alucinatoria en su forma, no se puede decir lo mismo acerca de su contenido y significación psicológica, tanto al nivel cognitivo como al comportamental y al emocional.

Estudios sobre las imágenes mentales:

En principio, podría suponerse que las personas que tienen más facilidad para generar imágenes mentales tendrían también más facilidad para generar imágenes mentales tendrían también más dificultad para discriminar entre sus imágenes y las percepciones externas. Sin embargo, en el estudio de Segal y Nathan (1964) lo que se demostró fue todo lo contrario: aquellas personas que imaginaban con facilidad también tenían un mayor poder de discriminación sobre lo que eran “imágenes” y lo que no.

También podría plantearse que el problema de las personas que sufren de alucinaciones consiste en que tienen unas imágenes mentales tan vividas que les inducen, equivocadamente, a considerarlas como perceptivas. Sin embargo, los resultados de Seitz y Molholm (1947) dejaron entrever que, por el contrario, sus imágenes mentales son muy débiles. En este sentido, Sarbin (1967) propuso un modelo de vulnerabilidad cognitiva a las alucinaciones. Según este modelo, las sensaciones que se producen en una modalidad sensorial no preferida, o menos frecuente, pueden ser representadas mentalmente de forma errónea, puesto que la persona no está acostumbrada a imaginar en otras modalidades.

En investigaciones más recientes se ha puesto de manifiesto que las personas normales confunden los hechos reales e imaginarios desde otro contexto, al confundir memorias de pensamientos autogenerados con memorias de hechos

reales. Johnson y Raye han denominado esta habilidad para diferenciar entre memorias de pensamientos y memorias de hechos “supervisión de realidad”

4.1.6.- Teorías psicológicas sobre las alucinaciones:

☞ Teorías dinámicas (psicoanalíticas).

Aquellas posturas que consideran a la alucinación como la representación de deseos inconscientes, luchas y esperanzas del individuo. En el caso de que su contenido sea desagradable, proporciona igualmente un dolor deseado inconscientemente.

Las alucinaciones tanto en su contenido latente como manifiesto, ofrecen al clínico una importante oportunidad para entender los deseos y conflictos del paciente y pueden ser trabajadas como lo son los sueños, puesto que, al igual que ellos, revelan el inconsciente del paciente.

☞ Teorías de la “destilación” (“seepage theories”)

Teorías que explican el fenómeno alucinatorio como resultado de una “destilación” en la conciencia de la actividad mental que, en condiciones normales, permanecería a nivel preconsciente.

- West (1962):

Partía del hecho de que un input sensorial eficaz ha de servir para organizar el proceso atencional que controla el paso de información a la conciencia. Las alucinaciones se producirían cuando el nivel del input fuera insuficiente para organizar ese filtrado y al mismo tiempo hubiera un nivel suficiente de arousal para que se produjera una conciencia de ese input.

- Charles Frith (1979):

Se basa en la distinción entre procesamiento preconsciente y consciente de la información. Parte de la idea de que la conciencia es un mecanismo de capacidad limitada, entre cuyas misiones se hallan las de controlar y supervisar todos los procesos mentales (conscientes y no conscientes).

Desde esta postura se considera que la percepción tiene lugar gracias a la generación de hipótesis perceptivas realizadas a nivel preconsciente y sólo aquellas hipótesis que resultaran más probables son las que entrarían en la conciencia.

Las alucinaciones se producirían porque las hipótesis preconscientes que se realizan acerca de la naturaleza del estímulo percibido no se han podido filtrar, y en consecuencia, la conciencia se ve invadida por un exceso de información.

Si esta postura se lleva hasta sus últimas consecuencias, habría que admitir que en las condiciones en las que hubiera mucha estimulación se produciría un mayor número de hipótesis preconscientes y, por tanto, habría mayor probabilidad de que se produjera la alucinación, mientras que se reducirían en aquellas situaciones de escasa estimulación.

Teoría de las representaciones mentales en imágenes

Desde esta postura se defiende que hay una conexión entre la alucinación y la calidad de las imágenes mentales del individuo.

Horowitz (1975):

Propone que las alucinaciones son imágenes mentales que el sujeto atribuye equivocadamente a fuentes externas.

