

01. PSICOPATOLOGÍA

01. Historia y método en psicopatología. Psicopatología de la conciencia, atención, percepción y memoria

02. Psicopatología de pensamiento, lenguaje, afectividad y psicomotricidad

Apéndice semiología

Preguntas PIR de convocatorias anteriores

**TODO EL MATERIAL,
EDITADO Y PUBLICADO
POR EL CENTRO DOCUMENTACIÓN
DE ESTUDIOS Y OPOSICIONES,
ES ÚNICO Y EXCLUSIVO
DE NUESTRO CENTRO.**

ISBN obra completa: 978-84-92856-05-3

ISBN: 978-84-92856-51-0

Depósito Legal: M-13131-2010

EDITA Y DISTRIBUYE: CEDE

1ª EDICIÓN: enero 2010

ES PROPIEDAD DE:



**CENTRO DOCUMENTACIÓN
DE ESTUDIOS Y OPOSICIONES**

© RESERVADOS TODOS LOS DERECHOS

Prohibida la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier procedimiento, incluyendo la reprografía y el tratamiento informático sin la autorización de CEDE.

PRESENTACIÓN

Peso del área en el examen

*El área de Psicopatología es una de las constantes en el examen PIR desde su primera convocatoria en el año 1993 hasta la actualidad. Si analizáramos el número de preguntas por convocatoria nos encontramos una tendencia estable hacia las **20 preguntas por convocatoria** (habiendo llegado a las 39 en alguna ocasión).*

Tipo de preguntas

¿Qué tipo de preguntas se han realizado sobre este área? Las preguntas del área de Psicopatología las podemos agrupar en dos grandes tipos:

- a) **Preguntas de definición de conceptos** (por ejemplo, ¿Qué es la morfólisis?).*
- b) **Preguntas de clasificación** (por ejemplo, ¿Qué tipo de alteración sensorio-perceptiva es la morfólisis?).*

Desarrollo de los temas

En este sentido, intentaremos realizar un esquema global de los conceptos de cada tema (para facilitar la comprensión y posterior recuerdo, así como el contestar las preguntas PIR llamadas “de clasificación”), y posteriormente su desarrollo teórico.

De los temas de éste área destacan dos por encima de todos: psicopatología de la sensorio-percepción, y psicopatología del pensamiento, que son los que más preguntas han generado.

Observaciones

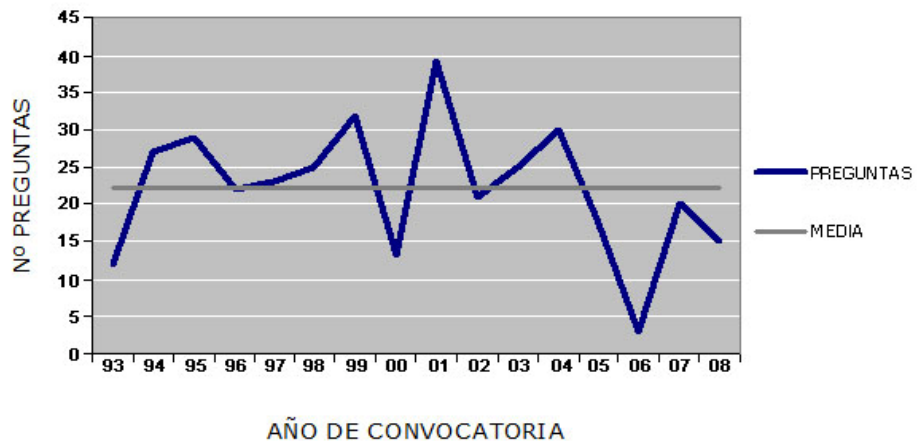
Para la realización de estos temas se ha empleado la Bibliografía comentada al final de la obra, la primera edición de las Carpetas PIR, así como las observaciones, sugerencias y a veces aclaraciones de los alumnos que han asistido a las Clases de Preparación al PIR en estos últimos 8 años. Sin su aportación esta obra no hubiese sido la misma, y tampoco tendría sentido.

El Manual que tienes en tus manos está enfocado básicamente a la Preparación del Examen PIR, no es un Manual de Psicopatología. Para consultar algún Manual y profundizar en los temas te remito a la bibliografía comentada al final.

*“Que yo sepa, no se ha encontrado una comprensión clara y completa de la naturaleza de la locura, una concepción correcta y distinta de lo que constituye la diferencia entre lo sano y lo insano”
(Schopenhauer, El mundo como voluntad y representación)*

EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE PREGUNTAS

AÑO CONVOCATORIA	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08
Nº PREGUNTAS	12	27	29	22	23	25	32	13	39	21	25	30	18	3	20	15



ÍNDICE

01.01. HISTORIA Y MÉTODO EN PSICOPATOLOGÍA. PSICOPATOLOGÍA DE LA CONCIENCIA, ATENCIÓN, PERCEPCIÓN Y MEMORIA

Tema 01.01.01 | HISTORIA DE LA PSICOPATOLOGÍA

1. Introducción
2. Antecedentes: Grecia y Roma
3. La Edad Media: el mundo árabe y la cristianidad
4. El Renacimiento (siglo XVI)
5. La Ilustración (siglos XVII y XVIII)
6. El siglo XX

Tema 01.01.02 | SISTEMAS CLASIFICATORIOS EN PSICOPATOLOGÍA

1. Introducción
2. Tipos de clasificación
3. Modelos de clasificación en psicopatología
 - 3.1. Criterios de anormalidad en psicopatología
 - 3.2. Principales modelos en psicopatología
4. Clasificaciones psicopatológicas modernas. Evolución
 - 4.1. CIE-10 vs DSM-IV-TR
 - 4.2. Evaluación multiaxial
5. Críticas a las clasificaciones psiquiátricas
6. Garantías psicométricas de las clasificaciones

Tema 01.01.03 | EPIDEMIOLOGÍA

1. Introducción
2. Niveles de análisis epidemiológico
3. Métodos de investigación en psicopatología
 - 3.1. Métodos básicos de investigación epidemiológica
4. Epidemiología de los trastornos mentales

Tema 01.01.04 | PSICOPATOLOGÍA DE LA CONCIENCIA

1. Introducción
2. Aspectos históricos
3. Trastornos deficitarios de la conciencia
4. Trastornos productivos de la conciencia
5. Trastornos del estrechamiento del campo de conciencia
6. Alteraciones positivas de la conciencia
7. Las agnosias

Tema 01.01.05 | PSICOPATOLOGÍA DE LA ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN

1. Introducción
2. Psicopatología de la atención
 - 2.1. Aproxias
 - 2.2. Hipoprosexias
 - 2.3. Pseudoaproxias, paraprosexias e hiperprosexias
- 2.4. Psicopatología cognitiva de la atención
3. Psicopatología de la orientación
 - 3.1. Desorientación
4. Alteraciones atencionales en trastornos mentales

Tema 01.01.06 | PSICOPATOLOGÍA DE LA SENSO PERCEPCIÓN

1. Introducción
2. Distorsiones perceptivas o sensoriales
3. Engaños perceptivos
4. Tratamiento psicológico alucinaciones y delirios

Tema 01.01.07 | PSICOPATOLOGÍA DE LA MEMORIA

1. Introducción
2. Amnesia retrógrada
3. El síndrome amnésico
4. Amnesia y demencias
5. Memoria y emoción
6. Paramnesias y parapraxias
7. Hipermnesias
8. Déficit de memoria en otros cuadros clínicos

01.02. PSICOPATOLOGÍA DE PENSAMIENTO, LENGUAJE, AFECTIVIDAD Y PSICOMOTRICIDAD

Tema 01.02.08 | PSICOPATOLOGÍA DEL PENSAMIENTO

1. Introducción
2. Trastornos formales del pensamiento
3. Trastornos del contenido del pensamiento

Tema 01.02.09 | PSICOPATOLOGÍA DEL LENGUAJE

1. Introducción
2. Las afasias en adultos

3. Disfasias infantiles
4. Dislalias infantiles y retraso simple del habla
5. Tartamudez
6. Psicopatología del lenguaje en cuadros clínicos

Tema 01.02.10 | **PSICOPATOLOGÍA DE LA AFECTIVIDAD**

1. Introducción
2. Definición
3. Exploración de la afectividad
4. Síntomas afectivos

Tema 01.02.11 | **TRASTORNOS PSICOMOTORES**

1. Introducción
2. Trastornos psicomotores
3. Trastornos de la mímica

**APÉNDICE SEMIOLOGÍA
BIBLIOGRAFÍA COMENTADA
PREGUNTAS PIR DE CONVOCATORIAS
ANTERIORES**

No incluimos de la página 7 a la página 63.

Tema 01.01.06] PSICOPATOLOGÍA DE LA SENSOPERCEPCIÓN

ORIENTACIONES

Éste es el tema de Psicopatología que más consultas ha generado en la convocatoria PIR a lo largo de los años. Las recomendaciones generales del área son especialmente aplicables a este tema: aparecen preguntas de definición (¿qué es la morfólisis?), y preguntas de clasificación (¿qué tipo de alteración sensoperceptiva es la morfólisis?).

ASPECTOS ESENCIALES

Las **distorsiones perceptivas** se refieren a las alteraciones que presenta la persona cuando existe un estímulo externo (fuera de nosotros), que es accesible a los sentidos, y que se percibe de forma distinta a la que cabría esperar dadas las características objetivas del mismo. En función de la cualidad del objeto que se distorsione hablamos de distorsiones en la intensidad, cualidad, tamaño y forma, integración e ilusiones.

Los **engaños perceptivos** se refieren a experiencias perceptivas nuevas y diferentes que no se fundamentan en estímulos reales existentes fuera del individuo (alucinaciones y algunas pseudopercepciones), o bien se mantienen y/o activan a pesar de que el estímulo que lo produjo ya no se encuentre presente (imágenes eidéticas, parásitas y consecutivas).

Dentro de las teorías psicológicas de las alucinaciones destaca la aportación de **Slade y Bentall (1992)**. Estos autores han propuesto que las alucinaciones se producen a causa de una deficiencia en la capacidad para distinguir cuando un hecho es real y cuando es producto de su

imaginación: según la propia expresión de los autores, las alucinaciones están causadas por deficiencias en la habilidad metacognitiva de evaluación y/o discriminación de la realidad.

Según Mayor y Moñivas (1992) “es preciso distinguir entre las representaciones que tienen su fuente en estímulos o acontecimientos exteriores (perceptos) y las que, aunque muy similares a las anteriores, se originan sin la presencia de tales estímulos exteriores (imágenes)”. Desde esta perspectiva, las **pseudopercepciones** son anomalías mentales que pueden concebirse como imágenes, es decir, como procesos mentales similares a los perceptivos que, o bien se producen en ausencia de estímulos concretos para activarlos o desencadenarlos; o bien se mantienen y/o activan a pesar de que el estímulo que los produjo ya no se encuentre presente. En el primer caso nos referimos a las imágenes hipnópicas, hipnagógicas y alucinoides. En el segundo caso a las imágenes mnémicas, parásitas y consecutivas (Mayor y Moñivas, 1992).

PREGUNTAS REPRESENTATIVAS

150. ¿A qué nos referimos cuando afirmamos que el estímulo es percibido al mismo tiempo que la alucinación y en la misma modalidad sensorial?:

- 1) Alucinación refleja.
- 2) Alucinación funcional.
- 3) Autoscopia.
- 4) Pseudoalucinación.
- 5) Alucinación extracampina.

PIR 02, RC 2.

222. Una dismegalopsia es:

- 1) Una forma leve de alucinación (alucinosis).
- 2) Una pseudopercepción o imagen anómala.
- 3) Una anomalía de la integración perceptiva.

- 4) Una distorsión perceptiva.
- 5) Una modalidad de ilusión.

PIR 04, RC 4.

120. Una de las teorías psicológicas sobre las alucinaciones es la que pone de manifiesto que éstas se producen por una deficiencia en la habilidad metacognitiva de evaluación y/o discriminación de la realidad ¿Qué autores la formularon?:

- 1) Johnson y Andreasen.
- 2) Wesht y Frith.
- 3) Slade y Bentall.
- 4) Flavell y Hoffman.
- 5) Horowitz y Baker.

PIR 05, RC 3.

28. “Cuando me voy a dormir y los perros de mi vecino empiezan a ladrar siento que todo mi cuerpo, las sábanas, y hasta la habitación entera despiden un olor insoportable a excrementos”. Esto podría ser un ejemplo de:

- 1) Pseudoalucinación auditiva.
- 2) Alucinación refleja.
- 3) Alucinación extracampina.
- 4) Alucinación hipnopómpica.
- 5) Alucinación hipnagógica.

PIR 08, RC 2.

Tema 01.01.06] PSICOPATOLOGÍA DE LA SENSOPERCEPCIÓN

1. Introducción
2. Distorsiones perceptivas o sensoriales
3. Engaños perceptivos
4. Tratamiento psicológico alucinaciones y delirios

1. INTRODUCCIÓN

Desde la obra de **Neisser** (1981), se asume que la percepción no implica una mera copia de la realidad, sino que supone un proceso constructivo a través del cual los datos sensoriales son interpretados. Se trata, por tanto, de un proceso **activo**, no pasivo, y que se produce tomando como base el conjunto de experiencias previas, de expectativas y de predisposiciones del individuo. Según **Pinillos**, "percibir entraña un cierto saber acerca de las cosas percibidas y sus relaciones".

En este proceso, el **contexto** actúa proporcionándonos las reglas sobre las que construimos las percepciones, guiando nuestras interpretaciones. El contexto nos permite en cierto modo adelantarnos a la aparición de los datos.

Los trastornos perceptivos y de la imaginación suelen dividirse en dos grandes grupos: **distorsiones perceptivas** y **engaños perceptivos**.

Las **distorsiones perceptivas** se denominan también **sensoriales** porque sólo son posibles con la participación de los órganos de los sentidos, es decir, se producen cuando un estímulo realmente existente y accesible a nuestros sentidos se percibe de manera distinta a como cabría esperar dadas sus características formales o bien cuando el objeto se percibe de manera distinta a la habitual o más probable. Así, la anomalía consiste en la percepción distorsionada de las características físicas del estímulo, tanto la forma o el tamaño como la distancia, la cualidad, etc., y no tanto en una alteración de los órganos sensoriales. Sólo en algunos casos las distorsiones perceptivas tienen como origen trastornos orgánicos; éstos suelen ser transitorios y pueden afectar a la recepción sensorial de la información tanto como a su interpretación a nivel central. Como hemos señalado al principio, la percepción es un proceso complejo de interacción entre tres elementos: las características del estímulo, las del receptor y las del contexto de la percepción; la distorsión perceptiva constituiría una alteración de esta interacción. Por último, debemos tener en cuenta que, a excepción de las ilusio-

nes, el resto de las distorsiones suelen afectar a una o más modalidades sensoriales, y pueden involucrar todos los objetos del campo estimular afectado, es decir, si la alteración consiste en la percepción defectuosa de la forma, todos los objetos percibidos sufrirán esta transformación.

En los **engaños perceptivos**, en cambio, se produce una experiencia perceptiva que suele coexistir con el resto de percepciones normales, no alteradas, que no se fundamenta en estímulos realmente existentes fuera del sujeto, o que se activa o mantiene aunque el estímulo que dio lugar a la percepción original ya no se encuentre físicamente presente. Así, en este caso la percepción puede fundamentarse o no sobre estímulos reales y accesibles a los sentidos, pero en cualquier caso la experiencia persiste independientemente de la presencia del estímulo que la provocó.

En los engaños perceptivos, no obstante, el estímulo es en la mayoría de las ocasiones irreal, a diferencia de las distorsiones perceptivas, en las que el estímulo es el punto de partida necesario para que la experiencia perceptiva tenga lugar. El rasgo común de los dos fenómenos es que tanto en uno como en otro el sujeto tiene una experiencia perceptiva (PIR 02, 134).

Este grupo de trastornos ha recibido otros nombres como "percepciones falsas", "aberraciones perceptivas" o "errores perceptivos", si bien, el más extendido entre los profesionales es el de "engaño perceptivo" (Belloch, Baños y Perpiñá, 2009).

La Tabla I nos muestra la clasificación de las distintas patologías de la percepción.

Tabla I

Distorsiones perceptivas	
Distorsión perceptiva	Tipos o casos
• Hiperestésias/hipoestésias	– Hiper/hipoalgesias
• Anomalías en la percepción de la cualidad	
• Metamorfopsias	– Dismegalopsias – Dismorfopsias – Autometamorfopsias
• Anomalías en la integración perceptiva	
• Ilusiones	– Sentido de presencia – Pareidolias
Engaños perceptivos	
Engaño perceptivo	Tipos o casos
• Alucinaciones • Variantes de la experiencia alucinatoria	– Pseudoalucinaciones – Alucinaciones funcionales – Alucinaciones reflejas – Autoscopia – Alucinaciones extracampinas
• Pseudopercepciones o imágenes anómalas	– Imágenes hipnagógicas e hipnopómpicas – Imágenes mnémicas – Imágenes eidéticas – Imágenes consecutivas – Imágenes parásitas – Imágenes alucinoides

2. DISTORSIONES PERCEPTIVAS O SENSORIALES

Distorsiones en la percepción de la intensidad de los estímulos

Son las alteraciones o anomalías que tienen lugar en la intensidad de la percepción de los estímulos. Si se producen por exceso, se llaman **hiperestésias** (PIR 01, 77); si se producen por defecto, se denominan **hipoestésias**. Si hay una ausencia absoluta de percepción de la intensidad estimular, hablamos de **anestesia**. Por último, existe una modalidad especial, en relación a la percepción del dolor; en este caso hablamos de **hiperalgesias** e **hipoalgesias**, así como de **analgésia** si la ausencia de percepción de dolor es completa.

