

01

PSICOPATOLOGÍA

José Luis Santos Ruiz

Psicólogo Especialista en Psicología Clínica.
FEA Psicología Clínica Hospital Complejo Hospitalario de Toledo.
Hospital Universitario de Toledo. SESCAM.
Diploma de Estudios Avanzados (UCM).

Elena Montes Velasco

Psicóloga Especialista en Psicología Clínica.
Psicóloga clínica en el ESH de Cuidados Paliativos del Hospital
Universitario de Getafe.
Máster en Psicología del deporte.

MANUAL DE PSICOPATOLOGÍA

ISBN obra completa: 978-84-10149-36-6

ISBN: 978-84-10149-43-4

Depósito Legal: M-2163-2026

EDICIÓN: Febrero 2026

Diseño de la cubierta: Rosa Ruiz Girón

Impresión: FRAGMA S.L.

© CEDE

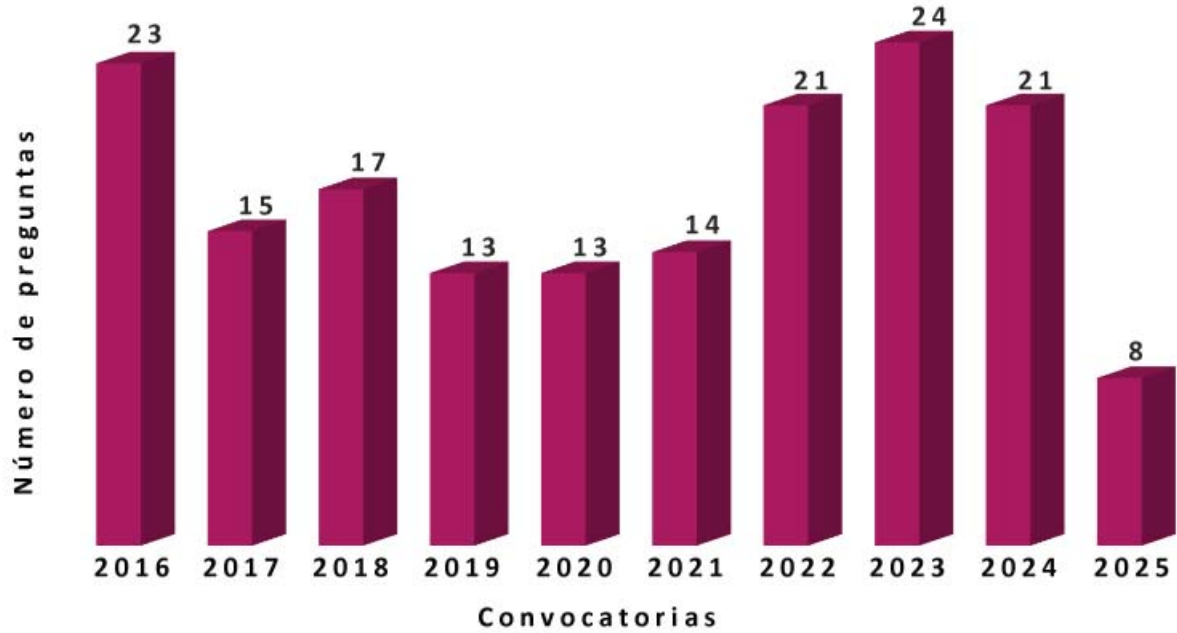
Todos los materiales de estudio elaborados, editados y publicados por CeDe son de uso exclusivo para sus alumnos.

Reservado todos los derechos. No está permitida la reproducción total o parcial de esta obra, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopias, por registro u otros métodos, sin el permiso por escrito de CeDe.

Dirigirse a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

01. PSICOPATOLOGÍA

EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE PREGUNTAS POR CONVOCATORIA Y TEMA



Temas	Convocatorias	Convocatorias											Total de preguntas por convocatoria		
		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025				
01 01. HISTORIA DE LA PSICOPATOLOGÍA		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
01 02. SISTEMAS CLASIFICATORIOS EN PSICOPATOLOGÍA		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
01 03. EPIDEMIOLOGÍA		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
01 04. PSICOPATOLOGÍA DE LA CONCIENCIA		0	0	1	0	1	0	1	5	2	0				10
01 05. PSICOPATOLOGÍA DE LA ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN		1	1	1	0	1	1	0	0	0	0				5
01 06. PSICOPATOLOGÍA DE LA SENSORPERCEPCIÓN		4	4	7	5	6	5	7	10	9	1				58
01 07. PSICOPATOLOGÍA DE LA MEMORIA		4	2	1	2	1	1	3	3	3	1				21
01 08. PSICOPATOLOGÍA DEL PENSAMIENTO		7	6	2	4	3	4	7	4	4	1				42
01 09. PSICOPATOLOGÍA DEL LENGUAJE		1	0	5	1	0	1	1	1	2	5				17
01 10. PSICOPATOLOGÍA DE LA AFECTIVIDAD		1	0	0	0	0	0	2	0	0	0				3
01 11. TRASTORNOS PSICOMOTORES		4	2	0	1	1	2	0	1	1	0				12
Total de preguntas por convocatoria		23	15	17	13	13	14	21	24	21	8				

ÍNDICE GENERAL

01 01. HISTORIA DE LA PSICOPATOLOGÍA

1. INTRODUCCIÓN.....	10
2. ANTECEDENTES: GRECIA Y ROMA.....	10
3. LA EDAD MEDIA: EL MUNDO ÁRABE Y LA CRISTIANIDAD	11
4. EL RENACIMIENTO (SIGLO XVI).....	12
5. LA ILUSTRACIÓN (SIGLOS XVII Y XVIII).....	12
6. EL SIGLO XIX	14
7. EL SIGLO XX	18

01 02. SISTEMAS CLASIFICATORIOS EN PSICOPATOLOGÍA

1. INTRODUCCIÓN.....	24
2. TIPOS DE CLASIFICACIÓN	25
3. MODELOS DE CLASIFICACIÓN EN PSICOPATOLOGÍA	26
3.1. Criterios de anormalidad en psicopatología	27
3.2. Principales modelos en psicopatología	28
4. CLASIFICACIONES PSICOPATOLÓGICAS MODERNAS. EVOLUCIÓN.....	32
4.1. CIE-10 y DSM-IV-TR.....	34
4.2. Evaluación multiaxial.....	34
4.3. DSM-5 y DSM-5-TR.....	37
4.4. CIE-11	39
5. CRÍTICAS A LAS CLASIFICACIONES PSIQUIÁTRICAS.....	42
6. GARANTÍAS PSICOMÉTRICAS DE LAS CLASIFICACIONES	43
7. ENFOQUES DE CLASIFICACIÓN DIMENSIONAL ACTUALES: HITOP Y RDoC	43
8. TEORÍA DE REDES Y PSICOPATOLOGÍA.....	46

01 03. EPIDEMIOLOGÍA

1. INTRODUCCIÓN.....	52
2. NIVELES DE ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO	52
2.1. Epidemiología descriptiva	52
2.2. Epidemiología analítica	52
2.3. Epidemiología experimental.....	53
3. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN EN PSICOPATOLOGÍA.....	53
3.1. Métodos básicos de investigación epidemiológica.....	56

01 04. PSICOPATOLOGÍA DE LA CONCIENCIA

1. INTRODUCCIÓN.....	62
2. ASPECTOS HISTÓRICOS.....	62
3. TRASTORNOS DEFICITARIOS DE LA CONCIENCIA.....	63
4. TRASTORNOS PRODUCTIVOS DE LA CONCIENCIA.....	66
5. TRASTORNOS DEL ESTRECHAMIENTO DEL CAMPO DE CONCIENCIA.....	68

01. PSICOPATOLOGÍA

6. ALTERACIONES POSITIVAS DE LA CONCIENCIA	69
7. ALTERACIONES DE LA CONCIENCIA DEL SÍ MISMO.....	70
8. LAS AGNOSIAS	70
9. CONCIENCIA Y TRASTORNOS MENTALES.....	71

01 05. PSICOPATOLOGÍA DE LA ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN

1. INTRODUCCIÓN.....	76
2. PSICOPATOLOGÍA DE LA ATENCIÓN.....	76
2.1. Aproxias	77
2.2. Hipoprosexias	77
2.3. Pseudoaproxias, paraprosexias e hiperproxias	80
2.4. Psicopatología cognitiva de la atención	81
3. PSICOPATOLOGÍA DE LA ORIENTACIÓN.....	84
3.1. Desorientación	84
4. ALTERACIONES ATENCIONALES EN TRASTORNOS MENTALES	84
4.1. Alteraciones atencionales como proceso transdiagnóstico.....	86

01 06. PSICOPATOLOGÍA DE LA SENSORPERCEPCIÓN

1. INTRODUCCIÓN.....	92
2. DISTORSIONES PERCEPTIVAS O SENSORIALES	93
3. ENGAÑOS PERCEPTIVOS	96
4. EVALUACIÓN DE LAS ALUCINACIONES.....	116
5. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE ALUCINACIONES Y DELIRIOS.....	118

01 07. PSICOPATOLOGÍA DE LA MEMORIA

1. INTRODUCCIÓN.....	137
2. AMNESIA RETRÓGRADA	139
3. EL SÍNDROME AMNÉSICO.....	141
3.1. ¿Cómo se puede explicar la amnesia en el síndrome amnésico?.....	144
3.2. Conciencia, memoria y síndrome amnésico	145
4. AMNESIA Y DEMENCIAS.....	146
5. MEMORIA Y EMOCIÓN	147
6. PARAMNESIAS Y PARAPRAXIAS	149
7. DÉFICIT DE MEMORIA EN OTROS CUADROS CLÍNICOS	152
8. MEMORIA DE TESTIGOS	155

01 08. PSICOPATOLOGÍA DEL PENSAMIENTO

1. INTRODUCCIÓN.....	165
2. TRASTORNOS FORMALES DEL PENSAMIENTO	166
3. TRASTORNOS DEL CONTENIDO DEL PENSAMIENTO	172
4. EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO	189

01 09. PSICOPATOLOGÍA DEL LENGUAJE

1. INTRODUCCIÓN.....	196
2. LAS AFASIAS EN ADULTOS.....	196
a) Evaluación.....	196
b) Clasificaciones.....	197
3. TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN EN LA INFANCIA.....	204
3.1. Disfasia evolutiva.....	205
3.2. Dislalias infantiles y retraso simple del habla.....	207
3.3. Tartamudez.....	209
3.4. Trastorno de la comunicación pragmática.....	211
4. PSICOPATOLOGÍA DEL LENGUAJE EN CUADROS CLÍNICOS.....	212

01 10. PSICOPATOLOGÍA DE LA AFECTIVIDAD

1. INTRODUCCIÓN.....	220
2. DEFINICIÓN.....	220
3. EXPLORACIÓN DE LA AFECTIVIDAD.....	221
4. SÍNTOMAS AFECTIVOS.....	222
5. REGULACIÓN EMOCIONAL.....	228
5.1. Modelos de regulación emocional.....	229
5.2. Estrategias/habilidades de regulación emocional.....	230
5.3. Regulación emocional y trastornos mentales.....	231
5.4. Evaluación de la regulación emocional.....	232

01 11. TRASTORNOS PSICOMOTORES

1. INTRODUCCIÓN.....	238
2. TRASTORNOS PSICOMOTORES.....	238
2.1. Trastornos cuantitativos.....	239
2.2. Trastornos cualitativos.....	242
3. TRASTORNOS DE LA MÍMICA.....	252

ÍNDICE

01 06. PSICOPATOLOGÍA DE LA SENSO PERCEPCIÓN

1. INTRODUCCIÓN.....	92
2. DISTORSIONES PERCEPTIVAS O SENSORIALES	93
3. ENGAÑOS PERCEPTIVOS	96
4. EVALUACIÓN DE LAS ALUCINACIONES.....	116
5. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE ALUCINACIONES Y DELIRIOS.....	118

01 06. PSICOPATOLOGÍA DE LA SENSOOPERCEPCIÓN

ORIENTACIONES

Este es el tema que más preguntas genera del área de Psicopatología junto con las alteraciones del pensamiento. Las preguntas se centran tanto en definición de conceptos, como en la clasificación de los mismos, por lo que es importante conocer el esquema organizativo del tema.

