

Pseudoalucinación: un análisis crítico

RESUMEN: Se realiza un análisis histórico y conceptual de las pseudoalucinaciones, así como una evaluación crítica de las mismas. Se revisa la coherencia teórica de este fenómeno: si son fenómenos patológicos o no, si pueden ser considerados como variedades de las alucinaciones y/o como un tipo de representación, si el *insight* o crítica de las mismas es una condición necesaria y cuál sería su utilidad clínica.

PALABRAS CLAVE: Pseudoalucinación, concepto, historia, revisión.

ABSTRACT: The term *pseudo-hallucination* is subjected to historical and conceptual analysis. From its inception in 1868 pseudo-hallucination has received two different and incompatible definitions. Particular attention is given to discuss whether pseudo-hallucinations can be considered pathological phenomena, a particular type of hallucinations and their significance and clinical usefulness.

KEY WORDS: Pseudo-hallucination, concept, history, review.

El concepto de *pseudoalucinación* (PSA), de clara tradición europea, ha caído en desuso en los últimos años, quizá por el indiscutible auge de la psiquiatría americana, en donde nunca fue recogido: p. ej., no aparece en el glosario de la APA (1, 2) ni en el de la *DSM-III-4* (3, 4) ni en el tratado de Talbott (5). Sin embargo, el término no sólo entraña una importancia histórica, sino que el hecho de que se le utilice o no remite, ineludiblemente, a la concepción psicopatológica y, en particular, al modelo de alucinación que sustente. Si bien el concepto aparece profusamente en la literatura psiquiátrica alemana y francesa, existen pocas referencias en la anglosajona (6), y no siempre se utiliza con un sentido unívoco. Así, las referencias (a), (b) y (c) son consideradas expresiones de pseudoalucinaciones por distintos autores:

(a) «Hace un mes oía las voces de los compañeros y profesores que me decían que era mala persona. *Sabía que eran imaginaciones mías, pero las seguía oyendo.* Las oía dentro de mi cabeza, pero muy claras.»

(b) «Veo una sombra que sale de mi cuerpo y, cuando la veo, me entran ganas de pegarle. En ese momento la veo real, son sombras negras, que veo casi siempre de noche. *Ahora sé que no son verdad, que es ficción mía, pero cuando las veo creo que son reales.*»

(c) «He oído las voces con más frecuencia, aunque estos días de atrás no. Siento las voces en el vientre. Me dice palabras, 'el grijo', 'la butaca', muchas tonterías. Las oigo desfiguradas. Yo, *para mí, que no es mi voz, pero como las oigo dentro, pues debe serlo.*»

En el presente trabajo, se realiza un análisis histórico y conceptual de las PSA, así como una evaluación crítica de las mismas, atendiendo a la coherencia teórica del constructo —si son fenómenos patológicos o no, si pueden ser considerados como variedades de las alucinaciones y/o como un tipo de representación, si el *insight* o crítica de las mismas es condición necesaria—, y su utilidad clínica.

Historia conceptual

El término *pseudoalucinación*, *stricto sensu*, significaría *falsa alucinación* —de la misma forma que *pseudología* se aplica al «falso discurso»—, o lo que es lo mismo, las PSA serían *aquellos fenómenos que a primera vista pudiera ser confundidos con las alucinaciones verdaderas*. Es éste el sentido originario dado por Hagen, autor que acuñó el término en 1868 para referirse a experiencias alucinatorias hipnagógicas visuales y auditivas que ocurren en sujetos normales en el estado de duermevela, y que son experimentadas por éstos de manera pasiva, involuntariamente y con una falta de claridad y objetividad que hace que los sujetos posean conciencia de la irrealidad o carácter fantástico de aquéllas (7).

Si bien Hagen fue el primero en utilizar el término, varias décadas antes otros autores habían descrito fenómenos similares. Así, merced a su inferior estesia, Griesinger denominó a estos fenómenos *alucinaciones pálidas* y Kahlbaum, quien señaló su carácter impulsivo, alucinaciones aperceptivas, en contraposición a las *perceptivas*. Baillarger distinguió entre las *alucinaciones psicosenoriales o estéticas* y las *psíquicas o intelectuales*. Las primeras eran *percepciones sensoriales* independientes de toda excitación exterior de los órganos de los sentidos, que tenían su punto de partida en el «ejercicio involuntario de la memoria y la imaginación», y que se debían a «excitaciones internas del aparato sensorial», tenían un carácter tan real como las percepciones normales e incluían fenómenos táctiles, gustativos y, sobre todo, *visuales*, pudiendo aparecer estos últimos también en sujetos sanos. Por contra, las *alucinaciones psíquicas* eran «percepciones puramente intelectuales que tenían su punto de partida en el ejercicio involuntario de la memoria y de la imaginación, y que eran frecuentemente confundidas por los pacientes con las percepciones sensoriales». Eran «fenómenos ideativos puros», sin nada sensorial, que incluían únicamente a las alucinaciones verbales y auditivas de los sujetos enfermos (8).

