



VNIVERSITAT  DE VALÈNCIA

FACULTAT DE MEDICINA I ODONTOLOGIA
Departament de Medicina

TESIS DOCTORAL
Programa 3042 MEDICINA

**LOCALIZACIÓN Y CONVICCIÓN EN
LAS ALUCINACIONES AUDITIVAS EN
PSICOSIS**

Presentada por Ramón Falcó Gollart
Dirigida por Julio Sanjuán Arias

D. **JULIO SANJUÁN ARIAS**, Doctor en Medicina. Profesor Titular de Psiquiatría del Departament de Medicina de la Facultat de Medicina i Odontologia de la Universitat de València. Responsable de la unidad de primeros episodios psicóticos del Hospital Clínico de Valencia.

CERTIFICA

Que el Licenciado en Psicología D. RAMÓN FALCÓ GOLLART ha realizado bajo mi dirección, en el Departament de Medicina de la Facultat de Medicina i Odontologia de la Universitat de València, el trabajo titulado:

“Localización y convicción en las alucinaciones auditivas en psicosis”

Y que reúne los requisitos para su lectura y para optar al grado de Doctor por la Universitat de València.

Para que conste y surta los efectos oportunos, firmo el presente certificado en Valencia a

Julio Sanjuán Arias

INDICE

1. Introducción	4
1.1 Historia	4
1.2 Las alucinaciones en la práctica clínica	9
1.3 Características de las alucinaciones	10
1.4 Clasificación de las alucinaciones	13
A. Alucinaciones orgánicas	14
B. Alucinaciones no orgánicas	15
C. Modalidades de alucinaciones	15
D. Pseudoalucinaciones	21
2. Hipótesis	38
3. Material y Método	39
3.1 Muestra	39
3.2 Análisis estadístico	40
3.3 Escalas	40
4. Resultados	44
4.1 Hipótesis específicas	44
4.2 Relación alucinaciones y psicopatología	51
5. Discusión	57
6. Conclusiones	68
7. Referencias	69
8. Anexos	83
<i>Anexo I. Consentimiento informado</i>	83
<i>Anexo II. Escalas</i>	87
<i>Anexo III. Datos complementarios estadística</i>	127

1. INTRODUCCIÓN

Las alucinaciones son síntomas comunes a diversos cuadros clínicos en psiquiatría, se presentan como un síntoma no asociado a una psicopatología concreta, al contrario, las alucinaciones se pueden presentar en gran diversidad de trastornos y con diferentes grados de intensidad.

El término alucinación, tal y como está aceptado hoy en día, se encuentra con la dificultad de la generalización en la práctica clínica, ya que debido a la diversidad de aplicaciones del mismo hay ausencia de una teórica universal que explique la funcionalidad del mismo y su aplicación en la práctica clínica.

Se trata de un término que pese a su claridad inicial y aceptación general, se presenta como ambiguo a la hora de profundizar en su significación clínica y valor diagnóstico cuando hay que asignarlo a determinadas psicopatologías, ya que las alucinaciones son un fenómeno que presenta gran dispersión en varios aspectos como origen, desarrollo, variedad, etc.

Las diversas modalidades sensoriales son susceptibles de ser el locus de inicio de la alucinación: alucinaciones auditivas, visuales, táctiles, olfativas, gustativas. En este contexto surge la duda de si todas las alucinaciones, independientemente de la modalidad sensorial en la que se presenten, tienen una significación clínica y diagnóstica clara y diferenciada, o simplemente son distintas formas de expresión de una misma sintomatología asociada a determinados trastornos, y que su forma de aparición no va ligada al trastorno en sí mismo sino a otras variables.

1.1 HISTORIA

El término *Allucinator* (Corominas, 1973) fue utilizado por primera vez por Cicerón refiriéndose al hecho del engaño, error, equivocación, un “desvío del recto camino de la razón”. El origen etimológico del término alucinación aparece definido como *allucinari*, forma derivada del idioma griego *alluso*, que viene a significar “tener el espíritu extraviado” (Roque Barcia, 1903).

Se encuentra una primera intención de definir el término alucinación en la historia antigua, en pasajes de la Biblia y en el mundo griego (Bennet, 1978; Jaynes, 1979; Slade y Bentall, 1988). Algunos importantes doctores de la iglesia y eruditos de la

antigüedad como San Agustín de Hipona, Santo Tomas de Aquino o Santa Teresa de Ávila ya hacían referencia al concepto alucinación, estableciendo diferencias entre las experiencias místicas e imaginativas que provenían de Dios, y las que provenían del diablo incitando a la realización del mal. Tenían establecidos unos criterios para diferenciar unas de otras (Sarbin y Juhasz, 1967).