La intensidad con la que percibimos los estímulos no es una cuestión de todo o nada, sino que en cada momento puede sufrir variaciones en función de múltiples factores: el cansancio, la habituación, el nivel o la intensidad estimular previa, características propias de los órganos sensoriales, etc. Así, podríamos hablar de un continuo de percepción de la intensidad de los estímulos, que variaría como consecuencia de características del estímulo, del contexto de la percepción y del sujeto receptor.

La alteración puede tener origen neurológico, o bien estar relacionada con alteraciones transitorias en los órganos sensoriales (como en algunos estados tóxicos). Muchas enfermedades de origen neurológico cursan con alteraciones de este tipo. El origen puede ser también funcional, como en muchos trastornos mentales.

Algunos ejemplos de este tipo de anomalía los constituyen: la dificultad para identificar y distinguir los sabores, los olores, los sonidos, etc. que manifiestan algunos pacientes depresivos; otros, sin embargo, manifiestan **hiperacusia**, es decir, una percepción de los sonidos que escuchan como exageradamente altos. La hiperacusia también puede aparecer en trastornos de ansiedad, en estados tóxicos como la ingestión aguda de alcohol, o bien puede aparecer asociada a migrañas. En algunas esquizofrenias, en los estados maníacos y en éxtasis consecuentes a intoxicación por ciertas drogas pueden aparecer hiperestésias visuales, en las que los colores se perciben mucho más intensos y vívidos de lo normal. En casos de histeria de conversión o disociativa se produce una ausencia de percepción del dolor aunque se apliquen estímulos dolorosos, pero también puede aparecer el fenómeno opuesto, con hiperalgesias; el carácter discontinuo y cambiante de este fenómeno en los procesos histéricos nos permite distinguirlo de otras hiperalgesias de origen orgánico.

Por ejemplo, un paciente con depresión puede referir la incapacidad para sentir o notar los sabores, los olores, los sonidos, etc y decirnos que “todo me sabe igual”. Un paciente maníaco puede decirnos que los colores son “mucho más intensos y vívidos de lo normal”.

Distorsiones en la percepción de la cualidad

Generalmente van asociadas a las anomalías en la percepción de los estímulos. Suelen hacer referencia a las visiones coloreadas, a los cambios en la percepción del color de los objetos y a la nitidez y detalle de las imágenes.

Suelen estar provocadas por el uso de ciertas drogas, como la mescalina, así como de ciertos medicamentos. También pueden ser consecutivas a lesiones neurológicas. Asimismo, pueden también aparecer en trastornos mentales como la esquizofrenia o la depresión. Por ejemplo, en ocasiones los pacientes esquizofrénicos manifiestan que todo lo que comen sabe amargo, o algunos pacientes depresivos dicen percibir los objetos opacos o sin color a pesar de que son capaces de identificar correctamente los colores de un cuadro. Por ejemplo (PIR 00, 35), “Un paciente deprimido se quejaba de que todo lo que comía le resultaba igual de insípido y de que todo lo que veía tenía el mismo color o tonalidad grisácea. Cuando le pedimos

que describiera los colores del cuadro que tenía delante, los identificó correctamente, y también distinguió perfectamente entre un alimento salado y uno dulce". También (PIR 04, 230), un paciente esquizofrénico pide que retiremos todos los ramos de rosas de la sala porque huelen a excrementos y podredumbre (existe un cambio, de olor agradable a olor desagradable).

Metamorfopsias: distorsiones en la percepción del tamaño y de la forma (PIR, 02, 148; PIR 04, 222)

Las primeras reciben el nombre de **dismegalopsias**; las segundas son denominadas **dismorfopsias**. Entre las dismegalopsias distinguimos las **macropsias** o **megalopsias** y las **micropsias**, términos que hacen referencia respectivamente a la percepción de los objetos reales a escala aumentada y a escala reducida. Estas anomalías pueden también referirse al propio cuerpo, en cuyo caso reciben el nombre de **autometamorfopsias**. En la mayoría de las ocasiones esta distorsión se asocia a la distorsión en la percepción de la distancia, y los sujetos suelen ser conscientes de que las experimentan, apareciendo como consecuencia reacciones emocionales muy variadas, desde el agrado hasta el terror o la ira.

Las metamorfopsias pueden aparecer en trastornos neurológicos como epilepsia, trastornos consecutivos a lesiones del lóbulo parietal o estados orgánicos agudos, así como a consecuencia de los efectos de drogas como la mescalina. Es raro que aparezcan en episodios agudos de esquizofrenia y en trastornos neuróticos. Por ejemplo (PIR 01, 67), "bajo los efectos de la mescalina, Antonio decía que veía sus manos enormes, y como alejadas de su cuerpo".

Distorsiones en la integración perceptiva

Son anomalías poco frecuentes que aparecen a veces en estados orgánicos y en la esquizofrenia, y en las que el paciente se muestra incapaz de relacionar dos o más percepciones procedentes de distintas modalidades sensoriales, por lo que el sujeto tendrá la sensación de que dichas percepciones proceden de fuentes distintas y luchan entre sí para atraer su atención. Un ejemplo de este fenómeno es la **escisión perceptiva**, en la que el objeto percibido se desintegra en elementos; el sujeto es, así, incapaz de integrar las percepciones que proceden de distintas modalidades sensoriales, y el objeto percibido se desintegra en sus elementos (PIR 02, 128). Por ejemplo, cuando vemos la televisión o conversamos con un amigo recibimos simultáneamente información por vía visual y auditiva. Si las conexiones entre ambas modalidades sensoriales no se han establecido correctamente o han fracasado, la persona tiene la sensación de que múltiples informaciones com-

ten por atraer su atención. Por ejemplo (PIR 01, 257), "cuando estoy delante de la televisión, veo al presentador y escucho su voz, pero me resulta imposible aunar ambas sensaciones, es como si no tuvieran nada que ver la una con la otra, la imagen con la voz".

Las escisiones pueden deberse sólo a las formas (y se denomina **morfolisis**), o a la disociación entre color y forma (y se denomina **metacromía**; por ejemplo, percibir el verde de la pizarra y la forma rectangular en dos campos perceptivos separados.

Por ejemplo (PIR 04, 225), "Manuela dice que cuando mira un cuadro no consigue juntar el color con las formas. Por ejemplo, cuando mira las Meninas de Velázquez, dice que por un lado ve las figuras y por otro los colores en que están pintadas".

Existe además un fenómeno opuesto a la escisión que recibe el nombre de **aglutinación**, y que consiste en que las distintas cualidades sensoriales se funden en una única percepción, y el sujeto se muestra incapaz de distinguir entre diferentes sensaciones. Por ejemplo, una persona escucha la radio y asocia los sonidos que percibe con el movimiento de los coches que ve en la calle, asocia ambas informaciones en una misma percepción. Una forma especial de este fenómeno es la **sinestesia**, en la que se produce una asociación anormal de las sensaciones de manera que una de ellas se asocia a una imagen que pertenece a un órgano sensorial diferente (por ejemplo, la audición coloreada, en la que los pacientes dicen "ver" colores al escuchar música). Por ejemplo, en su libro "Un antropólogo en Marte", O. Sacks cita el caso de un pintor que tras un accidente de tráfico pierde la percepción del color y, además, una sinestesia de la que antes del accidente disfrutaba: la audición coloreada. Cuando este paciente escuchaba música, cada nota y cada cambio se asociaban con la sensación de un color determinado. Desde el accidente no podía disfrutar de la música porque para él había perdido la mitad de sus componentes. Es importante tener en cuenta que hablamos de asociaciones (o pérdida de la asociación) entre sensaciones. Si habláramos de la asociación entre una percepción normal y una percepción alterada, nos encontraríamos ante una alucinación funcional o una alucinación refleja, conceptos que veremos más adelante.

Ilusiones: distorsiones en la estructuración de estímulos ambiguos

Las ilusiones son, al igual que otras distorsiones perceptivas, percepciones inadecuadas de un objeto concreto, es

decir, el percepto final no se corresponde con las características físicas "objetivas" del estímulo.

Según **Reed** (1988), en todos los casos podemos observar una cierta disposición personal a interpretar la estimulación en un sentido determinado, a la que se suma la ambigüedad o falta de definición clara del estímulo y/o de la situación en que lo percibimos, es decir, lo que ocurre en las ilusiones es que una estimulación ambigua se combina con una imagen mental concreta.

La **pareidolia** es un tipo de ilusión en la que el sujeto proporciona un significado a un estímulo ambiguo o poco estructurado, por ejemplo cuando un sujeto ve una cara en las llamas de una hoguera. No es, en absoluto, un fenómeno patológico (PIR 03, 104).

El **sentido de presencia** es otro ejemplo, en el que el sujeto tiene la sensación de no estar solo, aunque no haya ninguna otra persona presente ni pueda identificar estímulo alguno que le permita justificar tal sensación, tal como voces, etc. Es un fenómeno frecuente en ciertas situaciones vitales, como el cansancio físico extremo o la soledad en situación de reducción drástica de estimulación ambiental. Puede aparecer también asociado a estados de ansiedad y miedo patológicos, a esquizofrenia, a histeria y a trastornos mentales de causa orgánica.

En general, los estados emocionales intensos constituyen una causa principal de aparición de ilusiones; en estos estados el umbral perceptivo se eleva, el paciente se encuentra aturdimiento y ansioso, todo lo cual le predispone a experimentar ilusiones.

3. ENGAÑOS PERCEPTIVOS

En este apartado numerosos autores incluyen el prototipo de esta categoría, las alucinaciones, así como las pseudo-percepciones o imágenes anómalas.

ALUCINACIONES

Las alucinaciones son el trastorno prototípico de la psicopatología de la percepción, así como uno de los síntomas por excelencia para asegurar la existencia de una enfermedad mental (PIR 01, 66). Sin embargo, las alucinaciones no siempre indican la presencia de un trastorno mental, en ocasiones pueden aparecer en personas mentalmente sanas bajo ciertas condiciones estimulares. Las alucinaciones han sido también históricamente un objeto de deseo en determinadas culturas.

– La primera definición de alucinación se atribuye a **Esquirol** (1832), quien afirmaba que el sujeto que alucina "otorga cuerpo y realidad a las imágenes que la memoria recuerda sin la intervención de los sentidos". Unos años después **Ball** (1890), desde la escuela francesa, definía los fenómenos alucinatorios como "percepciones sin objeto". Esta definición se hizo extraordinariamente popular y fueron surgiendo a partir de ella gran cantidad de modelos y teorías explicativas que mantenían la idea central de "falsa percepción" de la alucinación, y muchas de las cuales siguen vigentes en los textos actuales. Estas posturas han sido calificadas como "**posturas perceptualistas**", y han recibido numerosas críticas desde distintas posiciones, principalmente porque el paciente que alucina distingue bien entre su imaginación y sus experiencias alucinatorias, que además conviven con el resto de sus percepciones normales. Otras críticas se refieren al hecho de que se trata de una conceptualización incorrecta de la definición de Esquirol, ya que no hace referencia al trastorno de la conciencia que suele acompañar a las alucinaciones y que, a través de la alteración del juicio de realidad, hace que el sujeto acepte estas imágenes como reales. **Reed**, entre otros, considera que la característica esencial de la alucinación es la convicción de realidad de individuo. La definición de Ball ha sido también calificada como inexacta y contradictoria, puesto que para que una percepción tenga lugar son necesarias la presencia de un objeto y una estimulación adecuada de los órganos sensoriales; si no se cumplen estas dos condiciones, no podemos calificar una experiencia como percepción.

Manuales de diagnóstico como el DSM-III-R derivan su planteamiento sobre las alucinaciones de la definición de Ball; definen la alucinación como "percepción sensorial sin estímulo externo del receptor correspondiente".

– Un segundo grupo de posturas señala en cambio la importancia de la "convicción íntima" ya apuntada por Esquirol frente a la importancia de los componentes sensoriales. La alucinación sería, para estos autores, fundamentalmente un fenómeno de creencia, de naturaleza intelectual. Por esta razón estas orientaciones han recibido el nombre de "**postura intelectualista**". Desde esta perspectiva se postula que se combinan en la alucinación dos aspectos de la creencia alucinatoria: la creencia de que se percibe algo (juicio psicológico) y la creencia de que lo que se percibe es real (juicio de realidad).

– Otro grupo de autores sigue también en cierto modo la línea de Esquirol, al considerar la alucinación una alteración tanto de pensamiento como de percepción, por lo que ha recibido el nombre de "**postura mixta**". Uno de los autores que comparten esta orientación, **Marchais** (1970),

planteaba las alucinaciones como percepciones sin objeto que implican la convicción del sujeto.

– Todas las posturas anteriores se enmarcan dentro de la psicopatología psiquiátrica tradicional. Uno de los primeros autores en ofrecer una perspectiva diferente fue **Horowitz** (1975), que planteó una definición de las alucinaciones desde un esquema típico del modelo del procesamiento de la información, para estructurar los diversos aspectos involucrados en la alucinación en base a tres procesos de conocimiento: **codificación, evaluación y transformación** de la información. Este autor propone que las alucinaciones son "imágenes mentales que se producen en forma de imágenes, proceden de fuentes internas de información, son incorrectamente evaluadas como procedentes de fuentes externas, y habitualmente se producen como una intrusión". También desde una perspectiva cognitiva, **Slade y Bentall** (1988) proponen una conceptualización de las alucinaciones como "una experiencia similar a la percepción que ocurre en ausencia de un estímulo apropiado, tiene toda la fuerza e impacto de la correspondiente percepción real y no es susceptible de ser dirigida ni controlada voluntariamente por quien la experimenta".

Cada una de las tres partes de esta definición constituyen características de las alucinaciones que no tienen otras experiencias parecidas y, por lo tanto, nos sirven para distinguir a las primeras de las segundas.

Así, el primer criterio, según el cual la alucinación ocurre en ausencia del estímulo **apropiado**, nos permite distinguirla de la ilusión. El aspecto de que el estímulo ausente sea el **apropiado** es fundamental: hemos dicho anteriormente que la persona que padece alucinaciones se encuentra, como el resto de las personas, en un contexto sensorial completo, que percibe a su vez como el resto de las personas que se encuentran en el mismo contexto. Sin embargo, entre todos esos estímulos no se encuentra el que da origen al engaño perceptivo.

Respecto al segundo criterio, que establece que la alucinación tiene toda la fuerza e impacto de la percepción real, nos permite diferenciar la alucinación de la pseudoalucinación. Según este criterio, el sujeto otorga a la alucinación todas las características de una percepción real, como la objetividad, la existencia, unos concomitantes conductuales, etc., es decir, el sujeto está convencido de que lo que experimenta tiene origen fuera de sí mismo, en el ambiente exterior, en el mundo real u objetivo. A esta característica la ha denominado Bentall (1990) "Ilusión de Realidad", y de ella carece (o al menos la critica) la persona que presenta pseudoalucinaciones, como más tarde veremos.

Según el tercer criterio, el sujeto no puede dirigir ni controlar voluntariamente esta experiencia alucinatoria. Este criterio nos permite distinguir la alucinación de otras clases de imágenes mentales vívidas, y se refiere a la dificultad o a la imposibilidad de alterar o reducir la experiencia por el simple deseo o voluntad de la persona, lo que suele traer como consecuencia que el sujeto la viva con miedo y angustia. No obstante, este criterio también lo van a cumplir en parte fenómenos como las ideas obsesivas, los delirios, las imágenes parásitas, las eidéticas o las hipnagógicas (PIR 07, 71; PIR 08, 25).

Para Slade y Bentall, a la hora de calificar una experiencia como alucinación, debemos considerar los tres criterios conjuntamente, y no ninguno de ellos aisladamente.

Dimensiones utilizadas en la definición de alucinación

Las alucinaciones, al igual que los delirios, no han de concebirse como fenómenos unidimensionales y discretos sino como puntos de un continuo funcional que va desde la conducta normal a la claramente psicótica. El modelo dimensional puede ser útil para la investigación psicopatológica, dado que facilita el análisis pormenorizado y la descripción matemática del fenómeno. Horowitz (1975), partiendo de la teoría de las representaciones mentales en imágenes, según la cual las alucinaciones serían imágenes internas que el sujeto atribuye erróneamente a una percepción externa, describe 4 dimensiones de la experiencia alucinatoria:

1. **Activación de la representación imaginaria:** alucinación como uso acentuado del sistema imaginario de representación.
2. **Input informativo interno intensificado.**
3. **Procesamiento erróneo.**
4. **Pérdida de control sobre el input interno.**

Según este modelo, la conducta alucinatoria surgiría de la conjunción de los 4 criterios que determinarían la experiencia holística a la que denominamos alucinación.

Junginger y Frame (1985), en un estudio sobre determinados aspectos fenomenológicos o descriptivos de las alucinaciones verbales mediante una escala autoevaluativa, describen 5 parámetros de las mismas: frecuencia, intensidad, localización, claridad y realidad.

Villagrán (1995) ha descrito 5 parámetros de la conducta psicótica, delirio y/o alucinación a partir de la experiencia clínica:

1. **Actualización:** incidencia o frecuencia de aparición de la conducta psicótica en el período de tiempo presente.
2. **Estructuración:** grado de precisión de las características formales del síntoma.
3. **Certeza:** grado de convicción con que el paciente sostiene que el síntoma pertenece al mundo empírico.
4. **Presión:** grado de afectación de las restantes conductas del paciente por la existencia del síntoma psicótico.
5. **Extensión:** número de situaciones y/o personas o grupos de personas que se ven implicados en la conducta psicótica.