ASPECTOS ESENCIALES

1. 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 característica del objeto que se distorsione hablamos de distorsiones en la intensidad, cualidad, tamaño y forma, integración e ilusiones.
2. 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).
3. 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 cuándo un hecho es real y cuándo 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.
4. 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 hipnopómpicas, hipnagógicas y alucinoides. En el segundo caso a las imágenes mnémicas, parásitas y consecutivas (Mayor y Moñivas, 1992).
5. El tratamiento psicológico de las alucinaciones y los delirios es un aspecto destacado de cara al examen. El trabajo con el significado de los síntomas y con los esquemas cognitivos, así como las condiciones de uso de las principales técnicas (análisis verbal, comprobación empírica, exposición a imágenes, etc) son muy importantes.

NOVEDADES DE ESTA EDICIÓN

- ◆ Se han añadido en el texto las preguntas PIR hasta la convocatoria 2024.
- ◆ Se han añadido tablas nuevas para facilitar el estudio y se ha ampliado el apartado dedicado al tratamiento y evaluación de los síntomas psicóticos con las últimas publicaciones relevantes.

PREGUNTAS REPRESENTATIVAS

165. ¿Cuál de las siguientes alteraciones se clasifica como una distorsión perceptiva de la integración?:

- 1) Dismegalopsia.
- 2) Dismorfopsia.
- 3) Sinestesia.
- 4) Metamorfopsia.

PIR 16, RC 3.

161. Dentro de las técnicas que promueven la focalización en las alucinaciones (Bentall y cols.) se recomienda en la primera fase del procedimiento de intervención solicitar al paciente que dirija su atención:

- 1) A las creencias y pensamientos respecto de las voces.
- 2) Al contenido de las voces.
- 3) A la forma y características físicas de las voces.
- 4) A los sentimientos que le generan las voces.

PIR 18, RC 3.

084. Con relación a las pseudoalucinaciones, señale la opción CO-
RRECTA:

- 1) Suelen darse en las modalidades olfativa y táctil.
- 2) Se acompañan de ausencia de la convicción de realidad por parte de la persona.
- 3) Son imágenes mentales poco claras o con poca viveza.
- 4) No suelen estar asociadas a estados hipnagógicos e hipnopómpicos.

PIR 18, RC 2.

023. Señale cuál de los siguientes instrumentos de evaluación de las alucinaciones NO es un autoinforme:

- 1) Psychotic Symptom Rating Scale (PSYRATS; Haddock et al., 1999; González et al., 2003).
- 2) Launay-Slade Hallucination Scale-revised (LSHS-R; Bentall y Slade, 1985; Fonseca Pedrero et al., 2010).
- 3) Voice Power Differential Scale (VPDS; Birchwood et al., 2000).
- 4) Beliefs About Voices Questionnaire (BAVQR; Chadwick et al., 2000; Robles García et al., 2004).

PIR 23, RC 1.

125. Cuando un paciente con psicosis señala que le están intentando asesinar porque todo "huele a gas", puede estar experimentado:

- 1) Acoasmas.
- 2) Fantasmias.
- 3) Fotomas.
- 4) Síndrome de Cotard.

PIR 23, RC 2.

091. ¿A qué experiencia nos referimos cuando una persona nos cuenta que cada vez que ve la foto de su padre comienza a escuchar voces que la insultan?:

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

PIR 22, RC 3.

110. Señale cuál de los siguientes instrumentos de evaluación de las alucinaciones incluye la evaluación de los patrones de afrontamiento (resistencia y compromiso):

- 1) Launay-Slade Hallucination Scale-revised (LSHS-R; Bentall y Slade, 1985; Fonseca Pedrero et al., 2010).
- 2) Psychotic Symptom Rating Scale (PSYRATS; Haddock et al., 1999; González et al., 2003).
- 3) Beliefs About Voice Questionnaire (BAVQR; Chadwick et al., 2000; Robles García et al., 2004).
- 4) Voice Power Differential Scale (VPDS; Birchwood et al., 2000).

PIR 21, RC 3.

093. Ante un paciente que presenta delirios y alucinaciones, ¿cuál de las siguientes sería la actitud más adecuada del terapeuta?:

- 1) Usar preguntas directas para poder establecer lo antes posible un análisis funcional de la experiencia psicótica.
- 2) Utilizar un lenguaje técnico y preciso para que el paciente confíe en la capacidad del terapeuta para ayudarlo.
- 3) Preguntar al paciente si está dispuesto a hablar de una posible mala interpretación de los fenómenos y el efecto que las experiencias resultantes han tenido en su vida.
- 4) Centrar al paciente en un debate cognitivo sobre sus interpretaciones y estar atento a sus intentos de evitar el tema, para no reforzarlo negativamente.

PIR 25, RC 3.

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 tanto a la recepción sensorial de la información 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 ilusiones, 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.

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
<ul style="list-style-type: none"> • Alucinaciones • Variantes de la experiencia alucinatoria 	<ul style="list-style-type: none"> – Pseudoalucinaciones – Alucinaciones funcionales – Alucinaciones reflejas – Autoscopia – Alucinaciones extracampinas
<ul style="list-style-type: none"> • Pseudopercepciones o imágenes anómalas 	<ul style="list-style-type: none"> – 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 17, 204); 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 **analgesia** 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.

Un ejemplo de este tipo de anomalía es la dificultad para identificar y distinguir los sabores, los olores, los sonidos, etc. que manifiestan algunos pacientes depresivos; otro es la **hiperacusia**, es decir, una percepción de los sonidos que escuchan como exageradamente altos. 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, “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, 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 16, 67; PIR 18, 87; PIR 19, 146)

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.



Macropsia y/o micropsia

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, “bajo los efectos de la mescalina, Antonio decía que veía sus manos enormes, y como alejadas de su cuerpo”.



Dismorfopsia

Distorsiones en la integración perceptiva

Son anomalías poco frecuentes que aparecen a veces en estados orgánicos y en la esquizofrenia, 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 sujeto es incapaz de integrar las percepciones que proceden de distintas modalidades sensoriales y el objeto percibido se desintegra en sus elementos. 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 compiten por atraer su atención. Por ejemplo, “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, “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”.



Morfolisis

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 (también fusión o confusión de los sentidos)**, 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) (PIR 16, 165).

Es un fenómeno involuntario y automático. Las más frecuentes: música-color (la persona ve diferentes colores según características de la música, timbre, frecuencia, etc.), grafema-color (se ven colores asociados a números o letras), léxico-gustativa (una palabra escuchada o pronunciada activa un sabor concreto). Se ha descrito en trastornos del desarrollo neurológico (TEA por ejemplo), epilepsia y población normal (Kandinsky) (Belloch, 2024).

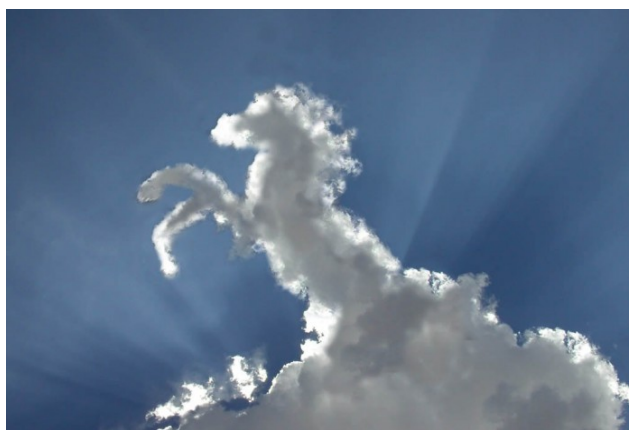
Por ejemplo, en su libro “Un antropólogo en Marte”, O. Sacks cita el caso de un pintor que tras un accidente de tráfico pierde la percepción del color y, además, una sinestesia de la que antes del accidente disfrutaba: la audición coloreada. Cuando este paciente escuchaba música, cada nota y cada cambio 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.



Pareidolia

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 disminuye, el paciente se encuentra aturdido y ansioso, todo lo cual le predispone a experimentar ilusiones.

RECUERDA

Las distorsiones se refieren a la experiencia perceptiva que tiene una persona que no coincide con las características físicas objetivas del estímulo sin que haya alteración alguna en los sentidos.

3. ENGAÑOS PERCEPTIVOS

En este apartado numerosos autores incluyen el prototipo de esta categoría, las alucinaciones, así como las pseudopercepciones 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. 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, 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.

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.

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.

Dimensionalidad de la experiencia alucinatoria

Dimensionalidad de la experiencia alucinatoria. Los datos indican que la experiencia alucinatoria es relativamente común en la población general y no indica necesariamente psicopatología.

Prevalencia. Beavan et al (2011) informa de tasas de prevalencia en población general muy dispares (0,6%-85%). Cuando se emplea una definición estricta, la prevalencia se sitúa entre el 2% y 4%, pero esta tasa aumenta cuando se incluyen imágenes hipnopómpicas, consumo de sustancias, etc. Linscott y van Os (2011) en un metaanálisis encuentran que la prevalencia media de experiencias psicóticas aisladas (tanto alucinaciones como delirios) en población general fue del **7,2%**, y la incidencia anual del 5,5% (tasas superiores a las de los trastornos psicóticos).

Escuchadores de voces con y sin psicopatología. Los escuchadores sin diagnóstico incluyen a personas que experimentan alucinaciones auditivas verbales de forma persistente pero no requieren cuidados especializados de Salud Mental. Las principales variables utilizadas para describir las diferencias entre este grupo y los que si precisan cuidados en Salud Mental (con psicopatología) se resumen en la siguiente tabla:

Similitudes y diferencias en escuchadores de voces con y sin psicopatología (basado en Belloch, 2020, 2024)		
	SIN PSICOPATOLOGÍA	CON PSICOPATOLOGÍA
FENOMENOLOGÍA	Menor edad de inicio (12 años) Menor frecuencia (2 veces mayor probabilidad recurrencia) Menor duración (2-3 minutos)	Inicio más tardío (21 años) Frecuencia (9 veces mayor probabilidad de recurrencia) Duración (40 minutos)
MODALIDAD más frecuente	Visual (Connel et al, 2016)	Auditiva (Connel et al, 2016)
CUALIDADES	Procedencia “fuera de la cabeza” “De dentro de la cabeza” (Leuder, 1997”	Procedencia “fuera de la cabeza”
Frecuencia	Menor número de voces	Mayor número de voces
Contenido	Menor contenido negativo	Mayor contenido negativo y amenazador
CREENCIAS RELIGIOSAS	Voces neutras o mixtas Oyen más a Dios y menos al Diablo (Cottan et al, 2011) Más familiares, iguales o ellos mismos	Voces mixtas o negativas Oyen más al Diablo y menos al Dios (Cottan et al, 2011) Más personajes públicos y sobrenaturales
TIPOS DE VOCES	Menos voces que comentan Menos voces en 3 persona Se refieren a ellos	Más voces que comentan Más voces en 3 persona Se refieren a ellos
MANDATOS	Dan “consejos” Obedece menos	Dan “órdenes” Obedece más
MALESTAR Y CONTROL PERCIBIDO	Bajo malestar Mayor sensación de control Menor deterioro global	Alto malestar Menor sensación de control Mayor deterioro global
INDICADORES DE PATOLOGÍA	Menos ansiedad y depresión La ansiedad parece ser mejor predicto- ra de la predisposición alucinar en los grupos no clínicos que la depresión y estrés (Paulik, 2006)	Más ansiedad y depresión
<ul style="list-style-type: none"> • Los datos apoyan la idea del continuum de síntomas. • Las experiencias psicóticas persistentes no se asocian necesariamente con problemas de Salud Mental, al menos si disponemos de factores protectores (ambientales y psicológicos). • En el grupo con diagnóstico se ve que: <ul style="list-style-type: none"> – La frecuencia y recurrencia es mayor. – Los contenidos negativos son habituales. – El malestar asociado es mayor. – Las voces se interpretan y valoran más negativamente. – Hay más dificultades para manejar y/o controlar las voces, y por lo tanto, producen mayor interferencia. 		