Esta distinción, especialmente sutil para su época (9), contrapone, pues, las *alucinaciones propiamente dichas* (verdaderas percepciones anómalas) a las *alucinaciones psíquicas* (fenómenos imaginativos cercanos a las interpretaciones delirantes, sin alteración sensorial). En este sentido, un autor coetáneo, Michea, denomina *falsas alucinaciones* a aquellas imágenes mentales que aparecen a la fuerza pero que no se convierten en percepciones externas ni alteran la estabilidad del *self* (7). Otro autor francés, Séglas (10), distingue entre *alucinaciones psicosenoriales*, provocadas por la excitación de los centros corticales sensitivos —palabras y frases provenientes del exterior y percibidas con gran claridad—, y las *alucinaciones psicomotrices*, causadas por la excitación de los centros motores —percibidas en el interior del cuerpo como una suerte de *lenguaje interior*

(hiperendofasia)—. Séglas distingue, dentro de las alucinaciones psicomotrices, tres tipos: las provocadas sin movimiento del aparato fonador, las que conllevan el inicio del movimiento sin la pronunciación de la palabra y, finalmente, las que surgen con enunciados completos. El primero de estos subtipos se correspondería con las alucinaciones psíquicas de Baillarger. Séglas utiliza el término «psíquico» para describir voces internas distintas a las alucinaciones verdaderas, cercanas a las imágenes verbales, y a las que llamó «pseudoalucinaciones verbales».

Sir Francis Galton, en su obra de 1883 *Inquiries into human faculty and its development*, realiza una importante contribución a la cuestión de las imágenes mentales y de las PSA. Galton demostró la gran variabilidad existente entre los hombres para producir imágenes mentales, oscilando entre una capacidad aumentada y una falta casi total de ésta. Estas imágenes mentales *no* eran alucinaciones, y tenían lugar en los sujetos sanos, quienes las describían como presentes sólo ante «*el ojo de la mente*». Algunas imágenes eran débiles y evanescentes, pero otras, en aquellos sujetos especialmente dotados, podían dejar tan honda impresión y ser vividas con tanta acuidad que «podían engañar el juicio». Para Galton, pues, existía una gran variación natural en la capacidad para producir imágenes visuales, lo que suponía la existencia de un *continuum* entre las imágenes más vívidas y algunas variedades de alucinación.

Kandisky, psiquiatra ruso que describió sus propias experiencias psicóticas, fue quien delimitó, por vez primera y de manera precisa, el concepto de PSA, distinguiéndole de las imágenes mnésicas y de las alucinaciones verdaderas. De las primeras las distinguía su mayor precisión sensorial, su riqueza en detalles, la estabilidad e independencia de la voluntad del sujeto, y el hecho de no estar lógicamente relacionadas con la personalidad de éste. De las segundas, la falta de proyección en el mundo exterior. Kandisky consideraba alucinaciones a las percepciones sensoriales subjetivas en su origen, no creadas por estímulos externos, y que, no obstante, poseían en la conciencia del enfermo el mismo carácter de *objetividad* (*leibhaftigkeit*) o realidad propia, en circunstancias normales, únicamente de las percepciones sensoriales de los objetos observados directamente. Por PSA, entendía las imágenes sensoriales muy vívidas que diferían de las alucinaciones en la falta del carácter de objetividad y realidad, y de las restantes imágenes en su viveza sensorial, su espontaneidad y su pasiva receptividad (11). Goldstein, unos años más tarde, aunó el análisis filosófico y psicológico de las alucinaciones con las teorías neurológicas causales. Hume había clasificado los fenómenos mentales en *impresiones* (sensaciones, sentimientos) e *ideas* (pensamientos, imágenes), sobre la base de la diferente fuerza y viveza de los mismos (*leibhaftigkeit*). Éstos no constituían fenómenos cualitativamente distintos, ya que, en determinadas circunstancias (fiebre, locura) los límites entre impresiones e ideas

podían borrarse. Goldstein va más lejos en su planteamiento: *incluso en la salud* no es posible hallar diferencias cualitativas entre imágenes mnésicas (*Erinnerungsbild*) y las percepciones sensoriales. Para distinguirlas se precisa el *juicio de realidad*. Éste sitúa a las percepciones en el *espacio objetivo externo*, que incluye la sensación de realidad, y a las imágenes en el *espacio subjetivo interno*. El juicio de realidad es un fenómeno secundario a las percepciones y no parte integrante de éstas. Para Goldstein, la alucinación es una «imagen mnésica revivida de percepciones sensoriales previas que es psicológicamente idéntica a las percepciones sensoriales reales», excepto en que es causada por estímulos orgánicos internos, no externos. Es, por tanto, el juicio de realidad patológico el que hace que el sujeto considere a sus imágenes mnésicas como percepciones reales, por lo que la alucinación «no es en sí misma un trastorno mental, *excepto en el juicio de realidad falso*».