Por último, Chen y Berrios (1996) han aislado 11 dimensiones de las alucinaciones en una escala de aplicación clínica:

1. **Insight:** conciencia de que el síntoma es producto de la propia mente.
2. **Viveza:** vaguedad o riqueza de detalles con las que se percibe la alucinación.
3. **Complejidad:** riqueza en el número de detalles y los componentes de la alucinación.
4. **Localización:** atribución del origen espacial.
5. **Intensidad:** severidad percibida del síntoma.
6. **Control:** extensión del control voluntario.
7. **Constancia:** variabilidad del contenido a lo largo del tiempo.
8. **Extravagancia: similitud con la percepción normal.**
9. **Situación:** restricción a lugares específicos.
10. **Atribución:** si el paciente atribuye la alucinación a un hecho o acontecimiento específico.
11. **Relación con los delirios:** extensión de la integración con delirios concomitantes.

El análisis de estas dimensiones se ha realizado de forma experimental, usando un proceso de redes neurales que se ha revelado más próximo a los procesos cognitivos humanos que la estadística multivariante tradicional.

Clasificación de las alucinaciones

Las alucinaciones se clasifican atendiendo a tres criterios: la complejidad que presentan, los contenidos sobre los que versan y la modalidad sensorial en la que aparecen. La Tabla II nos muestra los tipos de alucinaciones según la triple clasificación descrita.

Tabla II

Clasificación de las alucinaciones según complejidad, contenido y modalidad sensorial

Criterio	Tipo
• Complejidad	– Elementales – Complejas
• Contenidos	– Miedos, deseos, recuerdos, etc. – Culturales y/o religiosos – Situaciones vitales especiales – Relacionados con el contenido de los delirios
• Modalidad sensorial	– Auditivas – Visuales – Táctiles o hápticas – Olfativas – Gustativas – Somáticas o cenestésicas – Cinestésicas – Mixtas

Según la complejidad de las alucinaciones, podemos perfilar un continuo desde las denominadas **alucinaciones elementales** hasta las **alucinaciones complejas o formadas**. Las primeras consisten en impresiones difusas, sencillas e indiferenciadas, como ruidos o resplandores, zumbidos, etc. Las segundas llegan hasta la percepción de objetos concretos, como voces, personas, animales, música, escenas, conversaciones, etc. La mayor parte de las alucinaciones son simples o elementales. Además, debemos tener en cuenta, en la evaluación de los fenómenos alucinatorios, que cuanto menos compleja es una alucinación más probable es que subyazcan a ella causas bioquímicas, neurofisiológicas o neurológicas, y menos probable que se deba a trastornos mentales.

En función de los contenidos, podemos afirmar que como regla general están relacionados con las necesidades, conflictos, temores y preocupaciones del sujeto. Además, es frecuente que reflejen características culturales del medio en el que el sujeto se ha desarrollado; por ejemplo, los contenidos religiosos, expresan conflictos personales como culpa, vergüenza, inseguridad, baja autoestima, etc., frecuentes en el contenido alucinatorio en nuestra cultura. También ciertas situaciones o condiciones vitales extremas predisponen a alucinar sobre contenidos concretos. La mayoría de las veces, por último, el contenido alucinatorio se relaciona con el contenido del delirio; por ejemplo es frecuente la aparición de alucinaciones auditivas de voces amenazantes en los pacientes paranoides. Debemos tener en cuenta que aproximadamente el 90% de los sujetos que presentan alucinaciones presentan también delirios, si bien

sólo el 35% de los sujetos que presentan delirios sufre alucinaciones.

Según la modalidad sensorial, sabemos que las alucinaciones se experimentan con mayor frecuencia en las modalidades auditiva y visual, aunque también pueden darse en el resto, e incluso aparecer simultáneamente en varias modalidades, denominándose en este caso **alucinaciones multimodales** o **mixtas**. Salvo en los casos en que las alucinaciones son consecuentes a la ingestión de ciertas drogas, lo más frecuente es que las percepciones normales convivan con las alteradas. La tabla III nos muestra los trastornos que suelen cursar con anomalías perceptivas y las modalidades sensoriales en las que éstas se presentan más frecuentemente.

Tabla III

Trastornos que cursan con presencia de anomalías perceptivas y modalidades sensoriales más frecuentes en los distintos trastornos

Trastornos	Modalidad(es) sensorial(es)
<ul style="list-style-type: none"> • Auras epilépticas (Epilepsia temporal) • Delirium • Alucinosis alcohólica • Tumor cerebral • Trastorno paranoide • Esquizofrenia • Manía • Depresión mayor • Intoxicación por drogas • Histeria y trastornos conversivos 	<ul style="list-style-type: none"> – Auditiva y visual – Auditiva, visual, táctil y mixta – Auditiva – Auditiva y visual – Auditiva – Auditiva, visual y mixta – Auditiva – Auditiva – Visual – Auditiva y visual
<ul style="list-style-type: none"> • Otros: Déficits sensoriales <li style="padding-left: 20px;">Alteraciones fisiológicas <li style="padding-left: 20px;">Otras enfermedades del SNC <li style="padding-left: 20px;">Complicaciones quirúrgicas <li style="padding-left: 20px;">Síndrome y trastorno mental orgánico 	

Como vemos en la tabla, las **alucinaciones auditivas** son las más frecuentes y, dentro de ellas, las verbales. Pueden ir desde las más elementales (ruidos, pitidos, cuchicheos, murmullos, campanas, pasos, etc.), que reciben el nombre de **acoasmas**, hasta las más estructuradas, incluyendo palabras con significado claro, voces, que fueron denominadas **fonemas** por Wernicke. El **eco del pensamiento** es una forma de alucinación auditiva en la que el paciente oye sus propios pensamientos en voz alta a medida que los piensa (PIR 05, 111); el **eco de la lectura** es un fenómeno similar descrito por Baillarger, en el que el sujeto oye la repetición de lo que lee. Hablamos de **alucinaciones im-**

perativas cuando las voces dan órdenes al sujeto; estas voces hacen que la persona se sienta irremediamente obligada a ejecutar la orden. En general, las alucinaciones auditivas son especialmente frecuentes en la depresión y en la esquizofrenia. Las alucinaciones imperativas suelen aparecer en la depresión mayor, en psicosis exógenas y en estados orgánicos. Cuando hay **alucinaciones en segunda persona**, solemos estar típicamente ante un caso de depresión, por ejemplo cuando las voces hacen comentarios despectivos sobre el paciente ("eres un cobarde"); por el contrario, las **alucinaciones en tercera persona** son más típicas en la esquizofrenia ("es un cobarde") (PIR 04, 213). Por último, las alucinaciones auditivas también pueden aparecer en ciertos estados orgánicos agudos, como la **alucinosis alcohólica**; estos pacientes describen sin embargo sonidos pobremente estructurados o inconexos, alucinaciones elementales que suelen vivenciarse como desagradables o amenazantes, o bien fonemas o frases breves imperativas, también menos elaboradas que las que aparecen en la esquizofrenia o en la depresión mayor.

Las **alucinaciones visuales** pueden también ir desde imágenes elementales, denominadas **fotopsias** o **fotomas** (destellos, llamas, etc., bien estáticas, bien en movimiento, con colores vivos y luminosos o incoloras) (PIR 01,107), hasta las más complejas (figuras humanas, escenas de animales conocidos o fantásticos), que pueden aparecer en tamaño reducido y recibir el nombre de **lilliputienses**, o gran tamaño, en cuyo caso se denominan **gulliverianas**. Las alucinaciones complejas aparecen en forma de visiones escénicas similares a las de los sueños, como ocurre en los estados confusionales y delirios tóxicos, en los que el contenido y el tono afectivo acostumbra a ser sobrecogedor y terrorífico (por ejemplo las visiones religiosas del infierno). Por último, una variedad inusual de alucinación visual es la **autoscopia** o "**imagen del espejo fantasma**", en la que el individuo se ve a sí mismo como un doble reflejado en un cristal, frecuentemente con una consistencia gelatinosa y transparente, y con el conocimiento de que la figura que se ve es uno mismo. En el fenómeno contrario, la **autoscopia negativa**, el sujeto no se ve a sí mismo cuando se refleja su imagen en el espejo. Estos procesos alucinatorios suelen aparecer en estados orgánicos (como la epilepsia temporal) o en la esquizofrenia. En general, en nuestra cultura las alucinaciones visuales son más frecuentes en los estados orgánicos agudos con pérdida de conciencia como el delirium tremens, en el que el contenido de la alucinación es a menudo la visión de animales repugnantes, experiencia que a menudo se vive con terror; son también frecuentes las alucinaciones visuales en los estados consecutivos a la intoxicación por alucinógenos. Son poco frecuentes en la esquizofrenia.

Las **alucinaciones olfativas** son poco frecuentes. Pueden aparecer en la depresión, en la esquizofrenia, en el aura de la epilepsia y en estados orgánicos como lesiones en el uncus del lóbulo temporal. Los sujetos que las sufren casi siempre refieren oler algo desagradable, y pueden interpretar tales experiencias como una agresión o persecución del mundo exterior o mantener que son ellos mismos los que producen y emiten los olores. Lo más frecuente es que aparezcan asociadas a las alucinaciones gustativas.

Las **alucinaciones gustativas** son experimentadas también por los sujetos como la percepción de gustos desagradables, que pueden asimismo atribuir a fuentes externas o a su propio cuerpo. Son poco frecuentes y suelen aparecer en histeria, alcoholismo crónico, epilepsia del lóbulo temporal o episodios maníacos, aunque lo más frecuente es que aparezcan en la esquizofrenia (en cuyo caso es habitual que coexistan con el delirio de ser envenenado), depresiones severas y estados delirantes crónicos. Pueden también indicarnos la posibilidad de irritabilidad del bulbo olfatorio o incluso de tumor cerebral. Suelen ir acompañadas de alucinaciones olfativas.

Las **alucinaciones táctiles** o **hápticas** pueden manifestarse en cualquier parte del cuerpo, sintiéndose el sujeto tocado, pellizcado, etc., o sintiendo calambres por supuestas corrientes eléctricas o que se está quemando alguna parte de su cuerpo. Clásicamente se han dividido en **activas** y **pasivas**; las primeras son poco frecuentes y aparecen principalmente en los delirios tóxicos, como el delirium tremens, donde el enfermo siente que toca insectos, hilos, etc., mientras que en las segundas el paciente cree que algo o alguien le toca, le quema, le sopla, le pincha, le estrangula, etc., pudiéndose acompañar o no estas sensaciones de dolor. En las **alucinaciones térmicas** aparecen percepciones anormales y extremas de calor o frío; en las **hídricas**, se perciben fluidos; las **parestesias** o sensaciones de hormigueo, además del origen orgánico claro, pueden ser interpretadas de modo delirante. Las alucinaciones hápticas aparecen con mayor frecuencia en la esquizofrenia. Una forma específica es la conocida como **formicación**, **delirios dermatozoicos**, **zoopáticos**, o **enterozoicos** que consiste en la percepción de pequeños animales o insectos reptando por debajo o encima de la piel; este fenómeno es especialmente característico de estados orgánicos como la abstinencia de alcohol o la psicosis cocaínica.

Las **alucinaciones corporales**, **somáticas**, **cenestésicas** o **viscerales** se refieren a sensaciones peculiares que el paciente percibe en el interior de su cuerpo, o que afectan a sus órganos internos y externos, o a sus miembros más distales. Suelen tener lugar en la esquizofrenia y coexistir

con delirios bizarros. Por ejemplo (PIR 00, 40; PIR 07, 74) (preguntas idénticas), “cuando me desperté sentí como una oleada de intenso frío interior y fue entonces cuando vi que mi corazón había salido de mi cuerpo y yacía en el suelo”. Una variante poco frecuente de este tipo de alucinación es la asociada a los delirios zoopáticos anteriormente descritos.

Las **alucinaciones cinestésicas** se refieren a la percepción de movimiento de ciertas partes del cuerpo que no se están moviendo realmente. Pueden aparecer en la esquizofrenia, aunque son más frecuentes en los trastornos neurológicos, como por ejemplo la enfermedad de Parkinson, en la que antes de que comience a manifestarse el temblor, los enfermos experimentan frecuentemente la sensación de estar temblando interiormente. Se han descrito también algunos casos de este tipo de alucinación tras la retirada de tratamientos con benzodiazepinas. Por ejemplo (PIR 04, 221), “Un paciente diagnosticado de la enfermedad de Parkinson describe la sensación de estar temblando interiormente y de que sus piernas giran y se retuercen. Sin embargo, el evaluador constata que no se produce el más ligero movimiento” sería un ejemplo de dicha alteración en dicha modalidad.

Variantes de la experiencia alucinatoria

En este apartado recogeremos algunos tipos especiales de alucinación no clasificables según los criterios de complejidad, contenido o modalidad sensorial.

1º. Las **pseudoalucinaciones** fueron descritas por Griesinger (1845) como “**alucinaciones pálidas**” y posteriormente por Kahlbaum (1866) como “**alucinaciones aperceptivas**” y por Hagen (1868) con el nombre actual. Comparten características de las imágenes y de las alucinaciones, es decir, el que las experimenta percibe su subjetividad (las experimenta en el espacio interno subjetivo, como las imágenes), tienen los mismos elementos sensoriales de las alucinaciones (viveza, etc.), y el sujeto no puede controlarlas a voluntad (igual que las alucinaciones), o al menos le resulta muy difícil (PIR 00, 37).

Normalmente tienen lugar en las modalidades auditiva y visual (PIR 01, 69), y suelen asociarse a estados hipnagógicos e hipnópticos, trance, fatiga, privación sensorial y uso de drogas, especialmente alucinógenos. Aparecen, por tanto, en situaciones de descenso de la claridad de la consciencia o del estado normal de alerta. Se caracterizan, a diferencia de las alucinaciones, por la **ausencia de convicción de realidad** por parte del sujeto, por lo que las describe como visiones, imaginaciones, etc. A diferencia de las alucinaciones, pueden aparecer en personas

sanas que pasan por momentos de crisis, por ejemplo tras un suceso emocionalmente impactante como la pérdida de un ser querido. En estos casos, la persona que las experimenta no las considera "reales", sino consecuencia de su situación en ese momento.

De Jaspers (1975) procede la definición de estos fenómenos como una clase de imágenes mentales que, aunque claras y vívidas, no poseen la sustancialidad de las percepciones; se dan sin ausencia de consciencia y se localizan **en el espacio interno subjetivo**. Así, para este autor, más que como un tipo de alucinación deberán ser consideradas como un tipo especial de imagen mental, y de hecho esta concepción ha tenido como consecuencia que muchos autores calificquen como pseudoalucinaciones todas aquellas alucinaciones que el paciente no considera reales.

Esta cuestión y algunos hallazgos clínicos (como el de Sedman (1966), que observó que a veces los pacientes padecían alucinaciones pero las definían como pseudoalucinaciones, es decir, como experiencias subjetivas) han hecho pensar si esta clase de experiencia se debe considerar como pseudoalucinación o como una verdadera alucinación. Para Sedman, por ejemplo, la cuestión estriba en la cualidad de la realidad de la experiencia, es decir, que hablaríamos de alucinación siempre que el sujeto informara de que su experiencia es tan vívida y convincente como cualquier percepción real. Para Hare (1973), siguiendo a Jaspers, la diferencia entre ambos fenómenos podría explicarse apelando a la existencia de un continuo de "convicción de realidad" de la experiencia alucinatoria, que en realidad se puede aplicar a la totalidad de las experiencias mentales que se acompañan de juicios de realidad (para Hare el continuo es de "insight").

Slade y Bentall (1988), plantean el caso de pacientes que han experimentado alucinaciones repetidamente en el pasado y, aunque actualmente tengan alucinaciones vívidas, pueden haber aprendido de las experiencias pasadas que lo que está experimentando es una alucinación. En este caso, ¿podríamos hablar de alucinaciones o sólo de pseudoalucinaciones? Estos autores proponen que para que una experiencia sea calificada como alucinación en estos casos, basta con que la experiencia se parezca en todos los aspectos a la percepción real correspondiente, y no es necesario que el sujeto crea que pertenece al mundo exterior.

Pseudoalucinación: notas aclaratorias

En realidad, no está claro cuál es el significado psicopatológico del término y su importancia diagnóstica. La historia también es confusa al respecto, en parte porque el desa-

rollo del término pseudoalucinación se ha confundido con los conceptos surgidos para denominar las "falsas alucinaciones" y de algunos fenómenos empíricos relacionados (Berrios y Dening, 1996).

En general, las pseudoalucinaciones se han considerado bajo dos puntos de vista: como un tipo de alucinación con insight, y, como imágenes internas muy vívidas que difieren de las alucinaciones en la ausencia del carácter de objetividad y realidad, es decir, en la falta de proyección en el mundo exterior.

No obstante, el uso del término pseudoalucinación ha sido más generalizado que las definiciones anteriores y también se ha aplicado a:

- 1) Fenómenos que cumplen criterios de alucinación e ilusión.
- 2) Alucinaciones en sujetos sin enfermedad mental.
- 3) Falsas percepciones ocurridas en la remisión de la psicosis.
- 4) Alucinaciones facticias en simuladores, y,
- 5) Percepciones normales que inicialmente parecen ser alucinaciones (por ejemplo, recepción de ondas de radio en la amalgama de los empastes dentales).

Por último, **Kräupl Taylor (1981)** distingue dos tipos de pseudoalucinaciones:

- a) Percibida** (alucinación, externa o interna, con insight).
- b) Imaginada** (imagen interna vívida).

Finalmente, el **DSM-IV-TR (2000)** sólo menciona la pseudoalucinación en una ocasión, como síntoma que puede observarse en el **trastorno de conversión**, y lo define como "un tipo de alucinación caracterizada por el mantenimiento del sentido de la realidad, la implicación de diferentes modalidades sensoriales, el contenido infantil, ingenio y fantástico, y por tener un significado psicológico" (APA, 2000).