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. Modalidad sensorial y trastornos asociados frecuentemente (modificado de Belloch, 2024; basado en Ludwig, 1986)

TRASTORNOS	Modalidad sensorial				
	Auditiva	Visual	Táctil	Gustativa	Olfativa
ORGÁNICOS					
Auras epilépticas (lóbulo temporal)	+++	+++	++	++	++
Epilepsia (lóbulo temporal)	+	++	+	+++	+++
Delirium	++	+++	++	0	0
Alucinosis alcohólica	+++	+	+	0	0
Tumor cerebral	++	+++	0	0	0
Consumo de sustancias	+	+++	++	0	0
FUNCIONALES					
Trastorno delirante	++	+	+	++	+
Esquizofrenia	+++	++	+	+	+
Episodio maníaco	++	+	+	0	0
Depresión mayor	++	+	0	+	++
Trastorno conversivo (histeria)	+	+	+	0	0
Trastorno esquizotípico	++	+	+	0	0
Trastorno límite personalidad	+	0	0	0	0
TEPT	Se relacionan con el acontecimiento traumático Cualquier modalidad (+)				
Frecuente (+++); Ocasional (++); Infrecuente (+)					

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** (PIR 22, 93), 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; 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 imperativas** 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"). 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 (PIR 18, 85).



El grito (E. Munch)

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), hasta las más complejas (figuras humanas, escenas de animales conocidos o fantásticos), que pueden aparecer en tamaño reducido y recibir el nombre de **liliputienses**, 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). 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.



Alucinaciones liliputienses

Las **alucinaciones olfativas** o **fantosmias** 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 (PIR 21, 86; PIR 23, 125). 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 (PIR 23, 145) 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 **parestias** o sensaciones de hormigueo, que pueden tener origen orgánico y ser interpretadas de modo delirante, o pueden deberse a la falsa sensación de haber sido tocado por algo o por alguien. 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.



Síndrome de Ekbom

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 (PIR 19, 141). Suelen tener lugar en la esquizofrenia y coexistir con delirios bizarros. Por ejemplo “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 en los que el paciente está convencido de que un animal se arrastra por su cuerpo.

Las **alucinaciones cinestésicas o de movimiento** 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, “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**” (PIR 22, 207) 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.

La **pseudoalucinación** es una modalidad de alucinación que se produce preferentemente en las modalidades visual y/o auditivas, en la que la convicción de realidad “exterior” de la imagen alucinada es escasa o nula (Belloch, 2024) (PIR 21, 92). Un problema clásico en el estudio de las pseudoalucinaciones es la aplicación del criterio de ausencia de convicción de realidad (por ejemplo, en el caso de pacientes que en la fase de remisión de la psicosis continúan con síntomas pero no se los creen a ciencia cierta). En este sentido, hay autores que proponen dejar de utilizar el término pseudoalucinación para

evitar confusiones terminológicas. Por ejemplo, Mustafa (2020) propone denominarlas “trastornos perceptivos funcionales”, para evitar las connotaciones asociadas al término pseudoalucinación.

Normalmente tienen lugar en las modalidades auditiva y visual. Suelen asociarse a estados hipnagógicos e hipnopómpicos, 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 (PIR 18, 81, 84).

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 califiquen 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.

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 desarrollo 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.

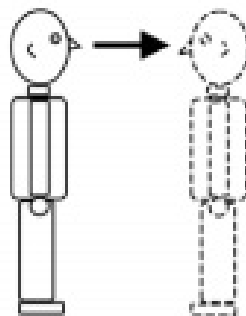
Por último, **Kräupl Taylor (1981)** distingue dos tipos de pseudoalucinaciones:

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

Van der Zwaard y Polak (2001) (recogido en Belloch 2024) proponen la siguiente terminología para recoger las variantes de pseudoalucinación:

1. **Alucinación no psicótica**. Experiencias aisladas de escuchar voces en circunstancias especiales (duelo, privación sensorial, etc.).
2. **Alucinaciones parciales**. Voces muy vívidas de origen interno, o de origen externo que se experimentan como irreales.

3. **Alucinaciones transitorias.** Síntomas psicóticos breves en respuesta al estrés (por ejemplo, síntomas psicóticos en trastorno límite de la personalidad).
 4. **Alucinaciones intrusivas relacionadas con traumas.** Alucinaciones con ausencia de insight en TEPT y síntomas disociativos, coherentes con el contenido traumático y sin relación con delirios ni síntomas de psicosis.
 5. **Para-alucinación.** Alucinaciones secundarias a lesiones del sistema nervioso periférico (miembro fantasma, por ejemplo).
- 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 16, 68; PIR 17, 207). 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.
- 3º. 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, "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" (PIR 17, 197; PIR 18, 82, PIR 22, 91, PIR 23, 150).
- 4º. En la **alucinación negativa** el sujeto no percibe algo que realmente existe. Sin embargo, estos pacientes no se comportan como si la ausencia del objeto fuera real, por ejemplo, si dicen que no ven a una persona, no intentan caminar a través de ella, sino que la esquivan, lo que ha originado que algunos autores opinen que probablemente este fenómeno esté más relacionado con la sugestión que con los engaños perceptivos (PIR 21, 104).
- 5º. 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 16, 227, PIR 23, 130). 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.



Autoscopia

- 6º. Las alucinaciones **extracampinas** se experimentan fuera del campo estimular normal, 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, si un paciente puede ver a alguien sentado detrás de él cuando está mirando de frente decimos que tiene una alucinación extracampina.

RECUERDA

- ◆ Alucinación: representación mental que: 1) comparte características con la percepción y la imaginación; 2) se produce en ausencia de un estímulo apropiado; 3) tiene la fuerza y el impacto de la percepción real, y 4) no es susceptible de ser dirigida voluntariamente por quien la experimenta (tiene carácter intrusivo).
- ◆ Pseudoalucinación: modalidad de alucinación que se produce preferentemente en las modalidades visual y/o auditiva, en la que la convicción de realidad exterior de la imagen alucinada es escasa o nula.

Guías para el diagnóstico de las experiencias alucinatorias

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.
- 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:

- 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.
- 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 demuestran que cuando una persona experimenta una alucinación intenta buscar una explicación, que al fin y al cabo es lo que son los delirios que se producen como consecuencia de una alucinación. Por tanto estos resultados describen la tendencia de la mayoría de las personas a intentar dar explicaciones de las experiencias perceptivas anómalas.
- El 20% aproximadamente de los pacientes tiene alucinaciones que son mezcla de distintas modalidades sensoriales (variable que hay que explorar en la entrevista).
- 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.
- Cuanto menos formadas 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

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 periodos 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, específicamente a las tres siguientes:

- 1) Percepción de comentarios continuos sobre las acciones del sujeto.
- 2) Percepción de voces que hablan sobre el paciente en tercera persona.
- 3) 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". Bornheimer et al (2019) enfatizan el alto riesgo de ideación suicida entre las personas deprimidas que presentan alucinaciones o delirios y el efecto de riesgo acumulativo de experimentar ambos (incrementa un 12% más si presenta dicha ideación que si no se presenta).

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 hipoadrenocortisolismo, 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 liliplutenses, sobre todo al anochecer, y en el que no hay delirios ni alucinaciones de otra modalidad (PIR 23, 131). Jacob (2014) señala que la prevalencia de alucinaciones en personas con discapacidad visual oscila entre el 10-15%.



Charles Bonnet

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, no suelen ser atemorizantes y surgen súbitamente sin que se pueda predecir su aparición. 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 (PIR 16, 100).

- 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 flashbacks 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 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. Un ejemplo es la aluci-

nosis alcohólica, en la que el sujeto puede presentar síntomas psicóticos después de haber estado varios días bebiendo grandes cantidades de alcohol.

- **Trastornos de la personalidad.** Se han descrito en el trastorno **esquizotípico** (es un criterio diagnóstico) y el **trastorno límite de la personalidad**. Slotema (2019) reporta un rango 26-54% en pacientes diagnosticados de TLP con alucinaciones. Sobre la modalidad, Slotema (2017) en un estudio con 324 pacientes encuentra los siguientes datos: 27% auditivas (verbales y no verbales), 11% visuales, 17% olfativas, 15% táctiles, 8% gustativas.

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 complejas que exigían un importante esfuerzo atencional, además de situaciones en las que existía estimulación pero era incomprensible 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.).

Un segundo tipo de estudios trata de **provocar experiencias alucinatorias mediante el uso de sustancias**, principalmente alucinógenos y otras sustancias psicócomiméticas, 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 alteraciones 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, 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.

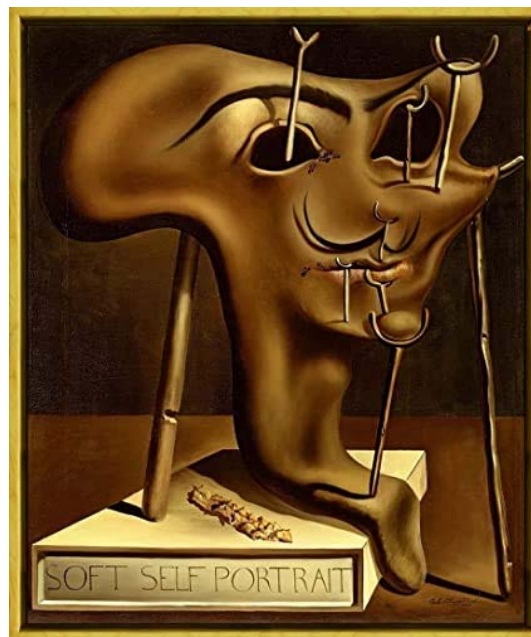
Un último grupo de experimentos correlacionales ha tratado de analizar las diferencias entre lo que podemos llamar “**imaginadores**” normales y las personas con alucinaciones. Estos estudios comparten el interés por subrayar la importancia que tienen los procesos de inferencia en la habilidad para discriminar 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.

Otras variables asociadas a la aparición de alucinaciones

Esquizotipia. Se observa un patrón consistente entre alta esquizotipia y mayor número de experiencias de tipo psicótico, incluyendo alucinaciones (Kline et al, 2012, en Belloch, 2020). No obstante, conviene recordar que la presencia de esquizotipia por sí sólo no hace más vulnerable a padecer psicosis, es necesaria la concurrencia de otros factores. La esquizotipia benigna (Jackson, 1997) se ha asociado a cualidades artísticas y científicas.



Experiencias traumáticas. Las experiencias traumáticas se asocian a multitud de psicopatología. El trauma es un factor crucial para la comprensión de algunos síntomas nucleares en la psicosis aporta evidencias sobre la aparición de alucinaciones en víctimas de abuso (Belloch, 2024).