Karl Jaspers, en un espléndido trabajo de 1911, polemiza con Goldstein al negar el papel esencial del juicio de realidad y definir las alucinaciones en base a criterios *intrínsecos*: las alucinaciones serían percepciones sensoriales anormalmente causadas (12). Para Jaspers, los seres humanos únicamente «viven» su relación con la realidad cuando son conscientes de sus vivencias. Existe una *realidad externa*, objetiva, y una *realidad interna*, la consciencia. Con la primera entramos en contacto mediante la *percepción*, que comprende a) la sensación, b) la cualidad espacio-temporal, la *objetividad* y *corporalidad* (*leibhaftigkeit*) y c) la vivencia (*erlebnis*). Jaspers afirma que la corporalidad y la objetividad son cualidades *intrínsecas del objeto percibido*, mientras que el *juicio de realidad* es un proceso *consciente*. La realidad externa, situada fuera del sujeto, es la realidad con la que contacta éste en la percepción, siendo continuamente evaluada por el juicio de realidad. Pero existe también una realidad *interna*, localizada en el sujeto, en su mente, que el individuo toma como su *consciencia*, y que está compuesta por objetos *similares* a los de la realidad externa, *pero sin corporalidad ni objetividad* (12, 13, 14). De aquí deriva su distinción entre *percepción* y *representación*. Para Jaspers, al igual que para Kandisky, las PSA son un tipo especial de representaciones visuales que adquieren ciertas características de las percepciones reales: aparecen —ante el ojo interior— con un diseño determinado, preciso, detallado, y poseen, en cuanto a fidelidad sensorial y constancia en la forma, la suficiencia de éstas. Sin embargo, las PSA son imaginarias, carecen de corporalidad y objetividad y se sitúan en el espacio interno del sujeto. Existe una transición desde las representaciones o imágenes normales a las PSA, pero no desde éstas a las alucinaciones. Entre el espacio imaginario y el perceptivo existe un hiato que impide dicha transición, de modo que las imágenes introspectivas no pueden convertirse en perceptos exteroceptivos, ni las PSA en alucinaciones. Sin

embargo, algunos sujetos juzgan erróneamente la cualidad de las PSA y las consideran reales, en su esfuerzo por explicar su ocurrencia independientemente de la voluntad. Esto puede aparentar una transición entre PSA y alucinaciones, pero no lo es (12, 13, 14).

E. Bleuler, años más tarde, distingue distintos *grados* entre las alucinaciones, que van desde las PSA, alucinaciones percibidas claramente pero consideradas como tales, a las alucinaciones psíquicas, aquellas en que el sujeto no puede decidir si se trata de representaciones vívidas o «pensamientos sugeridos» (15). Define a las PSA como «aquellas pseudopercepciones de completa claridad sensorial y de localización normal, mas cuyo carácter ilusorio es reconocido» (16). En un sentido parecido, Gadelius (cit. 17), considera a las PSA —en las que incluye las alucinaciones hipnagógicas— como fenómenos intermedios entre imágenes y alucinaciones, y señala la inexistencia de una clara demarcación entre PSA y alucinaciones psíquicas. En 1957, Reda y Vela (cit. 17) realizan una importante contribución al ser los primeros en llevar a cabo una investigación global de las PSA. Tras revisar la literatura francesa y la alemana, presentan 11 casos que reúnen las siguientes características generales: se presentan en el espacio interno, tienen un aspecto formal similar al de las imágenes, aparecen de forma espontánea, son independientes de la voluntad, resultan psicológicamente comprensibles en cuanto a su contenido— ya que se relacionan con componentes afectivos del sujeto— y no poseen realidad externa, al mismo tiempo que el juicio de realidad está conservado. Para estos autores, las PSA son fenómenos inespecíficos que tienen lugar en diferentes cuadros: psicosis involutivas, parálisis general progresiva, psicosis depresiva, esquizofrenia, trauma cerebral y estados obsesivos.