2º. Las **alucinaciones funcionales** tienen lugar cuando un estímulo desencadena una alucinación, pero es percibido al mismo tiempo que la alucinación y en la misma modalidad sensorial. A diferencia de las ilusiones, en las que se produce una interpretación errónea de un estímulo externo, en este caso lo que sucede es que la percepción correcta del estímulo se superpone a la alucinación. Se denomina funcional porque la aparición de la percepción alterada está en función de la aparición de estímulos externos, y aparece y desaparece con ellos, por ejemplo, un sujeto que comienza a oír una voz al mismo tiempo que oye las campanadas del reloj, pero la voz desaparece cuando se

acaban las campanadas. Este fenómeno aparece fundamentalmente en la esquizofrenia, especialmente en pacientes crónicos (PIR 02, 150; PIR 05, 112). Si un paciente dice que puede "oír la voz de Dios al mismo tiempo que oye las campanadas del reloj de la iglesia, y cuando las campanadas cesan de tocar deja de oír esa voz" sería un ejemplo de alteración en esta modalidad.

3°. La **alucinación refleja** es una variedad mórbida de la sinestesia en la que una imagen correcta basada en una modalidad sensorial específica se asocia con una imagen alucinatoria basada en otra modalidad sensorial diferente, es decir, un estímulo determinado provoca una alucinación en una modalidad sensorial diferente, por ejemplo un sujeto que siente un dolor cada vez que otra persona emite una determinada conducta, y está convencido de que es esa conducta la que provoca su dolor. Por ejemplo (PIR 08, 28). "Cuando me voy a dormir y los perros de mi vecino empiezan a ladrar siento que todo mi cuerpo, las sábanas, y hasta la habitación entera despiden un olor insoportable a excrementos", también (PIR 01, 71).

4°. En la **alucinación negativa** el sujeto no percibe algo que realmente existe. Sin embargo, estos pacientes tampoco se comportan como si la ausencia del objeto fuera real, lo que ha originado que algunos autores opinen que probablemente este fenómeno esté más relacionado con la sugestión que con los engaños perceptivos. Por ejemplo (PIR 05, 109, 110).

5°. En la **autoscopia o fenómeno del doble**, el sujeto se ve a sí mismo sabiendo que es él. Además de consistir en una alucinación visual, suele acompañarse de sensaciones somestésicas y somáticas que confirman al sujeto que la persona que ve es él mismo (PIR 05, 102). En el fenómeno contrario, la **autoscopia negativa**, el sujeto no se ve a sí mismo cuando se refleja en un espejo. Este fenómeno puede aparecer en pacientes con estados delirantes, algunos esquizofrénicos, estados histéricos, lesiones cerebrales, estados tóxicos, etc., pero también en sujetos normales bajo estados de intensa alteración emocional, o si se encuentran exhaustos o muy deprimidos.

6°. Las alucinaciones **extracampinas** se experimentan fuera del campo visual, por ejemplo, un paciente que ve a alguien sentado detrás cuando está mirando al frente. Se diferencia del "sentido de presencia" ya descrito en que en éste el sujeto tiene la sensación de que hay alguien presente, pero no ve ni oye nada que se lo confirme. Por ejemplo (PIR 02, 136), si un paciente puede ver a alguien sentado detrás de él cuando está mirando de frente decimos que tiene una alucinación extracampina.

Guías para el diagnóstico de las experiencias alucinatorias (Belloch, Baños, Perpiñá, 2008)

Generalmente se cumple la siguiente regla:

a) Alucinaciones en **cuadros orgánicos**: de carácter **visual** (excepción: alucinosis alcohólica). Por definición, las **alucinaciones visuales, gustativas y olfatorias** son sugerentes de enfermedad médica o consumo de sustancias (DSM-IV-TR, 2000).

b) Alucinaciones en **cuadros no orgánicos**: de carácter **auditivo** (excepción: trastorno conversivo).

Pero en muchas ocasiones la única información de la que disponemos es el informe verbal del paciente sobre la presencia de alucinaciones, y esto conlleva un margen de error importante. **Ludwig (1986)** da algunas orientaciones para intentar valorar si el paciente tiene alucinaciones realmente:

a) **Claridad del informe verbal**. Por lo general, cuanto más vaga es la experiencia, su naturaleza es menos convincente y su informe más borroso. Las alucinaciones auditivas y visuales son las que más fácilmente se describen.

b) El 90% de las personas que tiene alucinaciones tiene también delirios, pero sólo un 35% de los que tienen delirios tienen también alucinaciones. Estos datos describen la tendencia de la mayoría de las personas a intentar dar explicaciones de las experiencias perceptivas anómalas.

c) El 20% aproximadamente de los pacientes tiene alucinaciones que son mezcla de distintas modalidades sensoriales (variable que hay que explorar en la entrevista).

d) Cuanto más crónica es la enfermedad, menos perturbadoras suelen ser las alucinaciones para el paciente, y por lo tanto, más probable que no hable de ellas de forma espontánea.

e) Cuanto menos formada estén las alucinaciones, más probable es que se deba a causas orgánicas. Y a la inversa, cuanto más complejas y formadas, más probable es que se trate de síntomas en un trastorno mental (esquizofrenia, por ejemplo).

Algunas de las respuestas emocionales más frecuentes (Soreff, 1987) son: terror, desagrado, agrado, indiferencia y curiosidad. Las respuestas conductuales más habituales se reducen a: retirada, huida, violencia.

Trastornos y contextos de aparición de las alucinaciones (PIR 01, 68; PIR 04, 153)

En general, dentro de nuestra cultura, la presencia de alucinaciones debe hacernos investigar la existencia de un trastorno psicopatológico con ruptura de la realidad, que puede ser o no transitorio, y tener o no etiología orgánica.

– En la **esquizofrenia** aparece una amplia variedad de trastornos perceptivos, siendo las alucinaciones las más representativas. Las más frecuentes son las auditivas, seguidas de las visuales, somáticas, olfativas, táctiles, y por último gustativas. En los períodos de remisión las alucinaciones auditivas pueden adoptar contenidos más positivos, y en general el sujeto tiene más control sobre ellas que en las fases agudas, donde además suelen tener contenidos más acusadores, demandantes o imperativos.

Kurt Schneider (1959) otorgó un valor diagnóstico de esquizofrenia de primer rango a las alucinaciones auditivas, que según él serían los tres siguientes:

- 1) Percepción de comentarios continuos sobre las acciones del sujeto.
- 2) La percepción de voces que hablan sobre el paciente en tercera persona.
- 3) El eco del pensamiento.

Si son visuales, se pueden distinguir de las de origen orgánico en dos aspectos: porque suelen coexistir con alucinaciones en otras modalidades, y porque tienden a aparecer continuamente (salvo durante el sueño), a diferencia de las de base orgánica, que aparecen con mayor frecuencia durante la noche.

El contenido de otros tipos de experiencia alucinatoria en la esquizofrenia suele ser acorde con los delirios, por ejemplo notar sabor a veneno en la comida.

– En los trastornos afectivos mayores, las alucinaciones auditivas son las más frecuentes, y pueden ser congruentes o incongruentes con el estado de ánimo. Cuando en uno de estos trastornos aparecen alucinaciones, comienzan a ser considerados severos o "episodio con características psicóticas".

En la **depresión mayor**, sólo el 25% de los sujetos informa de la presencia de alucinaciones y otras alteraciones perceptivas. Si las hay, suelen ser auditivas y congruentes con el estado de ánimo, por ejemplo oír voces que acusan o culpabilizan al individuo. Pueden aparecer en la modalidad visual escenas de cementerios, torturas, etc. Si aparecen en la modalidad olfativa, el paciente huele en sí mismo

olores que le sugieren un estado de putrefacción de su propio cuerpo, o bien se queja de dificultad para discriminar unos olores de otros ("todo huele igual"). Las alucinaciones gustativas, si aparecen, suelen coincidir en contenido y sentido con las olfativas.

En los episodios maníacos también se estima que sólo un 25% de los pacientes sufre alucinaciones. Normalmente se presentan en las modalidades auditiva o visual; en el primer caso es frecuente que las voces comuniquen al individuo alguna misión o estatus especial, en el segundo son comunes las visiones inspiradoras o panorámicas. Pueden distinguirse de las alucinaciones del esquizofrénico en la mayor brevedad y en que no suelen tener un carácter imperativo. El paciente suele criticar sus alucinaciones cuando el episodio ha remitido.

– En el síndrome orgánico del estado de ánimo, si aparecen alucinaciones, son similares a las que aparecen en los trastornos del estado de ánimo. Las alucinaciones y las ideas delirantes son más frecuentes en la forma maníaca del trastorno que en la depresiva. Este cuadro puede responder a causas diversas, desde sustancias como la reserpina, la metildopa y ciertos alucinógenos, a alteraciones endocrinas como el hiper e hipotiroidismo, el hiper e hipoadrenocorticalismo, o incluso el trauma craneal.

– En las deficiencias sensoriales también pueden aparecer alucinaciones, fundamentalmente en las que constituyen pérdida de agudeza visual o auditiva, y de manera especial si esta pérdida tiene lugar en la vejez.

En lo que se refiere a la sordera, pueden aparecer alucinaciones elementales o formadas (canciones, voces familiares, etc.). Estas experiencias se producen principalmente en situaciones o períodos de bajo ruido ambiental y el sujeto puede llegar a controlarlas con entrenamiento en concentración o en subvocalización. Ninguno de los casos en que se han descrito estos fenómenos eran casos de sordera completa, y en general los fármacos antipsicóticos son poco eficaces para tratarlos.

En la ceguera progresiva y en la pérdida visual por daño del quiasma óptico también se han descrito alucinaciones. En este contexto hay que destacar el **síndrome de Charles Bonnet**, un trastorno alucinatorio que aparece en ancianos con patología orgánica central o periférica, y que se caracteriza principalmente por la presencia de alucinaciones liliiputienses, sobre todo al anochecer, y en el que no hay delirios ni alucinaciones de otra modalidad.

Las alucinaciones que se asocian a déficit sensorial suelen denominarse **alucinaciones "liberadas" o "emitidas"**,

debido a que los estudios de privación sensorial han puesto de manifiesto que los bajos niveles de estimulación causan la desinhibición de los circuitos relacionados con la percepción, de manera que los trazos perceptivos de acontecimientos experimentados anteriormente son "liberados" a la conciencia. Estos datos no son aún concluyentes, puesto que se sabe que altos niveles de estimulación también pueden conducir a alucinaciones de este tipo.

– Diversas variaciones fisiológicas también pueden dar lugar a la aparición de alucinaciones. Entre ellas, una temperatura corporal anormalmente alta o baja, la privación de alimento o de bebida, así como el exceso, o bien la hiperventilación, que puede provocar alucinaciones visuales y auditivas.

– Una gran variedad de enfermedades del SNC producen alucinaciones, entre ellas el síndrome postcontusional, migrañas, meningiomas, encefalitis víricas, etc. En función de la localización del daño o tumor, las experiencias alucinatorias pueden variar enormemente.

En cuanto a las lesiones focales del cerebro, está demostrado que para que se produzcan alucinaciones tiene que permanecer intacto el córtex temporal. Las alucinaciones consecuentes a tumor cerebral son de gran viveza. La localización del daño modificará la modalidad en la que aparezca la alucinación. Las lesiones en el lóbulo temporal pueden dar lugar al fenómeno del doble o a alucinaciones negativas, además de alucinaciones olfativas, auditivas o visuales. Las lesiones en los lóbulos occipitales pueden generar alucinaciones visuales. Las lesiones en el hipocampo producen distorsiones liliputienses, cambios en la imagen corporal y percepciones olfativas desagradables.

En la epilepsia del lóbulo temporal los episodios comienzan a menudo con una experiencia alucinatoria elemental (música, destellos, luces, olores, etc.) que aparecen normalmente en la modalidad olfativa o gustativa, aunque ocasionalmente puedan ser auditivas y visuales.

– Diversas complicaciones quirúrgicas pueden también dar lugar a procesos alucinatorios. La **quetamina** es un anestésico general que produce alucinaciones, normalmente visuales, e incluso puede producir delirium; se han descrito también flash-backs después de varias semanas tras su utilización. El **miembro fantasma** es una experiencia que surge inmediatamente después de una amputación; suele producirse en los miembros más distales, como los dedos, y recoge alucinaciones cenestésicas en las que el paciente percibe sensaciones, movimientos, etc. en el miembro ya inexistente. El **dolor fantasma** consiste en la percepción de dolor en el miembro extirpado; no ocurre en todos los

casos de extirpación, normalmente sólo aparece en los casos en los que ya existía una patología previa, y siendo infrecuentes en los casos de amputación debida a accidente.

– Otras diversas condiciones pueden dar lugar a alucinaciones y otros trastornos perceptivos, condiciones que pueden relacionarse bien con la ingesta de determinadas sustancias, bien por los síndromes de abstinencia posteriores.

Estudios experimentales

La importante carga de subjetividad asociada al fenómeno de las alucinaciones tiene como consecuencia que sea muy difícil de atrapar experimentalmente. No obstante, existen algunos estudios en los que se ha intentado reproducir artificialmente la alucinación. Algunos de ellos estudian las condiciones ambientales bajo las cuales se producen las alucinaciones, colocando a los sujetos en situaciones de privación sensorial; otros intentan provocar experiencias alucinatorias, principalmente mediante el uso de sustancias alucinógenas; por último, otros buscan aislar las características cognitivas de las personas que confunden su imaginación con la realidad externa, observando cómo responden algunas personas a la sugestión y al condicionamiento sensorial. A continuación veremos detenidamente cada uno de estos casos.

Dentro del primero, encontramos los estudios de Hebb principalmente, en los que colocaba a estudiantes universitarios mentalmente sanos en **condiciones de privación sensorial**. Este autor y su equipo intentaban analizar lo que sucedía cuando el input sensorial se volvía monótono o decrecía drásticamente, hasta que se volvía casi inexistente, y encontró que tras este tipo de experiencia los sujetos mostraban un estado afectivo alterado, que iba desde la irritación y el pánico hasta la apatía, acompañados de diversas anomalías perceptivas, incluyendo alucinaciones. De estas observaciones concluyeron que las alucinaciones constituían una respuesta "normal" a la ausencia y/o disminución drástica de estimulación ambiental.

Trabajos posteriores, no obstante, llevaron a una conclusión mucho más moderada, ya que constataron que había importantes diferencias individuales en cuanto a la naturaleza de las alteraciones perceptivas que tenían lugar en estas condiciones, por lo que se optaba por no denominarlas alucinaciones. Así, Zuckerman (1969) propuso denominarlas "sensaciones visuales o auditivas informadas", que podía ser de "tipo A" (simples, como destellos, tonos, sonidos fragmentados) o de "tipo B" (complejas, con un contenido significativo). El mismo autor y más tarde Slade (1984) comprobaron que estas experiencias progresaban

del tipo A al B a medida que los sujetos pasaban más tiempo en condiciones sensoriales de privación. Además, las más frecuentes en estos estudios eran sensaciones de tipo A, seguidas por sensaciones de tipo B visuales, y las menos frecuentes eran sensaciones de tipo B auditivas (sólo referidas por un 15% de los sujetos), por lo que Slade y Bentall (1988) y Reed (1988) sugieren que las alteraciones perceptivas que tienen lugar en este tipo de situaciones dependen más de variables de personalidad, expectativas de los sujetos y, sobre todo, sugestión, que de la situación ambiental en sí.

Otro grupo de estudios de gran importancia dentro de los relacionados con las condiciones estímulares son los realizados por Margo, Hemsley y Slade (1981) y Slade (1974) con pacientes que presentaban alucinaciones. Los autores sometieron a los sujetos a distintas situaciones o tareas experimentales que diferían en cuanto a la complejidad estimular y, como consecuencia, en cuanto a la cantidad y calidad de los recursos atencionales que el paciente debía emplear. Las situaciones variaban desde la ausencia de estimulación a la presencia de estímulos y tareas complejos que exigían un importante esfuerzo atencional, además de situaciones en las que existía estimulación pero era incomprendible para los sujetos. Los autores observaron que cuanto menos compleja estímulamente era la situación, más claras y duraderas eran las alucinaciones; y, por el contrario, cuanto más compleja era la situación, menos claras y frecuentes eran las alucinaciones.

Slade y Bentall (1988) resumen el conjunto de los resultados más consistentes de estos estudios proponiendo que la estimulación escasa o poco estructurada y de baja intensidad aumenta la probabilidad de que aparezcan alucinaciones. Y éstas pueden inhibirse o controlarse si se pide al paciente que realice alguna tarea que tenga que ver con la utilización de las habilidades verbales (leer, tomar notas sobre algo, prestar atención y juzgar estímulos auditivos como relatos, etc.) (PIR 01, 72).

Un segundo tipo de estudios trata de **provocar experiencias alucinatorias mediante el uso de sustancias**, principalmente alucinógenos y otras sustancias psicóticomiméticas, es decir, que producen alteraciones de la conciencia y mimetizan estados psicóticos (el LSD y mescalina como alucinógenos, por un lado, y cannabis o marihuana, por otro). La sustancia más popular en los estudios sobre las alucinaciones ha sido el LSD, y de estos estudios se ha concluido que los efectos de la sustancia varían más en función de la personalidad, las expectativas y el contexto en que se consume la sustancia, que en función de la propia reacción a la droga. No obstante, el principal autor dentro de esta línea, Hoffman (1955), describió las altera-

ciones perceptivas provocadas por esta sustancia, que son casi paradigmáticas. Los estudios sensoriales y perceptivos con esta sustancia se han centrado en la modalidad visual, y en este sentido Sadava (1984) ha observado que el estado inducido por el LSD va acompañado por un período de hipersugestionabilidad.