Probabilidad de aparición. Los pacientes que sufren abuso infantil tienen el doble de probabilidades (35%) de tener dos o más síntomas característicos de esquizofrenia (alucinaciones y delirios, por ejemplo) que los no abusados (19%). Los pacientes que habían sufrido abuso físico infantil han tenido 2,5 veces más probabilidades de experimentar alucinaciones. Los pacientes que habían sufrido abusos sexuales y físicos la tasa asciende hasta 3 y 4 veces más que en los pacientes sin abusos (Belloch, 2024).

Fenomenología. Los contenidos de las alucinaciones se relacionan frecuentemente con el contenido del abuso. Hardy et al (2005) describe dos formas de relación: directa, caracterizada por una correspondencia literal e indirecta, donde la relación entre los contenidos de la alucinación y categorías semánticas generales (humillación, intrusividad, peligro, culpa, etc.). Las

personas abusadas en la infancia (sexual y/o físicamente) resultaron 7 veces más propensas a experimentar síntomas de contenidos sexuales que las no abusadas, y los contenidos hacían referencia en mayor medida al mal o al diablo.

Cultura. La presencia de alucinaciones no siempre se ha interpretado como un signo de enfermedad. Bourguignon (1970) analiza 488 sociedades culturalmente distintas, y encuentra que en un 62% las alucinaciones formaban parte de prácticas y rituales ordinarios. En general, las alucinaciones visuales son más comunes en países no occidentales, donde las auditivas son predominantes. Las tasas de prevalencia también varían en función del contexto social y cultural. Una crítica a todos estos estudios es la que refleja Laroí (2014), WEIRD (Western, Educated, Industrialized, Rich and Democratic societies), es decir, la mayoría de los estudios provienen de sociedades occidentales y el sesgo que esto conlleva (Belloch, 2024).

Creencias e intrusiones. Un punto central de los modelos cognitivos es que las creencias sobre las voces, y no sólo el contenido de las mismas, son las que influyen notablemente en el malestar experimentado por las personas que experimentan sintomatología psicótica. Jackson y Chadwick (1997) al analizar las creencias predominantes observadas encuentran las siguientes categorías (Belloch, 2024): **creencia de omnipotencia** (las voces son valoradas como extremadamente poderosas y conocedoras de detalles personales de la persona, ésta fue observada en todos los pacientes), **creencia sobre la identidad y propósito de las voces (creencia de malevolencia** -que tenían dos formas, castigo merecido por una mala acción o persecución no merecida- o **creencia de benevolencia**) (PIR 23, 132). Al analizar las creencias y **patrones de afrontamiento** se han descrito 3 categorías: **compromiso** (se relaciona con creencias benevolentes y afecto positivo); **resistencia** (conducta combativa, resistencia y afecto negativo) e **indiferencia**. Un resultado inesperado es que las creencias de omnipotencia, pese a su alta prevalencia, no se relacionan con ningún tipo de patrón específico de afrontamiento (Belloch, 2024). **Mawson et al (2010)** revisan trabajos sobre las creencias asociadas a las alucinaciones entre 1990-2008 y encuentran los siguientes resultados: malevolencia (relación positiva con malestar, estado de ánimo deprimido y ansiedad), benevolencia (relación inversa con malestar, ánimo deprimido y ansiedad); supremacía (relación positiva con malestar, estado de ánimo deprimido y ansiedad). Asociado a esquemas sociales del individuo, experimenta sentimientos análogos de falta de poder en relaciones sociales); familiaridad o cercanía de las voces (considerar las voces como personales, importantes o con un significado omnisciente para la persona. Asociadas a mayor afecto negativo (resultados no concluyentes) y aprobación y aceptación de las voces (las actitudes de desaprobación se relacionan con mayor nivel de tristeza y preocupación, la aceptación de voces se relaciona negativamente con los niveles de depresión).

Regulación emocional. Las alucinaciones se acompañan de elevados niveles de malestar (especialmente en trastornos psicóticos y TLP). **Badcock et al (2010)** no encuentran diferencias en supresión de emociones y reevaluación cognitiva (esquizofrenia con alucinaciones auditivas vs control), pero la supresión de emociones en el grupo de personas con esquizofrenia se asocia con la gravedad de la experiencia alucinatoria. También en este grupo la depresión y el malestar sobre las alucinaciones se asocian a niveles altos de rumiación (pero no de preocupación). En este sentido, **Fowler et al (2004)** han sugerido que la rumiación sobre interacciones tempranas podría estar en la base para el desarrollo posterior de alucinaciones auditivas, lo que apunta que la rumiación está vinculada a la cantidad y grado de contenido negativo, malestar y depresión observados habitualmente en las alucinaciones auditivas (Belloch, 2024).

Relación de la persona con sus voces. Benjamin (1999) ha descrito que las personas escuchadoras interpretan sus voces de forma análoga a como interpretan las relaciones con los otros. Los escuchadores –independientemente del diagnóstico– mantenían relaciones integradas y coherentes con las voces, y a veces, complementariedad. Sin embargo, los resultados sobre la complementariedad no son del todo concluyentes. Benjamin, Thomas et al (2009) describen dos patrones: la hostilidad recíproca es común entre el oyente y la voz mientras que la relación complementaria entre control y sumisión fue más débil (Belloch, 2024).

Teorías psicológicas sobre las alucinaciones

Slade y Bentall (1988) clasifican las teorías psicológicas clásicas sobre las alucinaciones en tres grupos: las teorías de la “destilación” (“seepage theories”); las de las representaciones mentales y las de la subvocalización (siendo todos estos acercamientos descriptivos). Las teorías atribucionales sostienen que la persona tiene dificultades en atribuir el origen de los eventos internos. Dentro de estas teorías están los planteamientos de Slade y Bentall y Morrison.

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 preconscious. 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. Frith** 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, basándose en las evidencias de que el habla interiorizada se acompaña generalmente de subvocalizaciones, es decir, de la actividad de los músculos responsables del habla. 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 porque 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

Las tres teorías anteriores tienen en común un mismo supuesto: cuando un sujeto alucina, éste atribuye erróneamente 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.** Varios 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 éstas 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.

Para los autores, la interacción entre estos factores explica en parte la experiencia alucinatoria. El modelo es básicamente un análisis funcional de las alucinaciones (Belloch, 2024).

5. Teoría de Morrison et al (1995): pensamientos intrusivos, disonancia y déficit metacognitivo

El grupo de Morrison señala la importancia de las **creencias metacognitivas** y la **disonancia cognitiva** provocada por **pensamientos intrusivos** como elementos centrales en la aparición de alucinaciones. En este sentido, el modelo guarda similitudes con los modelos sobre el TOC (Belloch, 2024). Morrison se apoya en la teoría de Bentall al sostener que las alucinaciones auditivas son producto de un sesgo cognitivo. El autor sostiene que los pensamientos intrusivos (PI) y las alucinaciones auditivas están fuertemente relacionados. Desde el punto de vista de la psicopatología son dos fenómenos muy similares en dos características importantes: el **contenido** (*ambos fenómenos suelen tener para las personas un significado emocionalmente relevante y tratan sobre temas desagradables y no deseados por la persona: pensamientos repugnantes, blasfemos, violentos, de daño, amenaza, etc.*), y su **forma** (*suelen presentarse como extraños, involuntarios, incontrolables y aversivos para el sujeto*) (Morrison, Haddock y Tarrier, 1995).

El modo en el que emergen las alucinaciones sería es siguiente. La persona presenta pensamientos intrusivos que generan un malestar muy intenso, la forma de reducir esta disonancia o malestar es atribuyendo estos pensamientos a una fuente externa (siendo este proceso favorecido en personas con creencias metacognitivas disfuncionales previas y elevados niveles de atención autofocalizada). Por tanto, las alucinaciones se consideran producto de la reacción del sujeto a esas experiencias intrusivas que la persona erróneamente atribuye a fuentes externas para reducir el malestar intenso que generan (Morrison, Haddock y Tarrier, 1995).

Morrison y Baker (2000) han documentado cómo los sujetos alucinadores versus no alucinadores presentan una mayor frecuencia de PI, valoran estos pensamientos como mucho más angustiados, más difíciles de controlar y los desaprueban en mayor medida que los sujetos psicóticos no alucinadores y sin patología psiquiátrica.

¿Por qué generan tanto malestar los PI? Morrison plantea que determinados pensamientos **chocan** con su sistema de creencias, convirtiéndose en intrusivos. Éstos generan “**malestar intenso**” (disonancia cognitiva). Este fenómeno psicológico

gico lleva al individuo a hacer una **atribución externa** de ese pensamiento convirtiéndose en voces (déficit metacognitivo). La **transformación** del pensamiento en voces **disminuye el malestar y la disonancia cognitiva** en el sujeto, esto es, la función de las alucinaciones es evitar que se produzca la DC (potente proceso de refuerzo negativo). Por ejemplo, si una persona piensa que todos los pensamientos deben ser intencionados, pero de hecho tiene pensamientos no deseados, la atribución de tales pensamientos a un agente externo (alucinación) puede ser negativamente reforzado previniendo la ocurrencia de la DC, ya que la responsabilidad personal es eliminada (**Morrison, Haddock y Tarrier, 1995**). La DC se produce cuando determinados pensamientos aparecen en el contexto de **creencias metacognitivas disfuncionales**. Baker y Morrison (1998), compararon las creencias metacognitivas de pacientes esquizofrénicos con alucinaciones, con pacientes esquizofrénicos sin alucinaciones auditivas y pacientes sin ninguna patología. Los resultados muestran que los alucinadores obtienen puntuaciones más altas que los sujetos de los otros dos grupos en las creencias metacognitivas sobre la incontrolabilidad y peligro de los propios pensamientos y creencias positivas sobre la utilidad de la preocupación. El grupo de Morrison también ha analizado la importancia de la atención autofocalizada. Sostienen que los **altos niveles de atención autofocalizada** son un precursor necesario para que se produzca dicha DC. Comprobaron que **incrementar** los niveles de autofocalización contribuía significativamente a que los sujetos alucinadores realizaran con mayor probabilidad atribuciones externas de sus propios pensamientos, debido posiblemente a un incremento del estado de DC (Morrison, 2003).

Ahora bien, estas características metacognitivas, presentes en pacientes con alucinaciones y personas con alta predisposición a las mismas, no serían exclusivas del espectro de los trastornos psicóticos sino que también ocurrirían en pacientes con trastornos de ansiedad y TOC. Los resultados señalan que la baja confianza cognitiva es una de las variables predictoras de la predisposición a experimentar alucinaciones auditivas y visuales (Belloch, 2024).

6. 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.

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 19, 142; PIR 20, 48)

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, 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 les atribuye, bien en el momento en que las sufre o cuando se encuentra plenamente consciente o despierto.

Imágenes alucinoides (PIR 19, 133)

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.

Imágenes mnémicas (PIR 20, 67)

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 consciencia involuntariamente (PIR 18, 83).

El sujeto, como en los casos anteriores, mantiene el juicio de realidad intacto. 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 (PIR 19, 147)

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.

4. EVALUACIÓN DE LAS ALUCINACIONES

La evaluación y tratamiento de las alucinaciones forma parte de la historia personal del paciente, sus relaciones interpersonales, su entorno, etc. Es crucial una **buena alianza terapéutica**. Se pueden utilizar escalas para completar la información recogida durante las entrevistas de evaluación. Recogemos en las siguientes tablas los principales instrumentos.