Sedman, en una serie de trabajos (7, 17, 18), aporta distintas concepciones de las PSA. En un primer momento, considera a éstas como integrantes de un tipo de alucinación, «percibidas a través de los sentidos pero reconocidas por el paciente como distintas a las percepciones verdaderas» (7). Esta concepción difiere de la de Kandisky y Jaspers (17). Sin embargo, un año más tarde (18), Sedman cambia su concepto y define a las PSA como «formas de representación en las que la imagen aparece completamente proyectada delante del sujeto». Sigue, pues, la tradición jaspersiana, y adopta los criterios de éste para distinguir entre representación y PSA, señalando la comprensibilidad del contenido de esta última y la existencia de un continuum entre ambos. Existe, sin embargo, una diferencia de matiz entre los criterios de Jaspers y Sedman, en particular, en lo referente a la «visualización» del objeto. Para Jaspers, en las PSA la visualización se realiza *con los ojos de la mente*, mientras que para Sedman, es llevada a cabo *con los ojos reales*, ya que la proyección del objeto es total (12, 13, 7, 17, 18).

Hare, en su intento de clarificar el significado y la utilidad clínica del térmi-

no PSA, señala que éstos dependen del concepto de alucinación sustentado (6). Así, si se acepta un concepto amplio de la misma —por ej., toda percepción exteroceptiva de objetos ambientales que, de hecho no están— que incluya experiencias de sujetos sanos o con nivel de conciencia alterado, las PSA serían alucinaciones reconocidas como tales, concepto que, para Hare, carece de significación diagnóstica —ya que se aplica a sujetos sanos y enfermos— y utilidad clínica. Este autor propone un concepto más restringido de alucinación. Define a ésta como la «experiencia sensorial subjetiva de origen mórbido e interpretada de una manera mórbida», sin conciencia de su naturaleza no empírica. En virtud de esto, las PSA serían «alucinaciones mórbidas que *no son interpretadas mórbidamente* porque son reconocidas por el paciente como no reales». Hare incluye aquí los fenómenos del tinnitus, las auras epilépticas, los alucinógenos, etc. En este sentido tendrían cierta utilidad clínica al designar síntomas con mejor pronóstico que las alucinaciones verdaderas. El mismo Hare, incluso, pone en cuestión la utilidad clínica de esta definición restrictiva de PSA, ya que depende del *insight* del paciente, y éste es un proceso gradativo —no sigue la ley del todo o nada—, por lo que se dificulta la clara delimitación entre PSA y alucinación. Si se obvia ésta y el psicopatólogo se centra en evaluar los diferentes grados de *insight*, el concepto de PSA resulta prescindible (6).

F. Kräupl Taylor, en un excelente trabajo (19), señala la ambigüedad de la definición de PSA y la atribuye a la coexistencia de dos tradiciones conceptuales distintas e irreductibles. Por un lado, la tradición *anglosajona*, que define a la PSA como un tipo de alucinación reconocida como tal por el paciente, que se da en sanos y enfermos y que no sólo incluye la percepción exteroceptiva, sino también interoceptiva del objeto. Esta concepción de PSA es la de una *pseudoalucinación percibida* (Taylor, 1981). Por otra parte, existiría una tradición *germana*, a partir de las aportaciones de Kandisky y Jaspers, que considera la PSA como un tipo de representación o imagen, como un fenómeno interno. Se trata de una concepción de *pseudoalucinación imaginada* (19). Con algunas excepciones, por ejemplo, Bleuler (15) y Leonhard (20), la mayoría de los autores en lengua alemana —Kandisky (11), Jaspers (12, 13, 14), Bumke (21, 22), Lange (23), Weitbrecht (24) y Scharfetter (25)— siguen esta última concepción. Por el contrario, los autores anglosajones no siempre son tan fieles a su tradición. Anderson (cit. 19) fue el primer psiquiatra inglés en seguir la tradición alemana. Sedman, que al principio sigue la tradición anglosajona, cambia en sus últimos trabajos a la concepción alemana (7, 17, 18). Fish lleva a cabo un giro similar. Así en sus obras de 1962 y 1964 sigue, en cierta forma, la tradición inglesa, «PSA como perceptos alucinados de un tipo especial, reconocidos como diferentes de los perceptos normales», mientras que en la de 1967 se adscribe claramente al concepto alemán:

«imágenes mentales vívidas a las que falta substancialidad y que aparecen en el espacio subjetivo» (19, 26, 27, 28). Mullen (29), también se adscribe a la tradición germana, concibiendo a las PSA como «formas de representación distintas de las alucinaciones e ilusiones las cuales son fenómenos perceptivos», al igual que Yager (30), quien propone utilizar el término PSA en el sentido jaspersiano y usar el de *alucinaciones parciales* para la concepción anglosajona. En el *Present State Examination* (PSE) (31), sin embargo, se utiliza PSA en un sentido híbrido, y confuso, para designar a las «alucinaciones percibidas dentro de la cabeza».