En el contexto de estos estudios, Slade y Bentall (1988) advierten que nos encontramos ante un obstáculo insalvable, y es que la cualidad fenomenológica del tipo de alucinaciones que provocamos experimentalmente mediante sustancias y la que presentan los pacientes en estados psicóticos es completamente diferente. Aunque padecen alteraciones perceptivas, los sujetos saben que son un producto "interno" y no les atribuyen un **juicio de realidad**, no creen que sean reales y, si lo creen, es sólo mientras permanecen bajo los efectos de la droga, y no después. Además, bajo los efectos del LSD prácticamente todas las percepciones están alteradas, y ya hemos visto cómo una característica definitoria de la alucinación es que convive con el resto de percepciones normales. Esta coexistencia de las alucinaciones en un fondo de percepción normal es imposible tanto en los estudios de privación sensorial como de uso de sustancias alucinógenas.

Además, en ambos tipos de estudios las imágenes que aparecen son muy elementales, muy poco formadas, y sólo después de mucho tiempo o con más experiencia aparecen más estructuradas y significativas. Las alucinaciones, por el contrario, son desde el momento en que aparecen completamente formadas y con significado.

Otra diferencia de cualidad entre las alucinaciones y estos fenómenos perceptivos experimentales se refiere a la reacción emocional del sujeto ante esta experiencia. Así, mientras que el esquizofrénico agudo despliega una gama de respuestas emocionales ante la alucinación, el sujeto del estudio de privación sensorial reacciona con sorpresa o con monotonía, y el del experimento con sustancias lo hace con curiosidad o con divertimento, al menos en los momentos iniciales.

En definitiva, estos experimentos no parecen reunir la validez necesaria para investigar la naturaleza fenomenológica de las alucinaciones verdaderas, aunque son muy valiosos para el conocimiento de la pseudoalucinación.

Un tercer grupo de estudios trata de explicar el **papel de la sugestión** en el fenómeno alucinatorio, y es que ya en 1895 Seashore demostró que se podía inducir a los sujetos a "ver" cosas donde no existían. El autor pedía a sus sujetos que caminaran por un pasillo poco iluminado y se detuvieran cuando vieran una luz. Nunca apareció tal luz, pero

todos los sujetos se detuvieron porque “la habían visto”. Los experimentos de condicionamiento sensorial, que requieren dar respuestas rápidas a estímulos difícilmente discriminables, constatan el mismo fenómeno: los sujetos continúan dando respuestas aunque haya cesado la serie de estímulos a los que debían responder. Estos experimentos comparten un importante factor: la expectativa de que en algún momento se va a percibir algo, que de hecho se percibe. Los estudios que tratan de inducir alucinaciones en estado de hipnosis se encuentran en este grupo, pero tienen el inconveniente de que sólo funcionan con personas muy sugestionables y susceptibles de ser hipnotizadas.

Como resumen de los resultados de los tres tipos de estudios que venimos describiendo, podemos decir que aunque han logrado reproducir en general la experiencia alucinatoria en la forma, no lo han hecho en cuanto al contenido y a su significación psicológica, tanto a nivel cognitivo como emocional y comportamental. Las experiencias que han conseguido reproducir no son iguales a las alucinaciones: éstas son mucho más complejas, aparecen espontáneamente (al menos no en relación con ninguna instrucción), tienen un significado afectivo y emocional relacionado con el resto de la psicopatología del paciente y normalmente se acompañan de otros síntomas mentales.

Un último grupo de experimentos correlacionales ha tratado de analizar las diferencias entre lo que podemos llamar **“imaginadores” normales y las personas con alucinaciones**. Estos estudios comparten el interés por subrayar la importancia que tienen los procesos de inferencia en la habilidad para discriminar entre hechos reales e imaginarios, aportando distintas evidencias del uso de procesos de razonamiento cuando en la vida cotidiana decidimos si un hecho percibido o una memoria corresponden a algo real (externo) o a algo autogenerado (interno). Por ejemplo, Johnson y Raye (1981) elaboran la idea de un proceso que denominan “control de realidad” (*reality monitoring*) que nos permite saber si un recuerdo corresponde a una experiencia que hemos vivido (real) o que hemos imaginado (autogenerada). El fallo en este dispositivo provocaría fenómenos como la criptoamnesia, que se refiere a la creencia de un investigador de que ha tenido una idea (elemento autogenerado) cuando en realidad esa idea la ha oído por boca de otra persona (elemento real). El caso opuesto también puede suceder, y de hecho lo encontramos cotidianamente, cuando pensamos que ha ocurrido realmente algo que hemos generado mentalmente (soñado, imaginado, concluido, etc.). Así, los errores de inferencia que según estos estudios aparecen en la alucinación (creer que es real algo que es producción interna) aparecen también en personas sanas en distintos contextos.

También dentro de estos estudios sobre la imaginación en pacientes con alucinaciones se encuentran los de Segal y Nathan (1964) y Seitz y Molholm (1974). Los primeros demostraron que, a pesar de lo que se creía (que las personas con mayor facilidad para imaginar tenían también menor poder de discriminación), aquellas personas que imaginaban con facilidad también tenían un mayor poder de discriminación sobre lo que era real y lo que era imaginado, es decir, estaban más familiarizados con sus experiencias internas o autogeneradas. Los segundos demostraron que las imágenes mentales de las personas que padecen alucinaciones son, al contrario de lo que se pensaba, muy débiles en determinadas modalidades sensoriales (a las que calificó por ello de “menos preferidas”), y esto provoca que las imágenes en estas modalidades sensoriales “menos preferidas” puedan ser representadas mentalmente de forma errónea, provocando alucinaciones. Heilbrun y Blum (1984) apoyaron empíricamente esta propuesta al encontrar que los sujetos con alucinaciones auditivas manifestaban una menor preferencia por las imágenes auditivas en comparación con otros enfermos mentales.

Teorías psicológicas sobre las alucinaciones

Slade y Bentall (1988) clasifican las teorías psicológicas sobre las alucinaciones en tres grupos: las teorías de la “destilación” (“seepage theories”); las de las representaciones mentales y las de la subvocalización. Vamos a centrarnos en las características más importantes de cada grupo, para más tarde detenernos en la aportación de los propios autores, realizar unamención a la teoría psicodinámica y terminar con la descripción de las teorías de la atribución errónea (en donde se inserta también la de Slade y Bentall).

1. Teorías de la “destilación” (“seepage theories”)

Estas teorías entienden las alucinaciones como resultado de una “destilación” en la conciencia de la actividad mental, que en condiciones normales, permanecería a nivel preconsciente. Se pueden destacar dos autores dentro de este grupo, West (1962) y C.D. Frith (1979). Para **West** las alucinaciones se producen cuando el nivel del input es insuficiente para organizar el paso de información a la conciencia (una estimulación pobre, escasa, mal estructurada o extraordinariamente novedosa), y al mismo tiempo se da un nivel suficiente de arousal para que se produjera una conciencia de ese input (**apercibimiento consciente**). Así, si el nivel de activación se mantiene, es posible que las huellas de la memoria de experiencias perceptivas previas sean emitidas y/o liberadas hacia la conciencia, y se experimenten como si fueran originados desde una

fuente de estimulación externa (desde el input inicial mal estructurado). **C.D. Friht** distingue entre procesamiento preconscious y consciente. Considera que la percepción tiene lugar gracias a la generación de hipótesis perceptivas realizadas a nivel preconscious. Dado el carácter limitado de la conciencia, sólo las hipótesis más probables entran en la conciencia. Las alucinaciones aparecen cuando las hipótesis preconscious que se realizan acerca de la naturaleza del estímulo percibido no se han podido filtrar y la conciencia se ve invadida por un exceso de información (interpretaciones incorrectas preconscious del estímulo que se hacen conscientes).

2. Teorías de las representaciones mentales

Horowitz (1975) es el principal defensor de esta hipótesis como ya hemos comentado. Las alucinaciones son imágenes mentales que el sujeto atribuye erróneamente a fuentes externas. En los sujetos que tienen predisposición a alucinar se produce un desequilibrio entre esos sistemas (externo vs interno) a favor del sistema de las imágenes, bien debido a factores psicológicos, bien debido a factores fisiológicos. Las condiciones estimulares que intensifican la información interna de la persona contribuyen a la aparición de alucinaciones. Entre estas se encuentra: la reducción del input externo sin que se reduzca la actividad del sistema interno de las imágenes (deprivación sensorial, por ejemplo), el incremento en el sistema representativo mientras que el input externo se mantiene constante (alucinaciones producidas por estimulación cerebral directa), o la reducción de la inhibición de inputs externos (estados de descenso del nivel de vigilia consciente, como el sueño).

3. Teorías de la subvocalización

Este grupo de teorías sólo se ciñen a la explicación de las alucinaciones auditivas, dejando sin explicar el resto de las modalidades sensoriales. Establecen pues una relación entre las alucinaciones auditivas y la subvocalización. Entre los autores representativos de este grupo podemos citar a **Hoffman** (1986) quien considera que las alucinaciones auditivas se deben a la producción de imágenes verbales, sin la intención o la voluntad del sujeto. Las alucinaciones se producen pues el sujeto experimenta su propia habla internalizada como algo involuntario, y por tanto, ajeno a él mismo.

4. Slade y Bentall: el déficit en la habilidad metacognitiva de discriminación de la realidad (PIR 02, 149; PIR 05, 120)

Las tres teorías anteriores tienen en común un mismo supuesto: cuando un sujeto alucina, éste atribuye erróneamen-

te sus experiencias internas a fuentes de información externas. Lo que no explican es por qué, en circunstancias normales, la mayor parte de la gente puede distinguir perfectamente entre hecho reales e imaginados. Esta teoría pretende dar respuesta a esta cuestión. Las alucinaciones se producirían a causa de una deficiencia en la capacidad para distinguir cuando un hecho es real y cuando es producto de su imaginación. Las alucinaciones están causadas por deficiencias en la habilidad metacognitiva de evaluación y/o discriminación de la realidad (el término metacognición se refiere a los procesos mentales que están implicados en el conocimiento de nuestros propios procesos mentales). Esta capacidad (o conjunto de habilidades) es modificable a través del aprendizaje, está influida por muchos factores (nivel de arousal, características del input, etc), y por lo tanto, es una fuente más de diferencias individuales. Esta capacidad incluye una amplia gama de habilidades, como la de hacer inferencias, establecer juicios de probabilidad o realizar análisis causales entre otros.

Describen 5 factores que favorecen la aparición de alucinaciones:

a. Arousal inducido por estrés. Hay evidencia experimental de que el inicio de las alucinaciones se asocia con un aumento en el nivel basal de arousal. Los niveles altos de activación hacen que se produzca un aumento de la selección de información que tiene que ver con las características físicas del estímulo y, a la vez, un descenso en el procesamiento de la información semántica. La mayor parte de los recursos (limitados) se utilizan en el análisis de características poco relevantes. En consecuencia le quedan muy pocos recursos para analizar otros aspectos. Este estilo de procesar la información (que los autores denominan superficial) puede inducir a errores a la hora de discriminar el origen real del estímulo, debido a la limitación en la capacidad del individuo para acceder a, y hacer uso de, las claves cognitivas apropiadas que le hubieran permitido apresar correctamente el significado del estímulo.

b. Factores predisponentes. Existen algunos datos, aunque no siempre coincidentes, que apoyan el papel de las diferencias individuales en la vulnerabilidad a la experiencia alucinatoria. Se han señalado la presencia de déficits intelectuales (habilidades lingüísticas para describir sus propias experiencias mentales) en los sujetos que tienen alucinaciones. También se ha señalado la mayor capacidad de sugestión en estos sujetos (parecen más susceptibles a decir que oyen voces ante la estimulación con ruido blanco).

c. Estimulación ambiental. La estimulación poco estructurada y de intensidad moderada aumenta la probabilidad

de que se produzcan alucinaciones. Por el contrario, la estimulación con significado parece disminuir esa probabilidad.

d. El papel de refuerzo. Algunos estudios de casos indican que algunos pacientes experimentan una reducción de la ansiedad después de la alucinación, mientras que otros informan de mayor perturbación. El primer caso es un ejemplo típico de reforzamiento. En el segundo caso, el estado de ansiedad que facilitó la aparición inicial de alucinaciones se ve incrementado cuando estas aparecen, iniciándose así un círculo vicioso.

e. Las expectativas. La información que recibimos influye en nuestras expectativas y creencias. Esto puede considerarse como una forma especial de predisposición perceptiva: de la misma manera que las expectativas de una persona le inclinan a “ver” un estímulo ambiguo con una forma estructurada concreta, las creencias y expectativas concretas le llevan a experimentar un estímulo ambiguo como real o, por el contrario, como imaginario.

5. Teorías dinámicas

Desde este punto de vista se considera a la alucinación como la representación de deseos inconscientes, luchas, y esperanzas del individuo. 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 universo inconsciente del paciente.

A modo de conclusión: Teorías de la atribución errónea

A pesar de la escasez de datos empíricos existen muchas teorías que han intentado explicar la naturaleza de las alucinaciones. Valiente Ots (2005) agrupa las tres de las principales teorías bajo el nombre de **Teorías de atribución errónea**.

Si las alucinaciones son producto del habla interna, el problema no es que el habla interna ocurra, sino que el paciente es incapaz de reconocer que se trata de una actividad autoiniciada. Si bien parece existir consenso sobre la correlación de habla interna y alucinación, no es así cuando se trata de explicar el por qué de esta relación. Las teorías más recientes tienen en común la suposición de que las alucinaciones ocurren cuando eventos mentales privados (por ejemplo habla interna o recuerdos verbales) son atribuidos erróneamente a fuentes externas o extrañas

a uno mismo. Los principales mecanismos implicados en la atribución errónea son 3:

La alucinación como una alteración en la planificación del discurso (Hoffman, 1986). Este autor sugiere que hay una conexión entre el habla incoherente y las alucinaciones. Propone que en la esquizofrenia existe una alteración de la planificación del discurso que produce subvocalizaciones involuntarias; al ser los actos autogenerados involuntarios, se perciben como extraños o ajenos, viviéndolos por ello como alucinaciones.

La alucinación como una alteración de las habilidades discriminativas (Slade y Bentall, 1988). Estos autores proponen –tal y como hemos visto unas líneas más arriba– como la función más importante la capacidad para diferenciar lo real y lo imaginario (atribuir un origen externo a un evento privado autogenerado).

La alucinación como un problema de autocontrol (Frith, 1992). El defecto de autocontrol según el autor implica lo que se ha denominado la descarga corolaria, fenómeno muy estudiado en particular en el movimiento de los ojos. La descarga corolaria da información sobre las intenciones y permite distinguir entre acontecimientos debidos a nuestras propias acciones y acciones externas

PSEUDOPERCEPCIONES o IMÁGENES ANÓMALAS

Bajo este rótulo englobamos anomalías mentales en forma de imágenes que o bien se producen en ausencia de estímulos concretos para desencadenarlas (imágenes hipnagógicas e hipnopómpicas, e imágenes alucinoides), o bien se mantienen a pesar de que el estímulo desencadenante ya no esté presente (imágenes mnémicas, parásitas y consecutivas).

Imágenes hipnopómpicas e hipnagógicas (PIR 02, 135)

Aparecen en estados de semiinconsciencia, entre la vigilia y el sueño, por lo que han recibido el nombre de **alucinaciones fisiológicas**.

Las imágenes hipnagógicas son las que aparecen en la fase de adormecimiento, mientras que las hipnopómpicas son las asociadas al paso del sueño a la vigilia. Ambos tipos de imagen aparecen y se transforman sin control alguno por parte del sujeto, y suelen ser vívidas y realistas, aunque su contenido carezca de significado para el sujeto.

Aunque pueden aparecer en todas las modalidades sensoriales, es más frecuente que se den en las modalidades

auditiva y visual, y suelen consistir en impresiones elementales, como destellos, luces, un sonido brusco, etc.

Aparecen tanto en población normal como clínica. Contextos en que es frecuente que aparezcan son las fiebres agudas, los episodios depresivos, la ansiedad, los estados tóxicos, etc.

Se diferencian de las alucinaciones por el contexto de fluctuación de la conciencia en el que aparecen y por el escaso valor de realidad que el sujeto las atribuye, bien en el momento en que las sufre o cuando se encuentra plenamente consciente o despierto.

Imágenes alucinoides

Se producen, como las anteriores, en ausencia de estímulo que las desencadene. Son subjetivas y autónomas, y presentan una gran plasticidad. Aparecen en el espacio negro de los ojos cerrados o en el espacio físico externo, debido a la intoxicación por drogas. Pueden darse también en la modalidad auditiva. Como en el caso anterior, el sujeto no les otorga valor de realidad (PIR 03, 103; PIR 05, 104).

Imágenes mnémicas

Son imágenes procedentes de los recuerdos que pueden presentarse de modo transformado, y que se desvanecen hasta desaparecer si no se mantienen voluntariamente.

Aparecen con escasa nitidez y viveza. Un tipo especial lo constituyen las **imágenes eidéticas**, que consisten en representaciones exactas de impresiones sensoriales, normalmente desde las modalidades visual o auditiva, que quedan "fijadas" en la mente del sujeto. Pueden provocarse voluntariamente y también irrumpir en la conciencia involuntariamente (PIR 04, 212).

El sujeto, como en los casos anteriores, mantiene el juicio de realidad intacto, y son más habituales en la infancia y en las culturas poco desarrolladas.

Imágenes consecutivas

Aparecen como consecuencia de un exceso de estimulación sensorial inmediatamente anterior, por lo que han recibido también el nombre de **posimágenes**. Se diferencian, así, de las imágenes eidéticas en que perduran solamente unos segundos tras la estimulación y es por tanto difícil evocarlas voluntariamente al cabo del tiempo. Se caracterizan además por tener las características opuestas a las de la estimulación recibida anteriormente, por lo que han recibido el nombre de **imágenes negativas**.