Escala para la valoración de alucinaciones (Belloch, 2024)	
Alucinaciones	Creencias, patrones de afrontamiento y relación con las voces
<p>LSHS-R (Launay-Slade Hallucination Scale-revised (LSHS-R)). Bental y Slade (1985), adaptada por Fonseca Pedrero et al (2010). Autoinforme. Mide 4 dominios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Factor 1: pensamientos intrusos. • Factor 2: ensoñaciones vívidas. • Factor 3: alucinaciones multimodales. • Factor 4: alucinaciones visuales y auditivas. 	<p>BAVQ-R (Beliefs About Voices Questionnaire). Chadwick et al (2000) (PIR 21, 110). Adaptado por Robles García et al (2004). Autoinforme.</p> <p>Mide:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Creencias sobre las voces. • Malevolencia. • Benevolencia. • Omnipotencia. • Patrones de afrontamiento. • Resistencia. • Compromiso.
<p>PSYRATS (Psychotic Symptom Rating Scales. AHS (Auditory Hallucination Scale). Entrevista estructurada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Haddock et al (1999). Adaptada por González et al (2003). • Mide dimensiones y cualidades de las alucinaciones auditivas en 11 ítems. 	<p>VPDS (Voice Power Differential Scale). Birchwood et al (2000). Autoinforme. 7 dimensiones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diferencia de poder percibido entre las voces y el oyente. • Dimensiones: fuerza, confianza, respeto, capacidad de hacer daño, superioridad y conocimiento.

En el Manual de Tratamientos en Psicología Clínica (Penadés Rubio y cols, 2024) se recogen los siguientes instrumentos para la evaluación de síntomas psicóticos:

Escala para la valoración de alucinaciones (Penadés Rubio y cols, 2024)	
Alucinaciones	Creencias
<p>IVI (Interpretations of Voices Inventory, Morrison et al, 2002). Inventario de Interpretación de Voces</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prueba autoaplicada que evalúa la interpretación y/o reacción que tienen las personas con esquizofrenia ante las voces. • Incluye 3 factores: <ol style="list-style-type: none"> 1) Creencias metafísicas sobre las voces. 2) Creencias positivas sobre las voces. 3) Sentimiento de pérdida de control debido a las voces. No existen puntos de corte, a mayor puntuación, mayor gravedad. 	<p>BCSS (The Brief Core Schema Scales, Fowler et al., 2006)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escala que mide creencias del paciente sobre sí mismo y la percepción de los demás. • Mide 4 dimensiones: <ul style="list-style-type: none"> – Negativo sobre si mismo. – Positivo sobre uno mismo. – Negativo hacia otros. – Positivo hacia otros.
<p>AVHRS (Auditory Vocal Hallucination Rating Scale, Jenner y Van de Willige, 2002)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escala que mide la evaluación de la topografía de las alucinaciones auditivas vocales del paciente ocurridas en el último mes. • Permite incorporar otros intervalos temporales (última semana, último año, toda la vida). • El análisis de la topografía implica examinar donde percibe la persona los sonidos (ubicación, procedencia, etc). Este proceso es central para comprender la experiencia de la persona y diseñar las estrategias de intervención. 	<p>EBS (Evaluative Beliefs Scale (Chadwick et al, 1999)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escala que mide creencias evaluativas negativas sobre el propio yo del paciente y los otros. • La EBS está formada por 3 subescalas: <ol style="list-style-type: none"> 1) Creencias evaluativas negativas sobre el self. 2) Creencias evaluativas negativas sobre los otros. 3) Creencias evaluativas negativas sobre lo que yo pienso que los demás creen de mí.

La **entrevista estructurada PSYRATS** consta de dos partes, la primera mide alucinaciones y la segunda delirios. En lo relativo a las alucinaciones mide dimensiones y cualidades de las alucinaciones auditivas en 11 ítems, en los delirios en 6 (PIR 23, 23). Las variables que mide son:

Dimensiones de las alucinaciones	Dimensiones de los delirios
1. Frecuencia 2. Duración 3. Localización 4. Intensidad 5. Creencias sobre la procedencia de las voces 6. Cantidad de contenido negativo de las voces 7. Grado de contenido negativo 8. Cantidad de angustia 9. Intensidad de angustia 10. Trastorno causado por las voces en la vida del paciente 11. Control sobre las voces	1. Grado de preocupación 2. Duración de la preocupación 3. Convicción 4. Grado de angustia 5. Intensidad de la angustia 6. Grado de interferencia

En la evaluación de las alucinaciones, cuando se hacen las preguntas, la entrevista está diseñada para valorar las experiencias del paciente en la **última semana** para la mayoría de los ítems. Hay dos excepciones para esto, cuando se pregunta sobre las **creencias** que tienen que ver con las causas de las voces, se valoran las respuestas de los pacientes basadas en lo que ellos creen en el momento de ser entrevistados. La **intensidad** de las voces también sería valorado de acuerdo con la intensidad de las voces en el momento de la entrevista o en el último momento en el que el paciente la experimentó.

Las respuestas son tipo Likert que van de 0 a 5 (a menor puntuación, menor severidad, frecuencia e intensidad). La puntuación final se obtiene a través de la suma de las puntuaciones en cada ítem. Puede oscilar entre 0 y 44. A mayor puntuación, mayor gravedad de las alucinaciones. El tiempo de administración es aproximadamente de 20-30 minutos. Está adaptada y validada al español (González et al, 2003).

En Penadés Rubio et al (2024) se recogen otros dos instrumentos más que miden síntomas psicóticos (no sólo alucinaciones).

Evaluación síntomas psicóticos (Penadés Rubio y cols, 2024)	
Instrumento	Características
<ul style="list-style-type: none"> • SOPS (Scale of Prodromal Symptoms, McGlashan et al, 2001) 	<ul style="list-style-type: none"> • Escala diseñada a partir de una entrevista semiestructurada que mide presencia e intensidad de signos y síntomas prodrómicos de los trastornos psicóticos, especialmente de la esquizofrenia. • Mide 4 grupos de síntomas: <ol style="list-style-type: none"> 1) Positivos. 2) Negativos. 3) Desorganización. 4) Generales. • A mayor puntuación, mayor gravedad.
<ul style="list-style-type: none"> • SOS (The Sumptom Onset in Schizophrenia, Perkins et al 2000) 	<ul style="list-style-type: none"> • Esta escala está diseñada para caracterizar y fechar los síntomas iniciales de un trastorno psicótico. • Los síntomas se agrupan en 4 tipos: <ol style="list-style-type: none"> 1) Síntomas generales prodrómicos. 2) Síntomas negativos. 3) Síntomas positivos. 4) Síntomas de desorganización.

5. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE ALUCINACIONES Y DELIRIOS

En este apartado mencionaremos los principales programas de tratamiento centrados en los síntomas psicóticos (alucinaciones y delirios). Los dividimos en primera y segunda generación, siendo muchos autores los mismos, habiendo simplemente ampliado sus formulaciones con los datos que van surgiendo. Mantenemos esta división para recoger así las preguntas que han sido objeto de examen hasta la fecha, y sabiendo de antemano, que dicha clasificación tiene límites borrosos, poco claros y que está en constante revisión.

A. TCC de primera generación

1. Terapia de modificación de creencias aplicada a los síntomas psicóticos positivos

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

También conocida como terapia de modificación de creencias (MC). Esta terapia se basa principalmente en las técnicas de reestructuración cognitiva.

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.

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

1.2. Terapia cognitivo-conductual de Kingdon y Turkington (1994) (PIR 23, 165)

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)

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 colaboración, 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

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 retribución 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 (**PIR 16, 168; PIR 18, 161**).
- 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.
- 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 permite 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.

B. TCCp de 2 generación

La TCCp de 1 generación ya dejaba claro que las intervenciones se centran en el manejo de los propios síntomas, en lugar de centrarse sólo en la rehabilitación de la discapacidad generada por el síndrome psicótico (Belloch, 2024). En la actualidad, los datos apuntan a que los pacientes con psicosis pueden recuperarse de una forma significativa, a pesar de las limitaciones y la gravedad del impacto de la psicosis (Inchausti, F; Sánchez Reales S y Prado Abril, J, 2019). El concepto de recuperación **no se limita a la desaparición de los síntomas**, sino también a que la persona tenga una relación distinta con los mismos. Los autores señalan que tanto los **aspectos objetivos como subjetivos** de la recuperación son complementarios siendo un aspecto crucial la participación activa de la persona en el proceso psicoterapéutico. Un prerrequisito para que la persona sea un agente activo en su proceso terapéutico y que señalan sistemáticamente todos los autores es el papel nuclear de la **alianza terapéutica** en el tratamiento de las personas con psicosis (así como todos los momentos o estadios que ésta atraviesa, prestando atención a las rupturas y reparaciones de la misma).

En los últimos años se empieza a hablar de **TCC-P de segunda generación**, también denominadas “aproximaciones basadas en modelos causalmente intervencionistas” (Kendler y Campbell, 2009). Todas estas aproximaciones incorporan variables como: estilos de pensamiento relacionados con la preocupación, esquemas cognitivos negativos asociados al yo, experiencias internas anómalas, sesgos específicos de razonamiento, etc. Todas estas aproximaciones comparten (en mayor o menor medida) una serie de variables que recogemos en la siguiente tabla:

Fonseca Pedrero (2019)	Vallejo (2023)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Establecimiento de una buena alianza terapéutica 2. Evaluación individualizada 3. Formulación del caso 4. Enseñanza de estrategias de afrontamiento 5. Comprensión de la experiencia psicóticas 6. Trabajo con los delirios y las creencias sobre las voces 7. Atención a las autoevaluaciones y emociones 8. Prevención de recaídas y discapacidad social 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Procurar el compromiso del paciente y cuidado la relación terapéutica 2. Normalizar, educar y desestigmatizar 3. Formular el caso y establecer un plan terapéuticos 4. Modificar los pensamientos automáticos 5. Implementar estrategias conductuales 6. Modificar esquemas cognitivos 7. Abordar problemas de concentración o trastornos del pensamiento 8. Mejorar la adherencia al tratamiento 9. Tratar el abuso comórbido de drogas 10. Construir habilidades para prevenir recaídas

RECUERDA

La alianza terapéutica y la formulación del caso son aspectos fundamentales en el abordaje de alucinaciones y delirios.

En la actualidad los tratamientos psicológicos ocupan un lugar central en todos los programas de tratamiento, **llegando a convertirse en el tratamiento de elección en las fases prodrómicas del trastorno** (Vallejo, 2023). La TCC para la sintomatología positiva es el tratamiento psicológico de elección aconsejado por el mayor número de asociaciones científicas. En esta línea, se constata la necesidad de **complementar los abordajes** farmacológicos con abordajes psicológicos dada la parcial respuesta de los primeros usados en monoterapia.