La psiquiatría francesa, por su parte, —Regis (32), Ey (33, 34), Bernard y Trouvé (35), Lanteri-Laura y Del Pistoia (36)—, ha considerado a las PSA como un tipo de alucinaciones que adolecen de «objetividad espacial» y están desprovistas de sensorialidad, por lo que sus características se asemejan más a las de las representaciones que a las de las percepciones, coincidiendo con los fenómenos descritos por Baillarger como «alucinaciones psíquicas» (33). Por otro lado, denomina *alucinosis* a aquellos fenómenos alucinatorios en los que se manifiesta de inmediato la crítica del sujeto (34).

En España, la mayoría de los autores, como Vallejo (37) y Ochoa y De la Puenta (38), siguen la tradición francesa o germana. Desde otra perspectiva, Castilla del Pino (9) denomina PSA a la «alucinación inmediatamente criticada» (p. 16), esto es, al acto de conducta cuya adiacriticidad es inmediatamente corregida, sin que tenga tiempo para estabilizarse (p. 117). El sujeto, por tanto, reconoce a los objetos como internos, como productos fantásticos, por lo que los fenómenos se acercan a los que Johannes Müller denominó *figuras fantásticas de la visión* (39) y a las alucinaciones hipnagógicas. Para Castilla del Pino (40), las PSA serían, pues, fenómenos no patológicos, o mejor, no psicóticos. Por contra, para este autor, las *falsas alucinaciones* serían los fenómenos experimentales o de la clínica neurológica que «acontecen en el organismo» pero que no son conducta (9, p. 118), fenómenos a los que Claude y Ey denominaron *alucinosis*.

Análisis crítico

Varias son las cuestiones planteadas en torno al concepto de PSA: ¿se trata de un trastorno perceptivo o ideativo? ¿es un fenómeno normal o patológico? ¿es esencial el grado de *insight* para su definición? ¿lo es la situación espacial de la fuente sensorial referida?, y, finalmente, ¿tiene aún alguna utilidad clínica?

a) Trastorno perceptivo versus ideativo.—La mayor parte de las concepciones de PSA analizadas usan el modelo clásico de alucinación, atribuido a Ball pero que se remonta a autores como Falret o Esquirol. Para estos autores, la

alucinación es un trastorno perceptivo, una «percepción sin objeto», «una percepción sensorial sin la estimulación externa del órgano sensorial relevante». La PSA, por su parte, sería un tipo de alucinación que, sin embargo, adopta las características fenoménicas de una idea o representación (tradicción germana y francesa).

Sin embargo, este modelo plantea numerosos problemas. En primer lugar, difícilmente puede hablarse de percepción sin que exista percepto, ya que la existencia de éste es *condición necesaria* para que se dé aquélla (9, 40, 41). La «percepción sin objeto» es, pues, una *contradictio in terminis*. Además, se produce un importante error epistemológico: la *similitud* entre el fenómeno que denominamos *alucinar* y el fenómeno denominado *percibir* se convierte en *reducción* del primero al segundo (41).

Por otra parte, los intentos por diferenciar las alucinaciones y las PSA en virtud de sus características externas o fenoménicas han resultado infructuosos y, desde el punto de vista lógico, incorrectos. Así, Baillarger, al distinguir entre las alucinaciones psicosenoriales y psíquicas, hace un uso ambiguo del término *sensorial*, refiriéndose, por un lado a la viveza del fenómeno y, por otro, a una etiología fisiológica relativa al órgano sensorial, y equiparando ambas acepciones (41). Jaspers, por su parte, confunde la *cualidad* de la experiencia del alucinante con la *realidad* del objeto alucinado, sin darse cuenta de que, por más que la experiencia del primero sea *leibhaftig*, *nunca* lo será en el sentido de «real, corporal objetivo», en el sentido de observable y verificable por otros, de modo que el hiato fenomenológico insalvable no está situado entre las percepciones normales y alucinaciones, de un lado, y las PSA, de otro, sino entre las percepciones y *todas* las alucinaciones (41). Esta confusión es extensible a concepciones actuales como las de Sedman (7, 17) y Aggernaes (42). Distintos autores —sin abandonar la concepción de ambos como fenómenos perceptivos— han rechazado la distinción entre alucinación y PSA en virtud de la mayor o menor «sensorialidad» (6, 33, 34). Otros, fundamentan el rechazo en la consideración de ambos fenómenos como *imágenes* (43) o en la de representaciones y percepciones como elementos de una misma clase (44).