Las alucinaciones serían experiencias mentales que:

- Se dan en forma de imágenes.
- Derivan de fuentes internas de información.
- Se evalúan incorrectamente como si surgieran de fuentes externas
- Normalmente aparecen como intrusiones en el proceso perceptivo,

Lo que postula es que en los sujetos que tienen predisposición a alucinar se produce un desequilibrio entre esos sistemas a favor del sistema de las imágenes, desequilibrio que tiene origen bien en factores psicológicos, bien en fisiológicos.

Para que se produzca un procesamiento correcto es imprescindible que exista un equilibrio entre la información procedente tanto del exterior como del interior; de lo contrario la información de origen interno, lejos de atenuarse, se intensifica e irrumpe en la conciencia.

Teorías de la subvocalización

Son aquellas que establecen una relación entre las alucinaciones auditivas y la subvocalización. Se fundamentan en las evidencias de que el habla interiorizada se acompaña la mayor parte de las veces de subvocalizaciones, esto es, de la actividad de los músculos responsables del habla que, en ocasiones, acompaña al pensamiento verbal.

Estas teorías sólo se ciñen a la alucinación auditiva, dejando sin explicación el resto de modalidades sensoriales en las que aparecen experiencias alucinatorias.

☞ La teoría de Slade y Benfall: el déficit en la habilidad metacognitiva de discriminación de la realidad.

Slade y Bentall han propuesto que las alucinaciones se producen a causa de una deficiencia en la capacidad para distinguir cuándo un hecho es real y cuándo es producto de su imaginación.

Las alucinaciones están causadas por deficiencias en la habilidad metacognitiva (distinguir o controlar los propios pensamientos) de evaluación y/o discriminación de la realidad.

Lo que plantean es que las personas que experimentan alucinaciones presentan diversos tipos de deficiencias en alguna o varias de las habilidades que forman la capacidad general de metacognición. Habilidad para discriminar el origen o procedencia de la realidad, o de los estímulos.

El fracaso en esta habilidad, o una disminución de su eficacia, llevaría a atribuir equivocadamente la procedencia de un estímulo por el propio sujeto a fuentes externas de estimulación.

Es posible que la alucinación no sea tanto un problema de la información que está disponible, sino que puede que más bien radique en las inferencias que la persona hace sobre esa información.

▪ Factores que facilitan la aparición de la experiencia alucinatoria y/o que la aumentan:

➤ Arousal inducido por estrés:

Un incremento en el nivel de arousal, producido a su vez por factores estresantes, puede conducir a diversas alteraciones entre las que se encuentra el inicio de las alucinaciones, ya que éste se asocia a un aumento en el nivel basal de arousal.

Los niveles normalmente altos de activación hacen que, por un lado, se produzca un aumento de la selección de información que tienen que ver con las características físicas del estímulo y, por tanto, disminuya el procesamiento de la información semántica.

➤ Factores predisponentes:

Existen algunos datos, aunque a veces son contradictorios, que proporcionan cierto apoyo al papel que tienen las diferencias individuales en la vulnerabilidad a la experiencia alucinatoria.

➤ Estimulación ambiental:

Hay ciertos tipos de estimulación externa que tienen un efecto inhibitor sobre la experiencia consciente de la alucinación.

El hecho de que una alucinación sea o no experimentada en la conciencia depende de parámetros tales como la calidad, la intensidad, la estructuración o el tipo de estimulación externa al que está sometido el individuo.

➤ El papel del refuerzo:

Algunos estudios de casos indican que algunos pacientes experimentan una reducción de ansiedad después de la alucinación, mientras que otros informan de una mayor perturbación:

❖ Reducción de ansiedad: la alucinación actuaría como refuerzo: la alucinación tendría efectos reforzantes en el paciente, ya que haría disminuir la ansiedad.

❖ Incremento de ansiedad: la presencia de alucinaciones aumentaría el nivel de ansiedad del paciente porque elevaría todavía más el nivel de arousal. Lo que produciría una especie de círculo vicioso.

➤ Expectativas:

Del mismo modo que las expectativas de una persona le inclinan a “ver” un estímulo ambiguo con una forma estructurada concreta, las creencias y expectativas demasiado concretas le llevarán a experimentar un estímulo ambiguo como real o, por el contrario, como imaginario.

Este puede ser uno de los pilares básicos de la explicación de por qué las alucinaciones pueden ser experimentadas por personas mentalmente sanas y de por qué se puede hablar de un continuo entre experiencias alucinatorias y no alucinatorias.