De forma general, el procedimiento de terapia para la psicosis es similar al de los trastornos emocionales clásicos (ansiedad y depresión) pero con adaptaciones (**teniendo especial cuidado en la relación terapéutica y el riesgo de abandonos**). En Vallejo (2023) se recogen de la siguiente manera:

Características	Ansiedad y depresión	Adaptación a Psicosis
Duración	• 15-22 sesiones, 3-4 meses	• Las sesiones pueden ser más frecuentes
Estructura	• 1 hora aprox	• Sesiones cortas, duración variable (40 minutos media)
Orientación al problema	• Terapeuta y paciente se centran en definir los problemas	• Similar
Perspectiva histórica	• Centrada en aquí y ahora, sin retroaerse a la historia pasada del paciente	• Similar, pero retroaerse al pasado es esencial para situar los antecedentes del trastorno
Modelo de aprendizaje	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivo: reaprendizaje de una conducta más funcional • La conducta disfuncional se atribuye a un aprendizaje desadaptativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Énfasis en la normalización • Objetivo: descatastrofización del concepto de psicosis y el reaprendizaje de conductas más funcionales • La conducta disfuncional se atribuye a la vulnerabilidad, al estrés y a un aprendizaje desadaptativo
Modelo científico	<ul style="list-style-type: none"> • Experimental • Obtener datos, formular hipótesis, hacer experimentos y evaluar resultados 	<ul style="list-style-type: none"> • Experimental • Especial atención a los delirios y alucinaciones, reformulando las creencias sobre estas sometiéndolas a comprobación empírica
Deberes para casa	• Si	<ul style="list-style-type: none"> • Si • La obtención de datos en si misma ya es terapéutica
Colaboración	• Trabajo conjunto	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo conjunto • Hay que hacer esfuerzos y tomar medidas de protección para preservar la alianza (aceptación del desacuerdo, retirada táctica, soportar oleadas de verbalizaciones psicóticas, etc)
Rol del terapeuta	• Activo, directivo, didáctico	• Similar, pero con cuidado de la relación terapéutica

Características	Ansiedad y depresión	Adaptación a Psicosis
Diálogo socrático	<ul style="list-style-type: none"> Principal método terapéutico: formular preguntas para que el paciente identifique sus pensamientos subyacentes, perciba soluciones alternativas o modifique sus opiniones 	<ul style="list-style-type: none"> Similar, aunque las preguntas van dirigidas particularmente al período prodrómico y a los pensamientos automáticos y creencias disfuncionales. El objetivo fundamental es llegar a una formulación compartida
Apertura	<ul style="list-style-type: none"> El proceso terapéutico es explícito y abierto Terapeuta y paciente comparte con claridad lo que se va a hacer en terapia 	<ul style="list-style-type: none"> Similar, aunque con mayor esfuerzo para acercar al paciente al modelo y asegurar su comprensión

La estructura por lo tanto es similar a la de otras patologías (teniendo en cuenta las adaptaciones mencionadas anteriormente). No es posible establecer un número de sesiones a priori, pues la heterogeneidad clínica hace preciso la adaptación e individualización del mismo. Respecto a la duración de las sesiones, la duración inicial suele ser más breve que en otras patologías (entre 25-35 minutos).

La TCC aplicada a delirios y alucinaciones se puede definir como una aproximación sistemática, orientada a los problemas y limitada en el tiempo para el abordaje de los síntomas psicóticos positivos resistentes a la mediación. Los **objetivos** de este tipo de intervenciones se centran en reducir la angustia y la incapacidad asociada a la sintomatología residual; mitigar el trastorno emocional (en muchas ocasiones previo a la clínica psicótica); y fomentar la participación del paciente en la prevención del riesgo de recaídas y la incapacitación social (Bellido Zanín, G et al, 2019).

La TCC dirigida a la modificación de los **delirios** implica superar la definición clásica de Jaspers sobre la firmeza e irreductibilidad pues implica que, tras un análisis colaborativo y trabajo en terapia, estas ideas podrían ser susceptibles de comprobación empírica y cambiar como en la neurosis. La comprobación empírica por sí sola provoca cambios leves e inconsistentes, mientras que la confrontación inicial verbal junto con la comprobación empírica mejora sustancialmente los efectos de la terapia (Vallejo, 2023).

En lo relativo a las **alucinaciones**, la intervención psicológica no pretende eliminar dichas experiencias, sino reinterpretar su significado y su origen (en particular arrojar luz sobre su origen interno y no externo). El problema no radica en alucinar, sino en la relación que la persona guarda con sus alucinaciones (Vallejo, 2023). Este planteamiento es un aspecto central en los **modelos fenomenológico-contextuales**. El paradigma fenomenológico va más allá de los síntomas. Para este modelo, la mejor ayuda no es eliminar los síntomas, sino comprender su sentido y cambiar la relación con ellos. Por lo tanto, la experiencia subjetiva y la relación con los síntomas y su contexto es el aspecto nuclear para la comprensión de la psicosis (PIR 23, 89).

Un riesgo con pacientes graves es el abandono prematuro. Para minimizar los abandonos prematuros, puede ser de ayuda incorporar durante la entrevista la técnica denominada **RAHC (reacción ante la hipotética contradicción)** (Brett-Jones et al, 1987). La RAHC es una estrategia útil para saber si el paciente se encuentra en disposición de debatir sobre sus experiencias psicóticas. Se trata de una medida de la susceptibilidad a cambiar y a aceptar la invalidación de sus hipótesis o creencias de carácter psicótico. Es útil para saber si el paciente está dispuesto a trabajar un proceso de reestructuración cognitiva. La forma más sencilla de determinar la RAHC es ver cómo el paciente reacciona frente a una información que pueda desconfirmar su creencia. Por ejemplo, podemos pedir que nos diga si alguna vez pensó que podría estar equivocado sobre su creencia, o si otra persona podría haber llegado a una conclusión distinta. Cuando la RAHC es muy negativa (“eso es imposible”) es una señal para aplazar este proceso o hacerlo de forma mucho más delicada (Penadés y cols, 2024) (PIR 25, 93).

Es un planteamiento que guarda similitud con el concepto de **distancia terapéutica** del enfoque metacognitivo de Perris y Skagerling (2004), donde en los primeros momentos, para evitar el riesgo de abandonos, es el paciente el que elige los objetivos a trabajar en terapia.

RECUERDA

La TCC para las alucinaciones y delirios no busca eliminarlos directamente, sino cambiar la relación que la persona tiene con ellos.

TCC paso a paso

Los dos aspectos nucleares a trabajar en terapia son el **significado de los síntomas y el significado de los esquemas cognitivos** (Bellido Zanín, G et al, 2019).

A. Trabajo con el significado de los síntomas

- **Análisis verbal**
- **Comprobación empírica**
- **Exposición a imágenes**

El trabajo con el **significado de los síntomas** tiene como objetivo básico es **normalizar la experiencia psicótica** redefiniendo el delirio como un intento razonable y comprensible de encontrar sentido a las experiencias anómalas que vive el sujeto. La estrategia terapéutica básica consiste en el **análisis verbal de las creencias delirantes y las creencias sobre las voces**, apoyándose en las pruebas de realidad, así como la exposición a las emociones e ideas asociadas a dichas creencias. Las fases del análisis verbal son tres fases: 1) Identificación de los pensamientos y emociones asociados a los episodios delirantes o con voces; 2) Análisis de las evidencias en las que se basan las creencias delirantes y las creencias alternativas, y, 3) Análisis de la lógica interna del delirio.

La **comprobación empírica** no es aconsejable utilizarla como único componente de la intervención. Chadwick y Lowe (1990) han señalado -a partir del estudio de casos- que son más efectivas cuando se aplican después (y no antes) de la fase de análisis verbal (PIR, 20, 158; PIR 22, 164, PIR 23, 164).

La **exposición a las imágenes** asociadas a las creencias es otro elemento importante de la terapia. Más de 70% de los pacientes diagnosticados de psicosis muestran imágenes intrusivas recurrentes asociadas a los delirios que tienen relación con experiencias adversas sufridas a lo largo de la vida (Schulze et al, 2013). La técnica de exposición requiere una estrecha monitorización y sesiones frecuentes. Todo el trabajo previo ayuda a elaborar conjuntamente un nuevo modelo más funcional de la experiencia psicótica.

RECUERDA

En el trabajo con el significado de los síntomas las 3 estrategias principales son: análisis verbal de las creencias, comprobación empírica y exposición a imágenes.

B. Trabajo con el significado de los esquemas cognitivos

El trabajo con el **significado de los esquemas cognitivos** es la fase más delicada, y sólo con una alianza muy sólida de trabajo podrá accederse a este nivel. En algunos pacientes no es posible este tipo de abordaje debido a que carecen del nivel de insight suficiente para elaborar una formulación basada en esquemas o su nivel de funcionamiento cognitivo no lo permite. El objetivo es identificar esquemas nucleares previos a la aparición del trastorno y que se asocian al origen y mantenimiento de los síntomas (Bellido Zanín, G et al, 2019). La estrategia básica es normalizar las ideas delirantes analizando los esquemas personales negativos asociados al delirio. El objetivo sería salir del debate del delirio, relacionando este con las experiencias emocionales básicas que probablemente estén detrás o sean previas a la elaboración del mismo delirio. El contenido de estos esquemas gira en torno a creencias evaluativas sobre el desamparo, incapacidad para ser amado o considerado afectivamente por otros.

Uno de los objetivos nucleares de la TCBP de Chadwick es el abordaje de los esquemas cognitivos (además de los síntomas psicóticos). Desarrollamos los aspectos centrales de este abordaje.

TCBP Chadwick (2006)

La **TCBP (Chadwick, 2006)** es una evolución que surge de la terapia cognitiva de Chadwick, Birchwood y Trower (1996) para las voces y la paranoia. Incorpora conceptos como la zona de desarrollo próximo de Vigotsky, el mindfulness como estrategia terapéutica, el desarrollo del yo y el impacto de la metacognición en los procesos de cambio.

La base principal de la formulación en la TCBP es la **Zona de Desarrollo Proximal (ZDP)**. LA ZDP pretende ser comprensiva y abarca 4 fuentes de perturbación con alteración conductual asociada: **significado sintomático, relación con la experiencia, esquemas y yo simbólico**. Todos ellos son dominios cognitivos y no niveles jerárquicos. El modelo de ZDP señala también los puntos fuertes del paciente. Un aspecto importante en todos los dominios es la capacidad de la persona para aprender introspecciones metacognitivas sobre las fuentes de perturbación y bienestar. La exploración de los 4 dominios está impregnada de la aceptación rogeriana y la aceptación radical.

Los esquemas en la TCBP. El yo se concibe y se trata como un **proceso**, con los esquemas asociados y con la autoaceptación como objetivo central de la terapia. Desde este acercamiento, el yo es un término que alude a la *capacidad de reflexión de la persona para describir e identificarse con aspectos de su experiencia*. Los esquemas para (Chadwick, 2006) no son elementos estáticos que estén dentro del individuo, sino elementos procesuales y dinámicos. Dichas experiencias esquemáticas negativas (EEN) pueden ser **definidas relacionamente por 3 elementos**:

1. **Valoraciones negativas** del yo, de los demás y del mundo.
2. La **rumiación** de estas valoraciones y de recuerdos asociados a ellas (ausencia de conciencia clara de la experiencia presente).
3. **Intentos de evitación experiencial**.

Los **4 objetivos básicos** a trabajar con los esquemas cognitivos son (PIR 21, 136, PIR 22, 208, PIR 23, 166):

1. Ayudar a la persona a ser experiencialmente consciente de la experiencia esquemática negativa, sin debatirla, cuestionarla o confrontarla.
2. Que tanto la persona como el terapeuta acepten la experiencia esquemática negativa como un hecho de la experiencia.
3. Ayudar a la persona a reconocer las experiencia esquemática negativa por lo que son, y no por lo que parecen ser, esto es, experiencias del yo, no el yo.
4. Reducir el miedo a las experiencias esquemáticas negativas.

Los **esquemas negativos** son una diana **terapéutica central** en la medida en que fijan el yo, le dan apariencia de entidad estática e impiden que desarrolle su capacidad compleja y cambiante. El desarrollo de los esquemas positivos es muy importante para recomponer el carácter dinámico del yo.

La **flexibilidad terapéutica** al inicio (en la construcción de la relación) es fundamental para evitar abandonos.