b) Fenómeno normal versus patológico.—Tradicionalmente, el concepto de PSA se ha referido tanto a fenómenos normales como a fenómenos de origen mórbido. Así, Hagen, en su concepción original, incluye fenómenos tales como las alucinaciones hipnagógicas y las ensoñaciones, al igual que autores como Grünbaum o Müller o, entre nosotros, Castilla del Pino. Por contra, Baillarger, Séglas, Bleuler, Reda y Vela, el primer Sedman y Ey, entre otros, consideran a alucinaciones y PSA como fenómenos patológicos. Los autores germanos —y los anglosajones seguidores de esta tradición como Anderson, Fish o el segundo Sedman— contemplan el fenómeno pseudoalucinatorio como representación y, por

tanto, como parte de un *continuum comprensible* que va desde las imágenes normales a las propias PSA (desde lo normal a lo anormal no psicótico).

Hare (6) realiza, a este respecto, una interesante aportación. Señala que, de aceptar un concepto amplio de alucinación —que incluya no sólo percepciones de origen patológico sino también procedentes de sujetos sanos o con nivel de conciencia alterado—, las PSA habrían de darse, asimismo, en sanos y enfermos, por lo que carecerían de significación clínica y utilidad diagnóstica. Sin embargo, en un concepto más restringido de alucinación —sólo atribuible a fenómenos de origen mórbido con conciencia de realidad alterada—, las PSA sí tendrían utilidad clínica, al referirse a las «experiencias subjetivas de origen mórbido —consecuencia de trastornos psicóticos funcionales— e interpretadas de forma no patológica», excluyendo las experiencias subjetivas normales —sueño, estado hipnagógico— y las de origen mórbido orgánico interpretadas normalmente —tinnitus, aura epiléptica, fenómenos inducidos por drogas.

c) *Insight* como criterio diferenciador.—En todas las definiciones de PSA se señala la existencia de *insight*, en contraposición a la alucinación, en donde el *insight* falta. La conciencia de la irrealidad del fenómeno pseudoalucinatorio está presente, ya sea éste considerado como representación o como un tipo de alucinación, como fenómeno normal o patológico. No obstante, a pesar de la concordancia, la aplicación de este criterio presenta dificultades. En primer lugar, en las definiciones de PSA se menciona la *inmediatez* de la crítica del fenómeno alucinatorio. Esta es fácil de detectar en los casos en que se da *al mismo tiempo* que el fenómeno; y suele expresarse por sintagmas tales como «me parece» o «como si» (ejemplo a). Asimismo, si la crítica no se da o tarda días, semanas o meses en producirse, espontáneamente o tras alguna intervención terapéutica, tampoco resulta complicado afirmar que estamos ante una verdadera alucinación. El problema se plantea en aquellos casos en que la crítica tiene lugar transcurridas unas horas, a veces al día siguiente de producirse el fenómeno: ¿estamos ante una PSA o una alucinación propiamente dicha? (ejemplo b). Una nueva dificultad se nos presenta en el mismo concepto de *insight* o *crítica*. La conciencia de la irrealidad del fenómeno alucinatorio no es algo que suela darse según la ley de *todo o nada*, sino como un proceso gradativo que oscila entre el *insight* nulo (0 —alucinación—) al máximo (1 —alucinación criticada—), y que se presenta en la clínica en toda suerte de grados intermedios. A juicio de los autores, *solamente la consideración del fenómeno pseudoperceptivo como un continuum —desde lo normal a lo patológico, desde el sueño a la PSA y alucinación, desde la neurosis a la psicosis—, podría dar una respuesta satisfactoria a esta cuestión.*

d) Espacio interior versus espacio exterior.—La proyección en el espacio exterior ha sido, tradicionalmente, desde Kandisky y la tradición germana, un rasgo

diferenciador de las alucinaciones y perceptos normales en contraposición a las PSA, proyectadas en el espacio interior. Autores más recientes como Sedman y Aggernaes señalan, asimismo, este criterio. Sin embargo, en algunos de los ejemplos de PSA que estos mismos autores proponen éste no se cumple. Además, el mismo concepto de «proyección» resulta confuso. Es utilizado, por estos autores, en un sentido *descriptivo*, metafórico, y, no obstante, se le da un sentido *fisiológico*. Cuando se dice que, en la alucinación, se produce la *proyección* de un objeto interno al exterior, se intenta *describir*, mediante un modelo, la transgresión de la capacidad de enjuiciamiento sobre lo que pertenece al mundo interno —sueños, fantasías, recuerdos— y al externo —objetos empíricos—, y la confusión de ambos, pero en absoluto se refiere a la visualización —y ubicación *espacial*— del objeto denotado en el exterior de nuestro cuerpo: de hecho, existen alucinaciones que son claramente experimentadas como provenientes del *interior* del cuerpo, sin que, por ello, sean consideradas como objetos internos, lo que supondría su crítica, sino externos, esto es, empíricos, reales (ejemplo c). Por ello, concepciones de PSA como la del *Present State Examination* (31) resultan insostenibles.