Por tanto, las expectativas influyen tanto en la aparición de la alucinación como en el contenido. Así las creencias de que un fenómeno va a tener lugar pueden producir que el sujeto acabe teniendo una alucinación.

4.2.- PSEUDOPERCEPCIONES O IMÁGENES ANÓMALAS.

Hay que distinguir entre las representaciones que tienen su origen en estímulos exteriores (perceptos) y, las que se originan sin su presencia (imágenes).

Las pseudopercepciones pueden concebirse como imágenes:

- ☞ se producen en ausencia de estímulos concretos (Imágenes hipnopómpicas e hipnagógicas y alucinoides).
- ☞ se mantienen y/o activan después de que el estímulo que las produjo ya no se encuentre presente (Imágenes mnémicas, consecutivas o postimágenes y parásitas).

4.2.1.- Imágenes hipnopómpicas e hipnagónicas.

Imágenes que aparecen en estados de semiinconsciencia entre la vigilia y el sueño: hipnagógica (en el adormecimiento) e hipnopómpicas (en el despertar).

Se caracterizan por:

- ☞ Su autonomía (sin control alguno por parte del individuo).
- ☞ Son vívidas y realistas, aunque su contenido puede carecer de significado.
- ☞ Se pueden dar en todas las modalidades sensoriales (más frecuentes las auditivas y visuales).
- ☞ Tanto en población normal como clínica: fiebres agudas, episodios depresivos, ansiedad, estados tóxicos.
- ☞ Son difíciles de detectar (se atribuyen al soñar).
- ☞ Se trata de impresiones sensoriales poco elaboradas: destellos, luces, sonido brusco.

Se diferencian de las alucinaciones:

- ☞ Por el contexto de fluctuación de conciencia en que se producen.
- ☞ Porque el individuo que las padece es consciente de lo irreal de esas imágenes.

4.2.2.- Imágenes alucinoides:

Se caracterizan por:

- ☞ Son subjetivas y autónomas.
- ☞ Poseen un claro carácter de imagen y plasticidad.
- ☞ Se dan en el "espacio negro de los ojos cerrados" (fenómeno de Müller o imágenes de la fiebre), o en el espacio físico externo a causa de intoxicaciones o uso de drogas (fantasiopsias).
- ☞ También se pueden dar en la modalidad auditiva.
- ☞ El individuo no les otorga juicio de realidad.

4.2.3.- Imágenes mnémicas:

- ☞ Imágenes de nuestros recuerdos que pueden presentarse de un modo transformado (a veces la persona pueden recombinarlas en función de sus deseos).
- ☞ Su naturaleza es eminentemente subjetiva y son experimentadas con poca nitidez o viveza.
- ☞ Un tipo especial: Imágenes eidéticas ("recordar sensorial"): representaciones exactas de impresiones sensoriales que quedan fijadas en la mente de la persona.
- ☞ Pueden provocarse voluntariamente o irrumpir involuntariamente.
- ☞ Jaspers: Estas imágenes son imaginadas (*no corpóreas*) y tienen determinación espacial (*objetivas*), pero el sujeto no las vivencia como reales.
- ☞ Más habituales en la infancia y en culturas primitivas.

4.2.4.- Imágenes consecutivas o postimágenes:

- ☞ Consecuencia de un exceso de estimulación sensorial inmediatamente antes de la experiencia.
- ☞ Se diferencian del eidetismo en que solamente duran unos segundos (las eidéticas pueden ser evocadas transcurrido mucho tiempo).
- ☞ La imagen que se produce tiene las propiedades opuestas a la original, por lo que a veces se llaman negativas (después de mirar un color intenso oscuro, se ve uno claro).

- ☞ El individuo no las considera como reales y rara vez revisten características patológicas.

4.2.5.- Imágenes parásitas:

- ☞ Se diferencian de las mnémicas por su autonomía, y de las consecutivas por su subjetividad.
- ☞ Se parecen en que son consecuentes a un estímulo que ya ha desaparecido.
- ☞ Se denominan parásitas porque "aparecen" cuando el individuo no fija su atención en ellas, y desaparecen cuando se concentra en su experiencia.
- ☞ Modalidad especial: "Imagen obsesiva": Persiste a pesar de que la persona focalice su atención en ella.
- ☞ Ejemplo: canciones que se fijan en nuestra mente, de las que no podemos deshacernos.