El sujeto no las considera reales y rara vez suponen signos patológicos.

Imágenes parásitas

Se diferencian de las imágenes mnémicas por su autonomía y de las imágenes consecutivas por su carácter subjetivo, aunque también se producen como consecuencia de una estimulación ya inexistente. Aparecen cuando el sujeto no fija su atención en ellas, y desaparecen cuando se concentra en la experiencia.

Suelen tener lugar en estados de fatiga o cansancio extremos. Un tipo especial son las imágenes obsesivas, que a diferencia de las descritas persisten aunque el sujeto focalice su atención sobre ellas (PIR 07, 72).

4. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO ALUCINACIONES Y DELIRIOS

En este apartado mencionaremos los principales programas de tratamiento centrados en los síntomas psicóticos (alucinaciones y delirios) (Perona Garcelán, S.; Cuevas Yust, C.; Martínez López, M.J., 2003). La imbricación de estas estrategias dentro del tratamiento de una persona con esquizofrenia de forma global se aborda en el tema de Psicología Clínica.

1. TERAPIA DE MODIFICACIÓN DE CREENCIAS APLICADA A LOS SÍNTOMAS PSICÓTICOS POSITIVOS

Terapia probablemente eficaz.

1.1. Terapia cognitiva de Chadwick, Birchwood y Trover (1996)

También conocida como terapia de modificación de creencias (MC).

Consta de dos intervenciones cognitivas:

a) **Desafío verbal** (desde un punto de vista no confrontador). En primer lugar se le ayuda a conceptualizar la creencia delirante sólo como una posible interpretación de los sucesos. No se le dice que su creencia sea errónea, pero se le invita a considerar la alternativa propuesta por el terapeuta.

Las evidencias en las que se basan las creencias delirantes se cuestionan en un orden inverso a la importancia que tienen para el paciente.

Posteriormente, el terapeuta cuestiona la creencia delirante señalando las inconsistencias del sistema delirante elaborado por el paciente. A lo largo de este proceso el terapeuta asume una actitud no confrontadora.

b) **Prueba de realidad.** Comprobación empírica de la creencia delirante previo acuerdo con el paciente que dicho experimento conductual sirve para confirmar o refutar dicha creencia.

1.2. Terapia cognitivo-conductual de Kingdon y Turkington (1994)

Esta terapia utiliza básicamente los mismos procedimientos que la terapia cognitiva de Chadwick (1996) y los amplía añadiendo una especificidad técnica de estos autores que es la **normalización racional**. El objetivo de esta terapia es normalizar la experiencia psicótica de los pacientes con el fin de desestigmatizar los síntomas y dejarlos abiertos a argumentos racionales. Se conceptualiza la experiencia psicótica desde el marco vulnerabilidad-estrés (ayudándose de los sucesos estresantes previos) y luego se utilizan técnicas estándar de la TCC: reatribución, desafío de las cogniciones erróneas, etc. El continuo entre la experiencia normal vs psicótica y el énfasis en la alianza terapéutica ocupan un papel central en este abordaje.

1.3. Terapia cognitivo-conductual para la psicosis de Fowler, Garety y Kuipers (1995)

Versión desarrollada para pacientes que tienen al menos un síntoma psicótico positivo y estresante. La terapia pretende reducir el sufrimiento y las interferencias secundarias de los síntomas psicóticos, reducir los niveles de ansiedad y depresión y promover la **participación activa** del paciente en la terapia y en los programas de rehabilitación.

Un aspecto clave de este abordaje es la potenciación de las estrategias de afrontamiento del paciente junto a la elaboración de un **modelo o conceptualización compartida** entre paciente y terapeuta sobre los síntomas tratados (que puede ir desde el modelo médico, hasta una visión singular del propio paciente).

2. TERAPIA DE POTENCIACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE TARRIER (1996)

Terapia probablemente eficaz.

Desarrollado en la Universidad de Manchester y conocido en la literatura como **CSE (Coping Strategy Enhancement)**. Desde esta aproximación, pacientes con síntomas positivos continuos se esfuerzan, desde un marco de cola-

boración, en trabajar por la reducción de los síntomas psicóticos y de las perturbaciones emocionales asociadas. Utiliza la entrevista semiestructurada, se selecciona el síntoma a tratar y se instruye al paciente para la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento. Por cada síntoma tratado se utilizan al menos dos estrategias y durante el proceso de tratamiento se anima al paciente a generalizar el empleo de las estrategias a otros problemas así como a anticipar futuras dificultades.

3. TERAPIA DE FOCALIZACIÓN

Tratamiento en fase experimental.

Procedimiento terapéutico específico para las alucinaciones auditivas verbales. **Bentall, Haddock y Slade (1994)** Han diseñado un procedimiento de intervención en tres fases que tiene como objetivo reducir la frecuencia de las voces y el malestar asociado mediante la **gradual reatribución de las voces a uno mismo**:

a) Solicitar que el paciente dirija la atención a la forma y **características físicas** de las voces, como el número, la intensidad o volumen, tono, acento, aparente sexo y localización en el espacio y las someta a discusión en terapia.

b) Una vez que el paciente logra sentirse cómodo atendiendo a las características físicas de las voces, se le solicita que preste atención a su **contenido** (que suele reflejar sus preocupaciones y ansiedades). Al mismo tiempo, se le pide que atienda y registre sus voces entre sesiones, como tarea para casa.

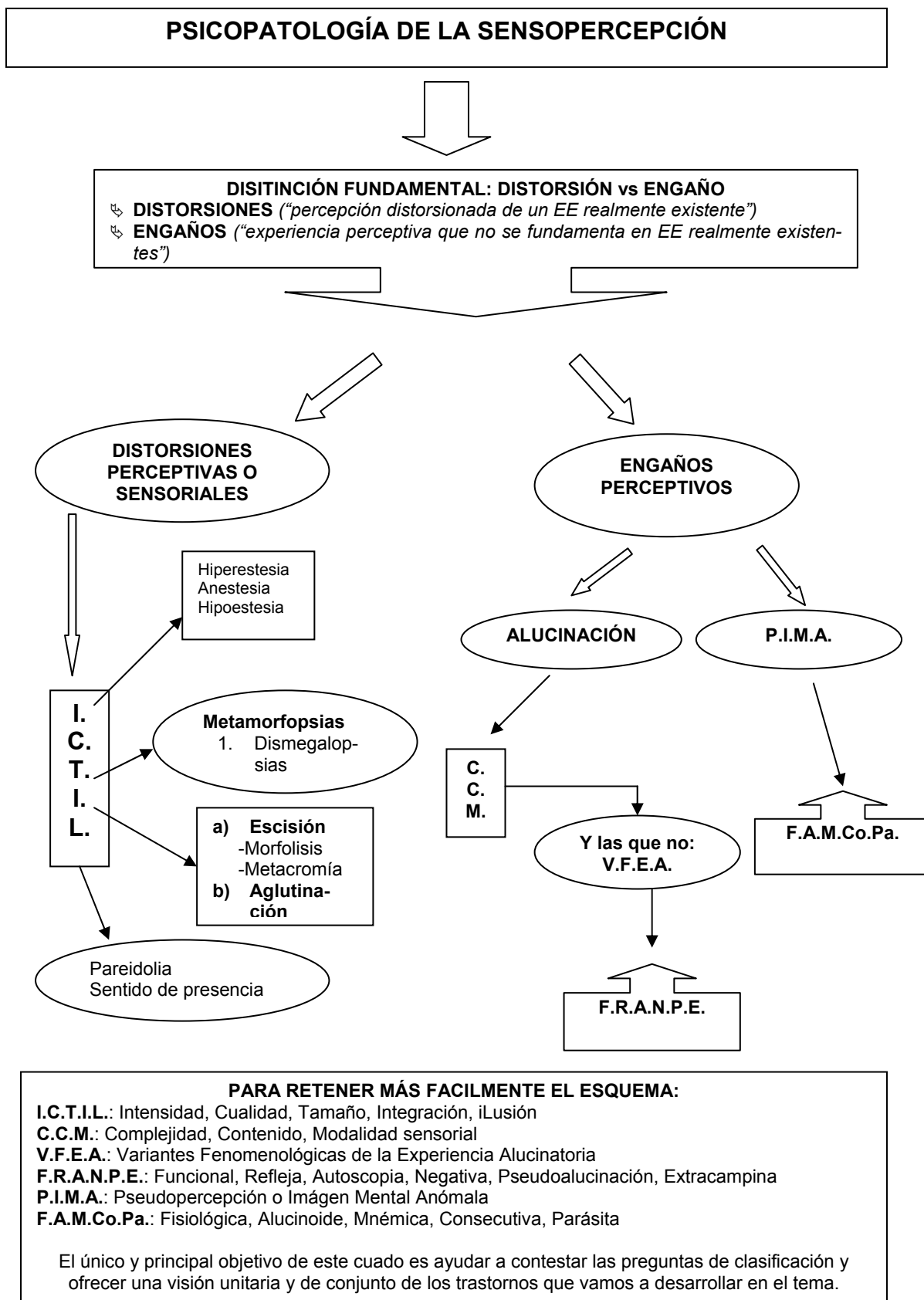
PROGRAMAS DE TRATAMIENTO	DATOS
A. Terapia de modificación de creencias aplicada a los síntomas psicóticos positivos	Probablemente eficaz
Terapia cognitiva de Chadwick, Birchwood y Trower (1996)	Probablemente eficaz
Terapia cognitivo-conductual de Kingdon y Turkington (1994)	Probablemente eficaz
Terapia cognitivo-conductual para la psicosis de Fowler, Garety y Kuipers (1995)	Probablemente eficaz
B. Terapia de potenciación de las estrategias de afrontamiento (CSE) (TARRIER, 1996)	Probablemente eficaz
C. Terapia de focalización, Bentall, Haddock y Slade (1994)	En fase experimental

c) Posteriormente, debe atender a sus **creencias y pensamientos respecto a las voces**; para ello se le estimula

a registrar los sucesos que anteceden a las voces, las voces mismas, así como los pensamientos y sentimientos que les siguen, tanto durante las sesiones como tarea para casa. Ello conduce a la formulación de un significado y función de las voces que es compartido entre el terapeuta y el paciente y que sirve de base para la intervención en sesiones posteriores. Dicha formulación generalmente en la aceptación de que las voces son autogeneradas, en un contexto que supone reconocerse a uno mismo afectado por un trastorno mental.

El procedimiento terapéutico propuesto por los autores se desarrolló en 20 sesiones, pero no se ha investigado si el resultado depende directamente del número de sesiones.

ESQUEMA DE CONTENIDOS



PARA RETENER MÁS FACILMENTE EL ESQUEMA:

I.C.T.I.L.: Intensidad, Cualidad, Tamaño, Integración, iLusión
C.C.M.: Complejidad, Contenido, Modalidad sensorial
V.F.E.A.: Variantes Fenomenológicas de la Experiencia Alucinatoria
F.R.A.N.P.E.: Funcional, Refleja, Autoscopia, Negativa, Pseudoalucinación, Extracampina
P.I.M.A.: Pseudopercepción o Imágen Mental Anómala
F.A.M.Co.Pa.: Fisiológica, Alucinoide, Mnémica, Consecutiva, Parásita

El único y principal objetivo de este cuadro es ayudar a contestar las preguntas de clasificación y ofrecer una visión unitaria y de conjunto de los trastornos que vamos a desarrollar en el tema.

Generalmente se cumple la siguiente regla:

- ☞ Alucinaciones en **cuadros orgánicos**: de carácter **visual** (*excepción: alucinosis alcohólica*). Por definición, las alucinaciones VISUALES, GUSTATIVAS y OLFATORIAS son sugerentes de enfermedad médica o consumo de sustancias (DSM-IV-TR)
- ☞ Alucinaciones en **cuadros no orgánicos**: de **carácter auditivo** (*excepción: trastorno conversivo*)
- ☞ Existen **4 circunstancias** en las que las **alucinaciones NO son sugerentes de cuadro psicótico**:
 - Trastorno de **conversión o somatización**: *tienden a afectar a múltiples modalidades sensoriales al mismo tiempo, con contenido psicológico, se cuentan como un relato interesante*
 - Si forman parte de un ritual religioso o se consideran **dependientes de la cultura** (oír la voz de un familiar fallecido que da consejos, hablar/escuchar al Dios de la lluvia, por ejemplo)
 - Si son **inducidas por sustancias** que se producen sin ruptura de la realidad (el sujeto es consciente de que la alucinación es inducida por el LSD, por ejemplo)
 - Las **alucinaciones hipnopómpicas o hipnagógicas** que se producen al inicio o al final del sueño (oír el despertador antes de que suene, por ejemplo) (*Manual de Diagnóstico Diferencial, DSM-IV-TR, 2005*)

PSEUDOPERCEPCIONES O IMÁGENES MENTALES ANÓMALAS

	Juicio realidad	Voluntad	Estímulo	Modalidad	Otras características
Alucinaciones fisiológicas	Escaso	Autónomas	Ausencia	Todas (más frec. en auditiva y visual)	Imágenes hipnopómpicas e hipnagógicas
Imágenes alucinoides	Escaso	Autónomas	Ausencia	Visual (sobre todo) Auditiva	Fantasiopsias (intoxicaciones)
Imágenes mnémicas	No	Depende	Recuerdos deformados	Visual y auditiva normalmente	Imágenes eidéticas auditivas y/o visuales (tipo)
Imágenes consecutivas	Escaso	Autónomas	Exceso EE previa	Visual normalmente	Postimágenes o imágenes negativas Rara vez suponen patología
Imágenes parásitas	Depende	Autónomas	EE concreto	Auditiva y visual generalmente	Imágenes obsesivas (tipo)

No incluimos de la página 87 a la página 105.

PREGUNTAS PIR

TEMA 6

Apartado del tema	(Año) N° pregunta
<i>Alucinación (definición)</i>	(01) 66
<i>Factores de aparición de las alucinaciones</i>	(99) 221 (01) 72
<i>Metacromía</i>	(99) 220
<i>Pseudoalucinaciones</i>	(99) 219 (00) 37 (01) 69
<i>Hiperestesias</i>	(99) 216 (01) 77
<i>Condiciones estimulares</i>	(98) 108
<i>Dolor fantasma</i>	(98) 109
<i>Slade y Bentall</i>	(05) 120
<i>Sinestesia</i>	(97) 73
<i>Autoscopia</i>	(97) 74
<i>Dismorfopsias</i>	(97) 86
<i>Engaños perceptivos</i>	(99) 217 (97) 87, 89 (02) 134 (07) 71 (08) 25
<i>Alucinaciones visuales</i>	(97) 88 (05) 118
<i>Ilusiones</i>	(97) 90
<i>Alucinaciones simples</i>	(97) 91
<i>Distorsiones perceptivas</i>	(97) 92 (00) 35 (02) 148 (04) 230
<i>Imágenes hipnopómpicas</i>	(95) 21 (96) 117 (02) 135
<i>Imágenes consecutivas</i>	(96) 118
<i>Alucinaciones táctiles</i>	(96) 119 (99) 218
<i>Alucinación refleja</i>	(95) 19 (01) 71 (08) 28
<i>Pareidolia o paradolia</i>	(95) 20
<i>Alucinaciones y esquizofrenia</i>	(95) 22
<i>Imagen alucinoide</i>	(95) 23 (03) 103 (05) 104

TEMA 6 (Continuación)

Apartado del tema	(Año) N° pregunta
<i>Alucinación funcional</i>	(94) 178 (95) 24 (02) 150 (05) 112
<i>Eco del pensamiento</i>	(94) 181 (95) 25 (05) 111
<i>Alucinación somática</i>	(00) 40 (07) 74
<i>Alucinaciones y trastornos</i>	(01) 68 (04) 213
<i>Fotoma</i>	(01) 107
<i>Alucinaciones y delirium</i>	(94) 174
<i>Alucinación extracampina</i>	(94) 175 (99) 215 (02) 136
<i>Alucinación/pseudoalucinación</i>	(93) 153 (94) 176
<i>Alucinosis</i>	(94) 177
<i>Metamorfopsias</i>	(94) 179 (01) 67
<i>Escisión perceptiva</i>	(01) 257 (02) 128 (04) 225
<i>Pareidolia</i>	(03) 104
<i>Imagen eidética</i>	(04) 212
<i>Alucinación cinestésica</i>	(04) 221
<i>Dismegalopsia</i>	(04) 222
<i>Autoscopia</i>	(05) 102
<i>Alucinación negativa</i>	(05) 109, 110
<i>Imagen obsesiva</i>	(07) 72

No incluimos de la página 107 a la página 172.

SEMIOLOGÍA PSICOPATOLÓGICA

TEMA 6. Psicopatología de la sensopercepción

ACÚFENO. Alteración auditiva que no es motivada por excitación externa alguna del oído. El sujeto puede percibir ruidos inespecíficos (zumbidos, silvidos, etc.). Es una alucinación acústica simple de origen patológico.

ALUCINOSIS. Alucinaciones, más a menudo auditivas, que se asocian con el abuso crónico de alcohol y que ocurren con un estado de conciencia claro, en oposición al delirium tremens, en el que las alucinaciones ocurren en un contexto de conciencia obnubilada.

ESCISIÓN PERCEPTIVA. Percepción desintegrada de los diversos elementos de un mismo estímulo. Puede ceñirse a las formas (morfólisis) a a la disociación entre color y forma (metacromías).

FENÓMENO DE ESTELA. Anomalía perceptiva asociada con fármacos alucinógenos en el que los objetos se perciben como en una serie de imágenes independientes y discontinuas.

HEAUTOSCOPIA. Visión directa de sí mismo, vivencia de doble. El propio cuerpo, la propia persona, se percibe fuera del propio yo, como una segunda persona, y las acciones de esta persona imaginaria se sienten en el propio cuerpo.