La terapia se organiza en torno a 4 dimensiones básicas de trabajo:

DIMENSIONES BÁSICAS DE TRABAJO (Chadwick, 2006)		
DIMENSIONES	ASPECTOS INCLUIDOS	TÉCNICAS ÚTILES
1- SIGNIFICADO SINTOMÁTICO	Incluye las experiencias psicóticas, voces delirios y los síntomas primarios fundamentalmente	Formulación de caso: <ul style="list-style-type: none"> • Marco ABC Técnicas principales (amplio repertorio): <ul style="list-style-type: none"> • Bondad de ajuste de las creencias • Abrazar la duda y la incertidumbre • Evaluar la utilidad y el impacto • Experimentos conductuales, etc.
2- RELACIONES CON LA EXPERIENCIA INTERNA	Desde una perspectiva de conciencia plena y descentrada, que enseña a los pacientes a responder con atención y conciencia a las distintas modalidades de sensaciones psicóticas y prescindir de reacciones perturbadoras	Formulación de caso: <ul style="list-style-type: none"> • Formulación de la perturbación basada en mindfulness Técnicas principales: <ul style="list-style-type: none"> • Mindfullnes

DIMENSIONES BÁSICAS DE TRABAJO (Chadwick, 2006)		
DIMENSIONES	ASPECTOS INCLUIDOS	TÉCNICAS ÚTILES
3- ESQUEMAS	El trabajo con esquemas pretende reducir el malestar asociados a los esquemas negativos sobre el yo, sobre los demás y favorecer el desarrollo de esquemas positivos	Formulación de caso: • Esquemas positivos y negativos del yo Técnicas principales: • Método de las dos sillas
4- YO SIMBÓLICO	Trabajo con el yo simbólico desde una óptica de comprensión metacognitiva global, de su naturaleza compleja, contradictoria y cambiante	Formulación de caso: • Integración de los esquemas positivos y negativos del yo Técnicas principales: • Método de las dos sillas
Basado en Fonseca Pedrero (2021)		

Dentro del significado sintomático y el marco ABC pueden utilizarse otras técnicas: diálogo socrático, flecha descendente, descubrimiento guiado, normalización, análisis de evidencias, generación de explicaciones alternativas, ventajas y desventajas, cuatro columnas, etc.

Lo habitual en la clínica del paciente es que se produzca una combinación dinámica de estos 4 elementos. Un ejemplo basado en Fonseca Pedrero (2021) sería el siguiente:

DIMENSIONES BÁSICAS DE TRABAJO (Chadwick, 2006)		
DIMENSIONES	ASPECTOS INCLUIDOS	TÉCNICAS ÚTILES
1- SIGNIFICADO SINTOMÁTICO	Voces auditivas en 3 persona: • “No tienes futuro” • “Eres un vago” • “Nadie te quiere”	Zona de significado sintomático: • La voz está relacionada con la crítica constante de sus padres sobre su modo de vida
2- RELACIONES CON LA EXPERIENCIA INTERNA	Las voces generan malestar intenso. • Angustia • Malestar • Inquietud, etc.	Zona de relación con la experiencia: • Se siente mal porque la manera de relacionarse con la experiencia es enfrentarse a la voz, discutir e intentar que se calle
3- ESQUEMAS	Se activa los esquemas negativos sobre la incompetencia personal • “Soy malo” • “Soy despreciable”	Zona de esquemas: • Identifica los esquemas con el yo
4- YO SIMBÓLICO	Se activa el sentido metacognitivo del yo • “Esto no va a cambiar nunca”	Zona de yo simbólico: • Se identifica y se define por el contenido de la voz crítica como algo inmutable
Basado en Fonseca Pedrero (2021)		

Principales estrategias de trabajo con los esquemas cognitivos

El **Método de las dos sillas** es una técnica que procede de la Gestalt (Greemberg et al, 1993). El objetivo de esta técnica no es modificar los esquemas negativos de la persona, sino ayudarla a elaborar un yo simbólico maduro o multidimensional que incluya todas estas experiencias junto a las positivas (EEP). El procedimiento constituye una **serie de ensayos de conducta** en lo que la persona representa distintos aspectos de sí mismo, positivos y negativos, los identifica, describe, experimenta y aprende a aceptarlos como partes integradas de sí mismo en un nuevo yo maduro, más flexible y multidimensional (Bellido Zanín, G et al, 2019).

El **Método de las dos sillas** para trabajar los esquemas en la TCBP de Chadwick (2006) busca como objetivo principal elaborar un autoesquema positivo que tenga una cualidad emocional (“vívida”) y que utilice esta experiencia para crear un nuevo modelo de yo dinámico. El procedimiento tiene lugar en 4 momentos:

01. PSICOPATOLOGÍA. Psicopatología de la sensopercepción

1. El paciente **revive inicialmente una experiencia emocional negativa** y el terapeuta extrae su cualidad de globalidad y estabilidad.
2. El paciente **revive una experiencia positiva del yo** haciendo explícito su significado implícito.
3. Se anima al paciente a **aceptar ambas experiencias** como realidades fenomenológicamente iguales.
4. **Asumir** los esquemas negativos del yo como una experiencia más, no como el yo.

El descubrimiento de los esquemas positivos se utiliza como una prueba práctica de que el yo no es absoluto, ni permanentemente malo o fracasado animando al paciente a explorar aspectos positivos de un yo simbólico, cambiante y emocionalmente variado.

Mindfulness

Meditación vipassana (Mindfulness). En los últimos años el Mindfulness (atención plena) se ha incorporado al tratamiento de los trastornos psicóticos (Chadwick, Taylor y Abba, 2005; Hayward, 2018). La técnica principal en este ámbito es la meditación vipassana. Consideraciones de la adaptación de esta técnica a personas con psicosis: la duración está limitada a 10 minutos, se evitan silencios prolongados, la práctica fuera de sesiones no es necesaria, y volverse hacia las sensaciones psicóticas desagradables versus evitación experiencial.

Desarrollo de la TCBP

Normalmente, cuando la TCBP actúa en los 4 dominios de la ZDP, dura en torno a **9-12 meses** de sesiones periódicas, normalmente semanales, disminuyendo la frecuencia a reuniones quincenales después de 8 meses aproximadamente. El proceso puede alternarse con TCBP individual y en grupo (Chadwick, 2006).

El esquema de la terapia en **Fonseca Pedrero (2021) aparece de la siguiente manera:**

FASES DE PBCT (Chadwick, 2006)	
FASES	INTERVENCIONES DE CADA FASE
1. Construcción inicial de la relación	<ul style="list-style-type: none">• Enganche y relación• Aceptación radical
2. Evaluación y formulación	<ul style="list-style-type: none">• Formulación caso• Planificación de la intervención
3. Mindfulness: cambiando la relación con las experiencias psicóticas	<ul style="list-style-type: none">• Aprender a vivir con las experiencias psicóticas• Sesiones cortas de meditación (3 minutos)• Sesiones posteriores de 10 minutos con chequeo regular por el terapeuta• Aprendizaje reflexivo sobre las experiencias y desarrollo de habilidades metacognitivas
4- Tratamiento del significado sintomático	<ul style="list-style-type: none">• Exploración de la utilidad de la creencia, intervenciones metacognitivas• Utilización de amplio repertorio de técnicas de intervención para obtener el cambio
5 y 6. Tratamiento con los esquemas y el yo simbólico	<ul style="list-style-type: none">• Hacer explícito el significado implícito de los esquemas• Trabajar con los esquemas negativos del yo y los esquemas positivos sobre el yo• Promover un yo simbólico complejo, cambiante y emocionalmente variado

RECUERDA

No todos los pacientes pueden trabajar sobre los esquemas cognitivos. Para ello es fundamental una sólida alianza terapéutica y una buena capacidad de insight.

ABORDAJE DE LAS ALUCINACIONES AUDITIVAS VERBALES

Las alucinaciones auditivas verbales son experimentadas por un 70% de personas con diagnóstico de esquizofrenia (Waters et al, 2012), y alrededor de un 25% son refractarias al tratamiento antipsicótico (Aleman y Laroi, 2011). También pueden aparecer en trastornos no psicóticos. Las alucinaciones imperativas causan un gran sufrimiento y suponen un peligro elevado. Alrededor del 30% de los pacientes acaban obedeciendo y realizando aquello que les ordenan las voces (Bucci et al., 2013). Se consideran un síntoma de alto riesgo, y con frecuencia son resistentes a los abordajes farmacológicos.

Algunos programas de tratamiento importantes son los siguientes:

A. AVATAR. La **terapia AVATAR** (*Audio-Visual Assisted Therapy Aid for Refractory Auditory Hallucinations*) (Rus-Calafel et al, 2019) es una intervención psicológica desarrollada y testada recientemente que tiene como objetivo la disminución de la frecuencia y malestar de las alucinaciones verbales auditivas resistentes a la medicación en sujetos con trastornos psicóticos (PIR 20, 160; PIR 22, 166). Fue desarrollada inicialmente por el profesor **Julian Leff**. Consiste en la interacción a 3 bandas (o trílogo) entre la persona que oye la voz, el terapeuta y la representación digital de la imagen y voz del ente que la persona cree que se está comunicando con ella (Rus-Calafel et al, 2019). Utiliza la realidad virtual (RV). La validez ecológica se ve reforzada por la sensación de estar allí. Rus-Calafel et al (2019) señalan que la RV es un método válido, aceptado y bien tolerado para usar en la evaluación de los déficits neurocognitivos y en el estudio y tratamiento de síntomas clínicos relevantes en la psicosis. La **terapia AVATAR** puede considerarse una implementación de la **RV parcialmente inmersiva**. La tecnología provoca un **embodiment** (“**encarnación**”) virtual de la experiencia auditiva mediante la creación de la representación digital física del ente detrás de la voz personificada pero generalmente incorpórea. Esta visualización de la voz puede facilitar dos procesos: la validación y el reconocimiento de la experiencia y el diálogo directo con la voz a través de las sesiones mientras se modifica el tipo de relación entre la voz y el participante. La conversación con el AVATAR ocurre en un espacio seguro, con el apoyo del terapeuta. Las sesiones repetidas facilitan la generalización. Además, permite observar las reacciones de la persona a las voces y así poder trabajar aspectos relacionales clave (poder y control).

Mediante software, se crea una representación digital del ente asociado a la voz (humano o no), y se intenta que se asemeje de la forma lo más fiel posible (tono, entonación).

El resultado es una simulación (agente virtual o avatar) que el terapeuta utilizará para establecer un diálogo con la persona. El terapeuta tiene dos funciones clave: ser capaz de representar manera veraz el carácter y el papel de la voz en la relación con la persona y ayudar a la persona a interactuar con la voz y enfrentarse a los comentarios negativos con el fin de modificar dicha relación.

Desde un enfoque relacional y dialéctico, no se busca necesariamente la erradicación de la experiencia de oír voces, sino que se centran en aspectos específicos de la relación entre la persona y la voz, con el fin de mejorar las atribuciones de control por parte del individuo sobre la voz.

Los principales componentes son:

- 1. Evaluación y creación del avatar.** Esencialmente, la terapia AVATAR busca la mejora de la técnica de la silla vacía y role playing mediante la inclusión de la representación digital de la voz o avatar del “persecutor” que describe la persona y la conversación en tiempo real con esta. Paso 1. Evaluación exhaustiva (para reproducirla de la forma lo más fiel posible). En el caso de voces múltiples, la persona deberá elegir con la que quiere trabajar (normalmente la que causa mayor malestar). Se trabaja hasta lograr que la representación digital se ajuste un mínimo de un 75% de nivel de similitud con la voz real. Si la persona reporta un nivel más bajo, se sigue trabajando. Se selecciona una apariencia física (cara), y después se le asigna voz. Estos dos componentes combinados forman la representación digital.

2. Sesiones terapéuticas: estructura, fases y principales técnicas

La terapia consta aproximadamente de **6 sesiones de frecuencia semanal** (más la sesión inicial de evaluación). El terapeuta y el paciente están en habitaciones distintas.

El paciente se sitúa delante de un ordenador en el que aparece el AVATAR mientras que el terapeuta trabaja desde otro ordenador conectado. Todas las sesiones se graban en MP3 para escucharlas entre sesión por el paciente. Sesión (50-60 minutos) con 3 componentes: revisión inicial, diálogo con el AVATAR: entre 5-15 minutos y discusión o de-briefing.