e) Utilidad clínica.—La aceptación de un concepto amplio de alucinación, que incluya, como en algunas concepciones americanas, experiencias normales y patológicas, no solamente hace inútil el de PSA sino que limita, claramente, la utilidad clínica del primero. Un concepto más restrictivo de alucinación, circunscrito a fenómenos exclusivamente psicóticos —descartando, por tanto, falsas alucinaciones y experiencias normales—, confiere cierto sentido clínico al del PSA, ya sea aplicándolo a fenómenos mórbidos (6) o no patológicos (9). En el primer caso, contribuiría en el diagnóstico diferencial de la esquizofrenia frente a otros trastornos (psicosis depresivas, trastornos obsesivos o disociativos); en el segundo, en la importante delimitación entre lo psicótico y lo no psicótico. No obstante, aun en el caso de un concepto restringido de alucinación, el criterio diferenciador fundamental sería el grado de *insight*, y éste, como se vio, suele ser fluctuante, con lo que se dificulta la delimitación antes señalada. Por ello, ante un sujeto alucinante, es preferible analizar el grado de *insight* que posee —o su inverso, el grado de psicotización o adiacrisis (9)— antes de catalogar la conducta como alucinatoria o pseudoalucinatoria, dado que ésta se da en un *continuum* que va de la normalidad, no psicótico, a lo patológico, psicótico (6, 9, 40, 45).

BIBLIOGRAFÍA

- (1) American Psychiatric Association, *The American Psychiatric Association's Psychiatric Glossary*, Washington DC, American Psychiatric Association, 1984.
- (2) American Psychiatric Association, *Glosario de psiquiatría*, Madrid, Díaz de Santos, 1989.
- (3) American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition-Revised (DSM-III-R)*, Washington DC, American Psychiatric Association, 1987.
- (4) American Psychiatric Association, *DSM-III-R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Barcelona, Masson, 1988.
- (5) TALBOTT, J. A.; HALES, R. E. y YUDOFKY, S. C., *Tratado de psiquiatría*, Barcelona, Áncora, 1989.
- (6) HARE, E. H., «A short note on pseudo-hallucinations», *British Journal of Psychiatry*, 1973, 122, pp. 469-476.
- (7) SEDMAN G., «A comparative study of pseudohallucinations, imagery and true hallucinations», *British Journal of Psychiatry*, 1966, 112, pp. 9-17.
- (8) BAILLARGER, J., *Recherches sur les maladies mentales*, París, Masson, 2 vols.
- (9) CASTILLA DEL PINO, C., *Teoría de la alucinación. Una investigación de teoría psicopatológica*, Madrid, Alianza, 1984.
- (10) SÉGLAS, J., *Leçons cliniques*, París, Asselin et Houezau, 1895.
- (11) KANDISKY, V., «Zur Lehre von den Halluzinationen», *Archiv für Psychiatrie*, 1881, 11, pp. 453-464.
- (12) JASPERS, K., «Análisis de las percepciones equívocas (vivacidad y juicio de realidad)», en *Escritos psicopatológicos*, Madrid, Gredos, 1977, pp. 243-314.
- (13) JASPERS, K., «Las pseudopercepciones (análisis crítico)», en *Escritos psicopatológicos*, Madrid, Gredos, 1977, pp. 315-394.
- (14) JASPERS, K., *Psicopatología General*, Buenos Aires, Beta, 1980, 4.ª ed.
- (15) BLEULER, E., *Tratado de psiquiatría*, Madrid, Calpe, 1924, 4.ª ed. alemana (1.ª española).
- (16) BLEULER, E., *Tratado de psiquiatría*, Madrid, Espasa-Calpe, 1967, 10.ª ed. alemana (2.ª española).
- (17) SEDMAN, G., «A phenomenological study of pseudohallucinations and related experiences», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1966, 42, pp. 35-70.
- (18) SEDMAN, G., «Experimental and phenomenological approaches to the problem of hallucinations in organic psychosyndromes», *British Journal of Psychiatry*, 1967, 113, pp. 1.115-1.121.
- (19) KRAÜPL-TAYLOR, F., «On pseudo-hallucinations», *Psychological Medicine*, 1981, 11, pp. 265-271.
- (20) SOLÉ SAGARRA, J. y LEONHARD, K., *Manual de psiquiatría*, Madrid, Morata, 1953.
- (21) BUMKE, O., *Tratado de las enfermedades mentales*, Barcelona, Seix 1926, 2.ª ed. alemana (1.ª española).
- (22) BUMKE, O., *Nuevo tratado de enfermedades mentales*, Barcelona, Seix, 1946.
- (23) LANGE, J., y BOSTROEM, A., *Psiquiatría*, Barcelona, Miguel Servet, 1942, 4.ª ed.
- (24) WEITBRECHT, H. J., *Manual de psiquiatría*, Madrid, Gredos, 1970.
- (25) SHARFETTER, Ch., *Introducción a la psicopatología general*, Madrid, Morata, 1979, 2.ª ed.
- (26) HAMILTON, M., *Fish's Outline of Psychiatry*, Bristol, Wright, 1984, 4.ª ed.
- (27) HAMILTON, M. (ed.), *Fish's Schizophrenia*, Bristol, Wright, 1984, 3.ª ed.
- (28) HAMILTON, M., *Fish's Clinical Psychopathology*, Bristol, Wright, 1985, 2.ª ed.