PSEUDOALUCINACIÓN. Alucinación que se produce preferentemente en las modalidades visual y/o auditiva, y en las que no existe convicción clara acerca de la realidad perceptiva de la experiencia, por lo que la persona las califica como experiencias o imágenes producidas por su propia mente.

SINESTESIA. Estado en el que una experiencia sensorial estimula otra modalidad de experiencia sensorial (p.ej. un sonido produce la sensación de un color particular). En el manual de Belloch se define como una variedad patológica de aglutinación perceptiva, en la que una sensación se asocia con una imagen que pertenece a un órgano o modalidad sensorial distinta.

TINNITUS. Alteración de la audición, caracterizada porque el sujeto oye ruidos en ausencia de cualquier estimulación de sonido. La sensación subjetiva puede adoptar diversas formas, incluyendo zumbidos, pitidos y silbidos. Después de haber estado en una fiesta con la música alta es frecuente experimentar alguna forma leve y temporal de tinnitus. Es una alteración relativamente frecuente que puede interferir seriamente con la concentración y el trabajo si persiste.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

1. CATALOGACIÓN: EFICAZ (para preparar el PIR)

BELLOCH, SANDÍN y RAMOS (2008). **Manual de psicopatología**. Madrid. McGraw-Hill (vol. 1). Edición revisada.

En el área de Psicopatología el Manual de referencia (además del más completo y actualizado) es éste, convertido en un manual obligatorio en la biblioteca de todo opositor. Es completo y muy didáctico.

2. CATALOGACIÓN: PROBABLEMENTE EFICACES (para preparar el PIR), quizá por el efecto comparativo con el Manual de Belloch et al (2008)

VALLEJO RUILOBA, J. (2002). **Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría**. 5ª Ed. Masson. Barcelona.

Manual complementario al de Belloch et al (2008) pues desarrolla algunos temas no desarrollados en el primero (como la psicopatología de la conciencia). Es un manual de una orientación más psiquiátrica y menos psicológica.

LUQUE, R. y VILLAGRÁN, J.M. (2000). **Psicopatología Descriptiva: nuevas tendencias**. Ed. Trotta. Madrid.

Manual con algunos temas nuevos no tratados en el Manual de Belloch et al (2008) de poca relevancia en el examen PIR hasta la fecha.

BARLOW & DURAN (2001). **Psicopatología** (3 ed). Thomson. Madrid.

MESA CID, P.J. y RODRÍGUEZ TESTAL, J.F. (2007). **Manual de Psicopatología General**. Pirámide. Madrid.

EGUÍLUZ URUCHURTU, J.L. (2001). **Introducción a la psicopatología**. IM&C. Madrid.

Estos tres pueden resultar útiles para encontrar algún ejemplo aclaratorio, anécdota o explicación complementaria a los tres anteriores. El problema es que también tienen ejemplos no aclaratorios.

FUENTENEbro, F. y VÁZQUEZ, C. (1990). **Psicología médica, psicopatología y psiquiatría** (Vols. 1 y 2). McGraw-Hill. Madrid.

Manual muy completo, supone uno de los primeros grandes manuales de Psicopatología de cierta importancia en

el ámbito académico. El problema que presenta es ser un manual obsoleto (una muy buena noticia sería su reedición y actualización).

3. CATALOGACIÓN: EN FASE EXPERIMENTAL (para preparar el PIR), pero muy apetecibles para los curiosos y estudiantes de la psicopatología

VALIENTE OTS, C. (2005). **Alucinaciones y delirios**. Síntesis. Madrid.

ENOCH, D. y BALL, A. (2007). **Síndromes raros en psicopatología**. Tricastela. Madrid.

BERRIOS, G.E. (2002). **The History of Mental Symptoms. Descriptive psychopathology since the nineteenth century**. Cambridge University Press. United Kingdom.

DICCIONARIOS DE PSICOPATOLOGÍA

Ninguno de los diccionarios mencionados es imprescindible para preparar el examen PIR. Pueden ayudar a aclarar algunos conceptos:

BELLOCH, SANDÍN y RAMOS (2008). **Manual de psicopatología**. Madrid. McGraw-Hill (vol. 1). Edición revisada.

Al final de cada tema se recogen los términos clave del mismo.

FERNÁNDEZ PORTUGAL, R. (2008). **Diccionario para la corrección terminológica en Psicopatología, Psiquiatría y Psicología Clínica**. Editorial Élice. Madrid.

No se trata de un diccionario al uso (para conocer el término de las palabras), sino que recoge el uso correcto de las mismas. Analiza 9421 términos.

LÓPEZ GALÁN, S. (2008). **Diccionario de Psicología y Psiquiatría. Español-Inglés, Inglés-Español**. Editorial Rey Ali. Jaén.

Útil para los que estén interesados en conocer la equivalencia de los términos en ambas lenguas.

PÉREZ FERNÁNDEZ, M. (2005). **Glosario Básico de Psicopatología**. Ediciones Amarú. Salamanca.

Compendio sencillo y accesible de los principales términos utilizados en psicopatología.

TEMA 6**CONVOCATORIA 1993**

153. ¿Cuál es la diferencia fundamental entre alucinación y pseudoalucinación?:

- 1) Que en la pseudoalucinación se percibe un objeto real, pero distorsionado.
- 2) Que en la pseudoalucinación la percepción se experimenta dentro del espacio interno del sujeto.
- 3) Que en la pseudoalucinación el sujeto falla en percibir un objeto real.
- 4) Que en la pseudoalucinación el sujeto finge sufrir alucinaciones.
- 5) Que en la pseudoalucinación la alucinación siempre ocurre simultáneamente a otras percepciones.

CONVOCATORIA 1994

174. ¿Qué tipo de alucinaciones se encuentran con más frecuencia en el delirium?:

- 1) Alucinaciones visuales.
- 2) Alucinaciones auditivas.
- 3) Alucinaciones gustativas.
- 4) Alucinaciones táctiles.
- 5) Alucinaciones somáticas.

175. Un paciente afirma que puede ver perfectamente al diablo sentado detrás suyo, sin que haga falta que se gire. ¿Qué trastorno sufre?:

- 1) Alucinación visual.
- 2) Alucinación funcional visual.
- 3) Imagen alucinoide visual.
- 4) Alucinación extracampina visual.
- 5) Pseudoalucinación visual.

176. ¿Cuál es la diferencia fundamental entre alucinación y pseudoalucinación?:

- 1) Que en la pseudoalucinación se percibe un objeto real, pero distorsionado.
- 2) Que en la pseudoalucinación el sujeto finge sufrir alucinaciones.
- 3) Que la pseudoalucinación siempre se produce en estados de semiinconsciencia, entre la vigilia y el sueño.
- 4) Que en la pseudoalucinación la percepción se experimenta dentro del espacio interno del sujeto.
- 5) Que en la pseudoalucinación la alucinación siempre ocurre simultáneamente a otras percepciones.

177. ¿En qué patología es característica la alucinosis?:

- 1) Esquizofrenia.
- 2) Psicosis maníaco-depresiva.
- 3) Patología orgánico-cerebral.
- 4) Trastornos de la personalidad.
- 5) Depresión mayor.

178. "Cuando en el reloj dan las 12, oigo la voz de Dios que me habla. Con cada campanada 'ding-dong', Dios me dice "es tu misión". Cuando el reloj calla, ya no oigo su voz". Esto ejemplifica un caso de:

- 1) Delirio místico.
- 2) Alucinación funcional.
- 3) Alucinación refleja.
- 4) Alucinación extracampina.
- 5) Sentido de presencia.

179. La distorsión en la percepción visual del tamaño y/o forma de los objetos reciben el nombre de:

- 1) Alucinaciones liliputienses.
- 2) Alucinaciones gulliverianas.
- 3) Metamorfopsias.
- 4) Síndrome de Charles Brown.
- 5) Alucinación funcional.

180. "Por la ventana veo a dos niños jugando a la pelota. Ellos son cómplices y sonríen perversamente porque la pelota no es una pelota, es una bomba que me quieren colocar". Este paciente experimenta:

- 1) Percepción delirante.
- 2) Alucinación visual.
- 3) Transmisión del pensamiento.
- 4) Alucinación negativa.
- 5) Idea obsesiva.

CONVOCATORIA 1995

019. ¿Cómo se denomina la alteración perceptiva en la que un estímulo perteneciente a un campo sensorial produce una alucinación en una modalidad sensorial diferente?:

- 1) Alucinación funcional.
- 2) Pseudoalucinación.
- 3) Alucinación refleja.
- 4) Alucinación cinestésica.
- 5) Alucinación parásita.

020. ¿Cuál es la característica esencial de una pareidolia?:

- 1) Es una alucinación en la cual el individuo se percibe a sí mismo como un doble.
- 2) Es una pseudopercepción en la cual el individuo percibe una imagen de un recuerdo.
- 3) Es una imagen que constituye una representación de un objeto que previamente se ha presentado de forma persistente en un campo sensorial determinado.
- 4) Es una ilusión en la cual el individuo proporciona una organización y un significado a un estímulo ambiguo.
- 5) Es una pseudoalucinación que se da en situaciones de fiebre.

021. ¿Cómo se denominan las imágenes vívidas, autónomas y realistas que aparecen entre el sueño y el despertar?:

- 1) Mnémicas.
- 2) Consecutivas.
- 3) Hipnopómpicas.
- 4) Parásitas.
- 5) Hipnogógicas.

022. ¿Qué tipo de alucinaciones se encuentran con más frecuencia en la esquizofrenia?:

- 1) Visuales.
- 2) Auditivas.
- 3) Gustativas.
- 4) Táctiles.
- 5) Somáticas.

023. ¿Cómo se denomina una imagen autónoma y similar a una alucinación, excepto por el momento de su aparición (ligadas a estados carenciales, hipertimia, etc.) y por el hecho de que la persona mantiene los ojos cerrados y sabe que lo que experimenta es una imagen?:

- 1) Eidética.
- 2) Hipnagógica.
- 3) Hipnopómpica.
- 4) Alucinoide.
- 5) Ilusoria.

024. ¿Cuál es la característica fundamental de una alucinación funcional?:

- 1) Es una alucinación que se experimenta fuera del campo sensorial plausible.

- 2) Es una alucinación activada y/o desencadenada por un estímulo, el cual es percibido al mismo tiempo que la alucinación y en la misma modalidad sensorial.
- 3) Es una alucinación desencadenada y/o activada por un estímulo que pertenece a un campo sensorial diferente a aquél en que se produce la alucinación.
- 4) Es una percepción unitaria de sensaciones que en la realidad se producen de forma diferenciada.
- 5) Es una percepción desintegrada de los diversos elementos de un mismo estímulo.

025. ¿Cómo se denomina la experiencia en la que el paciente oye sus propios pensamientos expresados en voz alta a medida que los piensa?:

- 1) Inserción del pensamiento.
- 2) Alienación del pensamiento.
- 3) Delirio de control del pensamiento.
- 4) Deprivación del pensamiento.
- 5) Eco del pensamiento.

CONVOCATORIA 1996

117. ¿Cómo se denominan aquellas imágenes que aparecen en estados de semiconsciencia, entre la vigilia y el sueño, justo antes de despertar?:

- 1) Imágenes ilusorias.
- 2) Imágenes hipnopómpicas.
- 3) Imágenes pseudoalucinatorias.
- 4) Postimágenes.
- 5) Fenómeno de Muller.

118. ¿Cómo se denomina la alteración perceptiva que aparece inmediatamente después de un exceso de estimulación sensorial, y que suele consistir en una imagen que tiene las propiedades opuestas a la imagen original?:

- 1) Imagen consecutiva.
- 2) Imagen parásita.
- 3) Imagen alucinoide.
- 4) Imagen mnémica.
- 5) Ilusión perceptiva.

119. ¿Qué alteración padece una persona que siente que algo le toca y le pellizca, sin que nadie pueda ver ese objeto?:

- 1) Delirio de persecución.
- 2) Alucinación táctil.
- 3) Alucinación visual.

- 4) Delirio de referencia.
- 5) Delirio primario.

CONVOCATORIA 1997

073. La sinestesia se define como una:

- 1) Distorsión perceptiva en la que el objeto percibido se desintegra en fragmentos o elementos.
- 2) Asociación anormal entre sensaciones, en la que una sensación se asocia a una imagen de un órgano sensorial diferente.
- 3) Distorsión perceptiva de la forma.
- 4) Distorsión perceptiva del tamaño.
- 5) Modalidad auditiva de las hiperestésias perceptivas.

074. ¿Que alteración padecería una persona que se ve a sí misma en el espacio exterior, como si fuera un doble?:

- 1) Sentido de presencia.
- 2) Autoscopia.
- 3) Delirio de referencia.
- 4) Metamorfopsia.
- 5) Alucinación refleja.

086. ¿Cuál de las siguientes alteraciones es una distorsión perceptiva?:

- 1) Imágenes eidéticas.
- 2) Autoscopia.
- 3) Alucinaciones extracampinas.
- 4) Dismorfopsias.
- 5) Imágenes parásitas.

087. Las alucinaciones son:

- 1) Distorsiones perceptivas.
- 2) Ilusiones.
- 3) Engaños perceptivos.
- 4) Escisiones perceptivas.
- 5) Fenómenos de umbral atencional.

088. ¿En qué cuadro, de los siguientes, son más frecuentes las alucinaciones visuales?:

- 1) Esquizofrenia.
- 2) Trastorno bipolar.
- 3) Enfermedad de Alzheimer.
- 4) Cuadros orgánicos agudos.
- 5) Trastorno delirante.

089. Señale la afirmación correcta respecto a los engaños perceptivos:

- 1) En ellos se produce una experiencia perceptiva nueva que no suele convivir con el resto de las percepciones "normales".
- 2) Coinciden con las distorsiones perceptivas en el hecho de que la persona tiene una experiencia perceptiva.
- 3) La experiencia perceptiva persiste sólo cuando está presente el estímulo que la produjo.
- 4) Las ilusiones y las alucinaciones son ejemplos claros de engaños perceptivos.
- 5) Las anomalías en la integración perceptiva o en la percepción de la cualidad son engaños perceptivos.

090. Señale lo correcto respecto a las ilusiones:

- 1) Pueden conceptualizarse como engaños perceptivos en la medida en que se definen como "percepciones equivocadas de un objeto concreto".
- 2) Son percepciones corpóreas engañosas de carácter novedoso que se presentan simultáneamente con las percepciones reales.
- 3) La predisposición interna o subjetiva del individuo no influye para nada en su origen.
- 4) Se pueden concebir como identificaciones y/o interpretaciones nuevas de estímulos que se hallan presentes y al alcance de los sentidos.
- 5) La predisposición interna del individuo es lo único que influye en su producción.

091. En relación con las alucinaciones, señale cuál de estas afirmaciones es correcta:

- 1) Según el criterio complejidad versus simplicidad, cuanto menos formadas estén, más probable es que se deban a causas bioquímicas, neurofisiológicas o neurológicas, y menos a trastornos mentales como la esquizofrenia.
- 2) Sus contenidos, a diferencia de otros síntomas psicopatológicos de la percepción, no recogen o reflejan características culturales propias del medio en que la persona se ha desarrollado.
- 3) La mayoría de las veces el tema alucinatorio no está ligado al contenido del delirio y suelen presentarse como opuestos.
- 4) En cuanto a la modalidad sensorial, se subraya que las alucinaciones visuales son muy comunes en la esquizofrenia.
- 5) Son más frecuentes en la demencia que en el delirium.

CONVOCATORIA 1998

108. Indique cuál de las condiciones de estimulación ambiental que se indican, aumenta la probabilidad de inducir experiencias alucinatorias en individuos vulnerables:

- 1) Poco estructurada y de baja o moderada intensidad.
- 2) Muy estructurada y de alta y constante intensidad.
- 3) De intensidad normal pero monótona y muy estructurada.
- 4) Intensa y adecuada a las expectativas del individuo.
- 5) Arousal elevado producido por factores estresantes.

109. El "dolor fantasma" es un síntoma que cabe encuadrar dentro de la psicopatología de:

- 1) La histeria o trastorno de conversión.
- 2) El trastorno somatoforme.
- 3) La hipocondría.
- 4) La conducta de enfermedad.
- 5) La percepción.

CONVOCATORIA 1999

215. "Estaba con mi padre recogiendo almendras en el monte y de pronto sentí como una fuerte punzada en el corazón y entonces vi claramente que un gusano verde y grande me entraba en la cabeza por la parte de detrás del cuello. Desde entonces está ahí dentro". Este relato ejemplifica:

- 1) Una alucinación extracampina.
- 2) Una ilusión denominada "sensación de presencia".
- 3) Un delirio hipocondríaco.
- 4) Una metamorfopsia.
- 5) Una aglutinación perceptiva.

216. Las hiperestesias consisten en:

- 1) Una interpretación anormal de la cualidad de los estímulos percibidos.
- 2) Una integración o fusión anormal de las sensaciones captadas por órganos sensoriales diferentes.
- 3) Que el tamaño o la forma de un objeto se percibe de modo inadecuado.
- 4) Que no se percibe el sabor de los alimentos.
- 5) Que la intensidad de los estímulos se percibe de un modo extremadamente elevada.

217. La ausencia de control por parte del individuo sobre sus alucinaciones, entendida como imposibilidad o gran dificultad para alterar la experiencia a voluntad propia, es una característica:

- 1) Exclusiva de las alucinaciones.
- 2) Compartida por diversas patologías mentales, tales como las imágenes parásitas, las hipnagógicas o las obsesivas.
- 3) Dependiente del estado emocional del individuo que alucina y de la complejidad del contenido alucinatorio.
- 4) Que permite diferenciar entre una alucinación psicótica y otra de origen neurótico.
- 5) Que permite distinguir entre una alucinación y una pseudoalucinación.