Es fundamental la buena formulación clínica del caso y la **supervisión** del mismo por parte del equipo responsable del tratamiento. La terapia AVATAR se encuentra en sus inicios. Los estudios han mostrado eficacia a corto plazo, pero no aportan evidencia suficiente sobre los resultados a largo plazo.

B. Protocolo TCC (Meaden, 2012) para alucinaciones imperativas.

Meaden et al (2013) (en Penadés Rubio y cols, 2024) han elaborado un protocolo para las alucinaciones imperativas de corte cognitivo conductual que incluye:

1. Formular y socializar el modelo

De forma general, el objetivo es que la persona entienda que la reacción emocional que suscitan las voces no la causan lo que dicen o como lo dicen, sino el significado para la persona. Las voces actúan como un **disparador de creencias** sobre poder, autoridad, subordinación que se expresan en respuestas emocionales de miedo, depresión y en ocasiones, respuestas de cara a cumplir el contenido de las voces. Algunas de estas respuestas (hacer lo que dicen las voces, no contrariarlas, etc) se entienden como **conductas de seguridad** ya que parecen salvar a la persona del peligro.

Las otras dos variables a incluir en la formulación es interpretar el tipo de relación y la atribución de **poder** que hacemos a las voces y el **propósito** de las mismas.

2. Promover el autocontrol

El objetivo principal es buscar ejercer cierto control sobre los síntomas. No existe una estrategia universal para todo el mundo, y algunas funcionarán y dejarán de hacerlo para la misma persona. Algunos ejemplos de estrategias que ayudan al autocontrol pueden ser:

- Imaginar un interruptor de encendido/apagado para las voces (ON/OFF).
- Subir o bajar el volumen de las voces con una ruleta.
- Entrenar el cambio atencional.
- Técnicas de distracción.
- Técnicas de reducción de la activación fisiológica.
- Incrementar niveles de activación conductual (correr, tomar una ducha fría, etc.).

3. Cuestionar la sumisión a los síntomas

Para pasar a esta prueba resulta esencial la PAHC para comprobar que la persona está preparada. En esta fase se desafían las creencias asociadas a las voces de forma sistemática con cuestionamiento y reestructuración cognitiva.

La adaptación de las técnicas a cada paciente es un elemento complejo. A veces resulta más estratégico comenzar analizando las características físicas de las voces, género, tono, etc y después avanzar al uso de técnicas cognitivas más directas de cuestionamiento.

4. Favorecer el sentido del valor personal

En esta etapa nos centraremos en la “relación interpersonal” que la persona establece con las voces. Tal y como sostiene la Teoría del Rango Social, la persona se relaciona con las voces de forma similar a como se relaciona con otras personas en situaciones sociales. El objetivo es que la persona sea consciente de esta dinámica y que pueda cambiarlas tanto en la vida cotidiana como frente a las alucinaciones imperativas. Para esta teoría, para poder ser más asertivo con las voces hay que entrenar a la persona a ser más asertiva en situaciones de la vida cotidiana.

Algunas técnicas como el juego de roles o la silla vacía pueden ayudar a poner límites a las voces, impedir que nos humillen, discrepar con ellas, relativizarlas, defender nuestro punto de vista e incluso a desafiarlas.

5. Trabajar con esquemas centrales

A medida que avanza el tratamiento, es probable que emerjan dinámicas estables de funcionamiento enraizadas en la personalidad de la persona. En esta fase, el tratamiento psicológico entrará en una fase más extensa en la que abordar aspectos más complejos como esquemas relativos a la autoimagen, estilo atribucional, estilo de apego, esquemas de dominación, sumisión, habilidades de autodirección o aspectos relacionados con experiencias traumáticas.

C. Terapia cognitiva para alucinaciones de mandato (CTHC) (Birchwood, et al, 2014)

Este abordaje incorpora específicamente la teoría del rango social. Es un ejemplo de la combinación de terapias basadas en la formulación clínica, centrada en respuestas cognitivas, afectivas y comportamentales, y la nueva generación de terapias relacionales, las cuales se focalizan más en la relación interpersonal entre la persona y la voz (Leff et al, 2013). El **estudio COMMAND** (Birchwood et al, 2014) ha encontrado una reducción significativa en las respuestas de ejecución en respuesta a las voces en comparación con el grupo control así como una creencia en las reducciones de voz (Rus-Calafel et al, 2019).

D. Hablando con las voces (Talking to voices) (Cortens, 2012)

Pone el foco en la contextualización de las voces y su relación con la persona en el **marco autobiográfico** de esta. Es enfoque entiende la aparición de las voces y su relación con la persona como un reflejo de algún conflicto en la historia de la persona (Rus-Calafel et al, 2019). El terapeuta inicia una conversación con las voces a través del paciente con preguntas directas. La voz contesta a través del paciente. El objetivo último es “solucionar” el conflicto o dilema socioemocional y lograr la aceptación o control sobre experiencias previas estresantes.

TERAPIA DE GRUPO PARA ALUCINACIONES AUDITIVAS

Algunos de los modelos propuestos se pueden aplicar en individual o en formato grupal. De modo general, estas intervenciones se centran en 3 aspectos: distracción, focalización en las voces y reducción de la ansiedad.

El programa **TORCH (Shawyer et al, 2012)** se basa en TCC fortalecida con estrategias basadas en ACT para reducir el impacto negativo de las voces imperativas. Es un programa de 15 sesiones manualizado y aplicado de manera flexible. Los ejercicios de minfulness son breves (10 minutos).

En el Manual de Vallejo Pareja (2023) se recogen dos abordajes grupales protocolizados para las alucinaciones.

A. Terapia para las alucinaciones auditivas de Perron y Munson (2006)

Perron y Munson (2006) plantean una duración de **10 sesiones** en un grupo cerrado basado en el aprendizaje acumulativo. Estiman una duración de entre 90-120 minutos para 6-8 pacientes. La estructura de las sesiones y el contenido de las mismas se recoge en la siguiente tabla:

Sesión	Tema	Contenido (Basado de Vallejo, 2023)
1	Etiología de las voces	<ul style="list-style-type: none"> • Centrada en la etiología de las voces
2	Autoobservación	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar características y contexto de las voces • Importancia del autorregistro con: <ul style="list-style-type: none"> – Gravedad de las voces – Momento en el que se escuchan – Actividad o sucesos disparadores – Estrategia de afrontamiento utilizada – Eficacia de esta

Sesión	Tema	Contenido (Basado de Vallejo, 2023)
3	Disminución del estrés	• Importancia del estrés en la sintomatología y cómo reducirlo
4	Musitar y cantar	• Esta actividad sirve para interrumpir los procesos internos de pensamiento
5	Denominación de objetos	• Facilita dirigir la atención a estímulos externos y llevar a cabo una conducta que inhibe las voces • Se hace lentamente, en voz alta y de forma discreta para no llamar la atención
6	Lectura en voz alta	• Leer un texto simple o interesante ayuda también a inhibir las voces
7	Auto-afirmaciones	• Contestar a las voces, dialogando con ellas o bien responder con auto-afirmaciones positivas (por ejemplo, soy buena persona, puedo hacer frente a las voces, soy más fuerte que vosotras, etc.) • Se puede hacer mentalmente o en voz baja
8	Escuchar música	• Con auriculares, volumen medio
9	Actividad física	• Apoyo al tratamiento • Puede combinarse con las 4 anteriores
10	Plan de afrontamiento	• Revisar los apoyos para mantener los logros aprendidos • Centrarse y recordar estrategias más efectivas

B. Terapia Grupal para las alucinaciones auditivas de Chadwick, Sambrooke, Rasch y Davies (2000)

En este planteamiento se abordan las creencias sobre las voces al considerar que juegan un papel nuclear en cómo se siente la persona y cómo les hace frente. Las creencias más importantes son:

1. **Identidad** (¿De quién es la voz?).
2. **Intención** (¿Por qué me habla a mí y no a otros?).
3. **Omnipotencia** (¿Qué grado de poder tiene la voz?).
4. **Control** (¿Qué capacidad tengo para dominarla?).

El objetivo es debilitar las creencias sobre la omnipotencia de las voces e incrementar la sensación de control.

Plantean un formato de grupo cerrado, con 8 sesiones. Después de cada sesión, se elabora un resumen escrito con los puntos principales que se reparte al inicio de la siguiente sesión.

Sesión	Tema	Contenidos (Basado de Vallejo (2023))
1	Evaluación	• Exploración de sentimientos que le llevan al grupo y análisis del impacto de las voces
2	Evaluación	• 3 temas principales: – Cuándo comenzaron las voces – Opiniones sobre por qué comenzaron las voces – Impacto en sus vidas
3	Evaluación	• Se explora el contenido, malestar y afrontamiento de las voces
4	Diálogo socrático	• Descubrimiento guiado para explorar y debilitar las creencias centrales: omnipotencia y control • Comprobación empírica
5	Diálogo socrático	
6	Diálogo socrático	
7	Significado personal	• Se exploran creencias sobre significado personal, introduciendo la idea de que las voces pueden generarse en la propia mente de forma análoga a los pensamientos intrusivos • Ventajas y desventajas de ambos puntos de vista
8	Significado personal	

TECNOLOGÍA DIGITAL para alucinaciones y delirios

Las posibilidades de las TIC son infinitas. EHealth se refiere a todos los tratamientos basados en internet. En la psicosis, las APP se han convertido en herramientas potentes y complementarias al tratamiento tradicional. Las intervenciones formato híbrido (digital y presencial) se denominan intervenciones combinadas (**blended therapy**).

Aplicaciones para móviles para el manejo de los síntomas en la esquizofrenia.

- **FOCUS.** App para móviles creada para el manejo de los síntomas de esquizofrenia. Pregunta al usuario 3 veces al día y el usuario puede recurrir a la App cuando necesite asesoramiento.
- **CLINTOUCH.** App que permite a los pacientes registrar y calificar sus síntomas en varios momentos del día con traspaso de datos a los profesionales. Detecta tempranamente pudiendo intervenir.
- **WELLWAVE.** App que complementa los programas de apoyo comunitario. Diseñada para personas con esquizofrenia, depresión y trastorno bipolar que vive en entornos comunitarios. Proporciona una lista de tareas diarias. Los profesionales tienen acceso a los datos y pueden mandar mensajes personalizados.
- **TEMSTEM.** Para las alucinaciones auditivas. Tiene como objetivo reducir el malestar y la disfunción social. La APP ofrece dos juegos que requieren la función cognitiva del lenguaje y brinda la posibilidad al clínico de recoger información sobre las voces en tiempo real.
- **SLOWMO.** Para delirios paranoides y sesgos cognitivos (Garety, 2017).

Eficacia de la TCCp. Cuando la eficacia se ha centrado en medir la reducción y/o desaparición de la clínica psicótica no han aparecido resultados positivos. La TCCp no sería un tratamiento de elección.

El **análisis cualitativo** sobre los ingredientes clave de la TCCp (Berry y Hayward, 2011) señala que el efecto principal -según el testimonio de los pacientes- se refleja en un incremento de la comprensión de la psicosis, una revaloración de las creencias perturbadoras y una normalización de la vida de las personas. Los pacientes no experimentan necesariamente una reducción en frecuencia o contenido angustiante de las experiencias psicóticas, sino mejoran sus habilidades de afrontamiento, un mayor empoderamiento, y en general, aprenden a vivir con el trastorno (Bellido Zanín, G. et al, 2019).

Los datos recientes apuntan que la TCC es un procedimiento terapéutico que no puede considerarse bien establecido para el abordaje de los síntomas psicóticos positivos, pero sí una alternativa válida en aquellos casos resistentes al tratamiento farmacológico y en los que no se tienen otras opciones de intervención (Bellido Zanín, G. et al, 2019).

ESQUEMA DE CONTENIDOS