- (29) MULLEN, P., «Phenomenology of desordered mental function», en HILL, P. y otros (ed.), *Essentials of postgraduate psychiatry*, Londres, Academic Press, pp. 25-54.
- (30) YEAGER, J., «Clinical manifestations of psychiatric disorders», en H. I. KAPLAN y B. J. SADOCK (eds.), *Comprehensive textbook of Psychiatry/V*, Vol. 1, Baltimore, Williams & Wilkins, 1989, 5.ª ed.
- (31) WING, J. K., COOPER, J. E. y SARTORIUS, N., *The measured classification of psychiatric symptoms*, Cambridge, Cambridge University, 1974.
- (32) REGIS, E., *Tratado de psiquiatría*, Madrid, Saturnino Calleja, 1911, 4.ª ed. francesa.
- (33) EY, H.; BERNARD, P. y BRISSET, Ch., *Tratado de psiquiatría*, Barcelona, Toray-Masson, 1965, 1.ª ed. española.
- (34) EY, H., *Traité des hallucinations*, París, Masson, 1973, 2 vols.
- (35) BERNARD, P. y TROUVÉ, S., *Semiología Psiquiátrica*, Barcelona, Toray-Masson, 1978.
- (36) LANTERI-LAURA, G. y DEL PISTOIA, L., «Hallucinations», *Encycopédie médicochirurgicale (Paris-France) Psychiatrie*, 1989, 37120 A10, 5-1989, 12 p.
- (37) VALLEJO, J., «Psicopatología de la percepción», en *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, Barcelona, Salvat, 1985, 2.ª ed., pp. 182-195.
- (38) OCHOA, E. F. L., y DE LA PUENTE, M. L., «Psicopatología de la atención, percepción y conciencia», en FUENTENEbro, F. y VÁZQUEZ, C. (eds.), *Psicología Médica, Psicopatología y Psiquiatría*, Vol. 1, Psicología Médica y Psicopatología, Madrid, Interamericana-McGraw-Hill, 1989, pp. 489-505.
- (39) MULLER, J., *Los fenómenos fantásticos de la visión*, Madrid, Espasa-Calpe, 1946.
- (40) CASTILLA DEL PINO, C., *Introducción a la psiquiatría. I. Problemas generales. Psico(patología)*, Madrid, Alianza, 1980, 2.ª ed.
- (41) LOTHANE, Z., «The psychopathology of hallucinations. A methodological analysis», *British Journal of Medical Psychology*, 1982, 55, pp. 335-348.
- (42) AGGERNAES, A., «The experienced reality of hallucinations and other psychological phenomena. An empirical analysis», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1972, 48, pp. 220-238.
- (43) HOROWITZ, M. J. y ADAMS, J. E., «Hallucinations on brain stimulation», en KEUP, W. (ed.), *Origins and mechanisms of hallucinations*, Nueva York, Plenum Press, 1973.
- (44) GOLDSTEIN, K., «Zur Theorie der Halluzinationen», *Archiv für Psychiatrie*, 1908, 44, pp. 584-655.
- (45) VILLAGRÁN, J. M., y LUQUE, R., «Formaciones pre y postpsicóticas», *Revista de Occidente*, 1988, 88, pp. 92-95.

* José M.ª Villagrán Moreno. Psiquiatra. Equipo de Salud Mental de Distrito de Jerez (Cádiz). Rogelio Luque Luque. Psiquiatra. Facultad de Medicina. Universidad de Córdoba.
Correspondencia: Unidad Docente de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Avda. Menéndez Pidal, s/n. 14071 Córdoba. Telf. (957) 218297.

** Fecha de recepción: 16-V-1994.