218. María se niega a salir de su habitación porque dice que, cada vez que lo hace, siente pellizcos y manoseos por todo su cuerpo, a la vez que unas voces la insultan y le dicen groserías. María presenta:

- 1) Alucinaciones táctiles o hápticas y auditivas.
- 2) Delirios zoopáticos.
- 3) Alucinaciones extracampinas.
- 4) Alucinaciones hipnagógicas.
- 5) La alucinación denominada "dolor fantasma".

219. Luis ha enviudado recientemente y relata que, algunas noches, cuando entra en su habitación para dormir, puede escuchar la respiración de su mujer dormida en la cama. Es plenamente consciente de que esta sensación es imposible, porque su mujer ha muerto, pero al mismo tiempo la experimenta de un modo sumamente vivido y realista. Luis presenta:

- 1) Imágenes hipnopómpicas.
- 2) Pareidolias auditivas.
- 3) Imágenes eidéticas.
- 4) Pseudoalucinaciones.
- 5) Imágenes parásitas.

220. "Durante toda la mañana me fue imposible unir el color de los objetos con su forma. Por ejemplo, veía el verde de las manzanas por un lado y su forma redondeada por otro. Esta experiencia, que al principio me resultó extraordinariamente atractiva, se fue tornando cada vez más angustiada y aterradora". Este relato podría ser un ejemplo de:

- 1) Alucinación refleja.
- 2) Alucinación funcional.
- 3) Imagen alucinoide.

- 4) Sinestesia.
- 5) Metacromia.

221. Indique cuál de los elementos que se enumeran favorece la aparición de una experiencia alucinatoria:

- 1) Que el individuo tenga gran capacidad imaginativa.
- 2) Que el rasgo de personalidad predominante sea el de "apertura a la experiencia".
- 3) Que se hayan experimentado previamente y hayan tenido un papel reforzante (por ejemplo, alivio de la ansiedad).
- 4) Que el individuo posea una elevada consciencia de sí mismo (autoconsciencia privada).
- 5) Que el individuo carezca de habilidades sociales.

CONVOCATORIA 2000

035. Un paciente deprimido se quejaba de que todo lo que comía le resultaba igual de insípido y de que todo lo que veía tenía el mismo color o tonalidad grisácea. Cuando le pedimos que describiera los colores del cuadro que tenía delante, los identificó correctamente, y también distinguió perfectamente entre un alimento salado y uno dulce. Este paciente presentaba:

- 1) Percepciones delirantes.
- 2) Ilusiones referidas a la intensidad de los estímulos.
- 3) Distorsiones perceptivas referidas a la cualidad de los estímulos.
- 4) Pseudoalucinaciones.
- 5) Deja vu.

037. Las pseudoalucinaciones son:

- 1) Imágenes mentales patológicas.
- 2) Distorsiones perceptivas.
- 3) Distorsiones del recuerdo.
- 4) Paramnesias.
- 5) Pseudologías perceptivas.

040. "Cuando me desperté sentí como una oleada de intenso frío interior y fue entonces cuando vi que mi corazón había salido de mi cuerpo y yacía en el suelo". Esta experiencia indica la presencia de:

- 1) Una percepción delirante.
- 2) Un delirio hipocondríaco.
- 3) Una alucinación somática.
- 4) Una metamorfosis.
- 5) Una imagen eidética.

CONVOCATORIA 2001

066. Cuando decimos que alguien tiene una experiencia perceptiva nueva que no se fundamenta en estímulos realmente existentes fuera del individuo, aludimos a:

- 1) Una ilusión.
- 2) Una dismegalopsia.
- 3) Una pareidolia.
- 4) Una alucinación.
- 5) Una dismorfopsia.

067. Bajo los efectos de la mescalina, Antonio decía que veía sus manos enormes, y como alejadas de su cuerpo. Antonio padecía:

- 1) Una alucinación refleja.
- 2) Una alucinación extracampina.
- 3) Una metamorfosis.
- 4) Una ilusión.
- 5) Una sinestesia.

068. Indique en cuál de los siguientes trastornos mentales, NO se experimentan alucinaciones:

- 1) Manía.
- 2) Depresión mayor.
- 3) Esquizofrenia.
- 4) Hipocondria.
- 5) Histeria (trastorno de conversión).

069. Las formas más frecuentes de presentación de las pseudoalucinaciones, son:

- 1) Visual y táctil.
- 2) Táctil y gustativa.
- 3) Olfativa y gustativa.
- 4) Auditiva y visual.
- 5) Auditiva y táctil.

070. Señale en cuál de las siguientes situaciones o entidades las pérdidas de memoria NO se pueden catalogar como amnesia retrógrada:

- 1) En la amnesia posterior a la aplicación de terapia electroconvulsiva.
- 2) En la amnesia posterior a un craneoencefálico.
- 3) En el síndrome de Korsakoff.
- 4) En la criptoamnesia.
- 5) En la enfermedad de Alzheimer.

071. Cada vez que su hijo tosía, Luisa sentía un intenso dolor en el pecho que atribuía a la tos de su hijo. Luisa sufría:

- 1) Una pseudoalucinación.
- 2) Una auto-metamorfopsia.
- 3) Una percepción delirante.
- 4) Una alucinación funcional.
- 5) Una alucinación refleja.

072. La estimulación escasa o poco estructurada, continua, y de baja intensidad:

- 1) Aumenta la probabilidad de que se experimenten alucinaciones.
- 2) Disminuye la probabilidad de que se experimenten alucinaciones.
- 3) No influye en la aparición de alucinaciones.
- 4) Es incompatible con la experiencia alucinatoria.
- 5) Produce distorsiones perceptivas en todas las modalidades sensoriales, pero no alucinaciones.

077. Las hiperestesias consisten en un incremento anormal de:

- 1) La percepción de la intensidad de los estímulos.
- 2) La percepción del tamaño de los estímulos.
- 3) La aglutinación perceptiva.
- 4) La integración de la percepción.
- 5) La percepción de pareidolias.

107. Un fotoma es:

- 1) Una modalidad de alucinación visual.
- 2) Una variante de morfosis.
- 3) Una modalidad de sinestesia.
- 4) Un ejemplo de percepción delirante simple.
- 5) Una metacromía referida a la luz.

CONVOCATORIA 2002

128. ¿Cuál es la definición de escisión perceptiva?

- 1) Es una alucinación que se experimenta fuera del campo sensorial plausible
- 2) Es una alucinación activada y/o desencadenada por un estímulo, el cual es percibido.
- 3) Es una alucinación desencadenada y/o activada por un estímulo que pertenece a un campo sensorial distinto a aquél en que se produce la alucinación.
- 4) Es una percepción unitaria de sensaciones que en la realidad se producen de forma diferenciada.

5) Es una percepción desintegrada de los diversos elementos de un mismo estímulo.

134. ¿Cuál de los siguientes datos nos permite diferenciar una distorsión de un engaño perceptivo?

- 1) Que el sujeto tiene una experiencia perceptiva.
- 2) El grado de realidad que el sujeto otorga a la percepción.
- 3) La convicción del sujeto respecto a lo que ha percibido.
- 4) La existencia de un estímulo "fuera" del sujeto sobre el que se fundamenta la percepción.
- 5) Que el sujeto se encuentre bajo tratamiento con neurolépticos y, por tanto, sea imposible que sufra alucinaciones.

135. Las imágenes hipnagógicas e hipnopómpicas que aparecen en estados de semiinconsciencia entre la vigilia y el sueño, son un ejemplo de:

- 1) Pseudopercepciones.
- 2) Imágenes alucinoides.
- 3) Alucinaciones visuales.
- 4) Parasomnia.
- 5) Ilusiones.

136. Si un paciente puede ver a alguien sentado detrás de él cuando está mirando de frente decimos que tiene:

- 1) Alucinación negativa.
- 2) Alucinación funcional.
- 3) Alucinación refleja.
- 4) Alucinación extracampina.
- 5) Autoscopia.

148. Las dismorfopsias son anomalías en la percepción de la forma, pero, ¿dentro de qué grupo de alteraciones de la percepción se clasificarían?:

- 1) Engaños perceptivos: ilusiones.
- 2) Distorsiones perceptivas: alucinaciones.
- 3) Distorsiones perceptivas: metamorfopsias.
- 4) Aberraciones perceptivas.
- 5) Percepciones falsas.

149. ¿Qué teoría afirma que las alucinaciones se producen a causa de una deficiencia en la capacidad para distinguir cuando un hecho es real y cuando es producto de su imaginación?:

- 1) Teoría dinámica.

- 2) Teoría del déficit en la habilidad metacognitiva de discriminación de la realidad.
- 3) Teoría de la subvocalización.
- 4) Teoría de las representaciones mentales en imágenes.
- 5) Teoría de la "destilación".

150. ¿A qué nos referimos cuando afirmamos que el estímulo es percibido al mismo tiempo que la alucinación y en la misma modalidad sensorial?:

- 1) Alucinación refleja.
- 2) Alucinación funcional.
- 3) Autoscopia.
- 4) Pseudoalucinación.
- 5) Alucinación extracampina.

CONVOCATORIA 2003

103. ¿Cómo se denomina a "una imagen autónoma similar a una alucinación, excepto por el momento de su aparición y por el hecho de que la persona mantiene los ojos cerrados y sabe que lo que experimenta son imágenes"?:

- 1) Pseudoalucinación.
- 2) Pareidolia.
- 3) Imagen alucinoide.
- 4) Distorsión perceptiva.
- 5) Imagen eidética.

104. ¿Cómo se denomina la alteración en la cual "el sujeto da significado a un estímulo ambiguo o poco estructurado"?:

- 1) Pseudoalucinación.
- 2) Pareidolia.
- 3) Atribución errónea.
- 4) Distorsión perceptiva.

CONVOCATORIA 2004

153. Indica la afirmación correcta sobre el *delirium tremens* asociado a la intoxicación alcohólica:

- 1) Se caracteriza por la presencia de agudas parestesias y atrofia muscular.
- 2) Se manifiesta media hora después de la ingesta masiva de alcohol.
- 3) El síntoma más frecuente son las intensas y recurrentes crisis convulsivas.
- 4) Produce lesiones irreversibles en el núcleo vestibular que conducen a la muerte.
- 5) El paciente puede tener alucinaciones visuales.

212. Cuando una experiencia perceptiva se mantiene y/o se activa a pesar de que el estímulo inicial que la produjo ya no se encuentre accesible a los órganos sensoriales, es muy probable que se experimente:

- 1) Una imagen eidética.
- 2) Una dismorfopsia.
- 3) Un recuerdo delirante.
- 4) Un delirio de persecución.
- 5) Una pareidolia.

213. Cuando alguien experimenta "alucinaciones en tercera persona", escucha:

- 1) Voces que le hablan (por ejemplo, "vas a morir").
- 2) Voces que le ordenan hacer algo (por ejemplo, "Cómete el gusano").
- 3) Sus propios pensamientos en voz alta.
- 4) Voces que hablan de ella (por ejemplo: "Es un inútil, nunca hará nada bien").
- 5) Críticas sobre lo que está haciendo (por ejemplo: "Eres un inútil, todo lo haces mal").

221. Un paciente diagnosticado de la enfermedad de Parkinson describe la sensación de estar temblando interiormente y de que sus piernas giran y se retuercen. Sin embargo, el evaluador constata que no se produce el más ligero movimiento. El paciente presenta:

- 1) Alucinación cinestésica.
- 2) Alucinación somática.
- 3) Alucinación somática periférica.
- 4) Alucinación táctil o háptica.
- 5) Parestesia.

222. Una dismegalopsia es:

- 1) Una forma leve de alucinación (alucinosis).
- 2) Una pseudopercepción o imagen anómala.
- 3) Una anomalía de la integración perceptiva.
- 4) Una distorsión perceptiva.
- 5) Una modalidad de ilusión.

225. Manuela dice que cuando mira un cuadro no consigue juntar el color con las formas. Por ejemplo, cuando mira las Meninas de Velázquez, dice que por un lado ve las figuras y por otro los colores en que están pintadas. Estas experiencias se denominan:

- 1) Alucinaciones visuales.
- 2) Hiperestusias.
- 3) Metacromías.

- 4) Sinestias.
- 5) Morfolisis.

230. Un paciente esquizofrénico pide que retiremos todos los ramos de rosas de la sala porque huelen a excrementos y podredumbre. Este paciente presenta:

- 1) Una distorsión perceptiva, relacionada con la percepción de la cualidad de los estímulos olorosos.
- 2) Una alucinación somática de tipo olfativo.
- 3) Un delirio de persecución somático.
- 4) Una ilusión olfativa.
- 5) No le gustan las rosas: le recuerdan su pasado como jardinero.

CONVOCATORIA 2005

102. ¿Qué es autoscopia?

- 1) Una idea delirante referida al cuerpo.
- 2) Una focalización hacia el propio cuerpo.
- 3) Una distorsión perceptiva.
- 4) Un engaño perceptivo.
- 5) Una anomalía en la integración perceptiva.

104. ¿Cuál es el término que define “Una imagen autónoma similar a una alucinación, excepto por el momento de su aparición y por el hecho de que la persona mantiene los ojos cerrados y sabe que lo que experimenta son imágenes”?:

- 1) Pseudoalucinación.
- 2) Pareidolia.
- 3) Imagen alucinoide.
- 4) Distorsión perceptiva.
- 5) Imagen eidética.

109. ¿Cómo se denomina el trastorno en el cual el sujeto no percibe algo que existe?:

- 1) Alucinación extracampina.
- 2) Alucinación funcional.
- 3) Alucinación refleja.
- 4) Alucinación negativa.
- 5) Alucinación orgánica.

110. ¿Cómo se denomina el trastorno en el cual el sujeto dice que no se ve a sí mismo cuando su imagen se refleja en el espejo?:

- 1) Despersonalización.
- 2) Agnosia.
- 3) Alucinación refleja.

- 4) Alucinación somática.
- 5) Autoscopia negativa.

111. El eco del pensamiento, trastorno en el cual el paciente oye sus propios pensamientos expresados en voz alta a medida que los piensa, se considera una forma especial de:

- 1) Alucinación auditiva.
- 2) Alucinación funcional.
- 3) Ilusión.
- 4) Distorsión perceptiva.
- 5) Idea delirante.

112. Si un paciente dice que puede “oír la voz de Dios al mismo tiempo que oye las campanadas del reloj de la iglesia, y cuando las campanadas cesan de tocar deja de oír esa voz”, esto es un ejemplo de:

- 1) Pseudoalucinación.
- 2) Alucinación funcional.
- 3) Ilusión auditiva.
- 4) Alucinación refleja.
- 5) Alucinación extracampina.

118. ¿En qué cuadro clínico son muy frecuentes las alucinaciones visuales?:

- 1) Esquizofrenia.
- 2) Depresión mayor.
- 3) Trastorno delirante.
- 4) Trastorno disociativo.
- 5) Delirium tremens.

120. Una de las teorías psicológicas sobre las alucinaciones es la que pone de manifiesto que éstas se producen por una deficiencia en la habilidad metacognitiva de evaluación y/o discriminación de la realidad ¿Qué autores la formularon?:

- 1) Johnson y Andreasen.
- 2) Wesht y Frith.
- 3) Slade y Bentall.
- 4) Flavell y Hoffman.
- 5) Horowitz y Baker.

CONVOCATORIA 2006

No hay historial de preguntas.

CONVOCATORIA 2007

071. La ausencia de control por parte del individuo sobre sus alucinaciones, entendida como imposibilidad o gran

dificultad para alterar la experiencia a voluntad propia, es una característica:

- 1) Exclusiva de las alucinaciones.
- 2) Compartida con otras patologías mentales, tales como las imágenes parásitas, las hipnagógicas o las obsesivas.
- 3) Dependiente del estado emocional del individuo que alucina y de la complejidad del contenido alucinatorio.
- 4) Que permite diferenciar entre una alucinación psicótica y otra de origen neurótico.
- 5) Que permite distinguir entre una alucinación y una pseudoalucinación.

072. "Llevo todo el día con esa cancioncilla metida en la cabeza. No consigo deshacerme de ella por más que lo intente". Esta experiencia se denomina:

- 1) Imagen eidética.
- 2) Imagen obsesiva.
- 3) Imagen hipnopómpica.
- 4) Imagen háptica.
- 5) Pseudoalucinación auditiva.

074. "Cuando me desperté sentí como una oleada de intenso frío interior y fue entonces cuando vi que mi corazón había salido de mi cuerpo y yacía en el suelo". Esta experiencia indica la presencia de:

- 1) Una percepción delirante.
- 2) Un delirio hipocondríaco.
- 3) Una alucinación somática.
- 4) Una metamorfopsia.
- 5) Una imagen obsesiva.

CONVOCATORIA 2008

025. La ausencia de control por parte del individuo sobre la aparición de alucinaciones, entendida como imposibilidad o dificultad extrema para alterar la experiencia a voluntad propia, es una característica:

- 1) Exclusiva de las alucinaciones.
- 2) Compartida con otras psicopatologías, tales como las imágenes parásitas, las hipnagógicas, o las obsesivas.
- 3) Que depende del estado emocional del individuo que alucina y de la complejidad del contenido alucinatorio.
- 4) Que permite diferenciar entre una alucinación psicótica y otra de origen neurótico.

- 5) Que permite distinguir entre una alucinación y una pseudoalucinación.

028. "Cuando me voy a dormir y los perros de mi vecino empiezan a ladrar siento que todo mi cuerpo, las sábanas, y hasta la habitación entera despiden un olor insoportable a excrementos". Esto podría ser un ejemplo de:

- 1) Pseudoalucinación auditiva.
- 2) Alucinación refleja.
- 3) Alucinación extracampina.
- 4) Alucinación hipnopómpica.
- 5) Alucinación hipnagógica.