En castellano, la primera vez que aparece el término alucinación está datado en el año 1499, y en la terminología médica el término es usado por primera vez por Fernel, médico francés, aproximadamente en el año 1674 (Lanteri-Laura y Del Pistoia, 1989).

A partir del siglo XIX comienzan a surgir teorías explicativas de la etiología de las alucinaciones (Berrios, 1990, 1994, 1996), surgiendo una primera distinción en dos tipos de alucinaciones:

- **Alucinaciones sensoriales.** Alucinaciones concebidas como percepciones
- **Alucinaciones no sensoriales.** Alucinaciones concebidas como imágenes

Las alucinaciones de tipo sensorial estarían más relacionadas con que estados fisiológicos alterados, como ingestión de sustancias tóxicas, estimulación eléctrica del cerebro o privación sensorial.

Antiguamente las alucinaciones se consideraban como un tipo de enfermedad con entidad propia, no estaban concebidas como la sintomatología concreta de una enfermedad, o común a muchas enfermedades con características similares.

En el siglo XIX ya se comenzó a catalogar las alucinaciones como parte de los síntomas característicos de determinadas psicopatologías (Berrios, 1994).

Autores como Fernel, Plater, Lavater o Arnold, daban un uso médico al concepto alucinación, pero no será hasta el XIX cuando aparece la primera mención del término alucinación en el ámbito médico y psiquiátrico, siendo Esquirol el que hizo el primer intento de unificación del término, estableciendo las alucinaciones como una categoría de síntomas uniformes y equivalentes (independientemente de la modalidad sensorial en la que se reproduzcan) y que pueden aparecer en determinadas patologías mentales como parte de sus características definitorias.

Esquirol hizo varias aportaciones en la conceptualización de las alucinaciones, estableció una diferenciación entre las alucinaciones y las ilusiones, afirmando que la alucinación, en contra de la ilusión, no es una falsa percepción por medio de los

sentidos que tiene lugar en el órgano periférico, sino que es un fenómeno que tiene lugar en el órgano central. Esquirol acercaba así la concepción de la alucinación al concepto de delirio, y la alejaba de la concepción que la define como error sensorial. Estas dos formas de concebir las alucinaciones llevaron en el siglo XIX a los psiquiatras franceses a la situación que se denominó “polémica de las alucinaciones” (Castilla del Pino, 1984; Trillat, 1991) según fuesen partidarios de una u otra tendencia a la hora de conceptualizar las alucinaciones. Algunos de los autores que apoyaron la postura de las alucinaciones como acción involuntaria de la mente fueron, además de Esquirol, Peisse, Sandrás, Brierre de Boismont y Buechez. En la postura contraria se encuentran los defensores de la alucinación como un error sensorial, Baillarger, Michéa, Garnier y Parchappe.

Históricamente en la práctica clínica también se ha planteado la posibilidad de que la presencia de alucinaciones no solamente sea la expresión de una psicopatología, sino que también se pueda dar en personas sanas (Berrios, 1996). Debido a las descripciones de personas sanas de sus propias experiencias alucinatorias, Brierre de Boismont en 1862 describió una categoría de alucinaciones presentes en personas psicológicamente sanas y a las que denominó: “Alucinaciones compatibles con la razón”.

Debido a los grandes avances que experimentan la medicina y la psiquiatría en el siglo XIX, surge la necesidad de diferenciar las alucinaciones psiquiátricas, producto de psicopatologías relacionadas con aspectos mentales y cognitivos, y las alucinaciones neurológicas, producto de alteraciones psicofisiológicas.

En pleno debate sobre la clasificación de las alucinaciones en dos grupos diferenciados, Tamburini (1881) publica un trabajo en el que engloba a todas las alucinaciones bajo un único epígrafe sin distinción alguna, formulando la hipótesis de que todas las alucinaciones provienen de la irritación de los centros cerebrales, sin tener un origen psiquiátrico. Esta postura no caló entre aquellos defensores de la existencia de alucinaciones de carácter psiquiátrico: las corrientes psicodinámicas.

Superado el intento de unificación de las alucinaciones bajo un mismo denominador común, surge el término “alucinosis”, haciendo referencia a las alucinaciones surgidas en enfermedades de carácter neurológico, en un intento de diferenciar claramente las alucinaciones que se dan en el ámbito psiquiátrico de aquellas

cuyo origen es neurológico. Las alucinaciones funcionales o psicóticas se introdujeron en el contexto semántico. Actualmente perdura esta diferenciación entre las alucinaciones de origen orgánico y las alucinaciones funcionales de origen psiquiátrico asociadas a trastornos psicóticos.

A finales del siglo XIX y a principios del XX se va afianzando en la psiquiatría europea la concepción de la alucinación como resultado de la desorganización de la personalidad del sujeto, Marie y L'Hermitte en Francia, y Goldstein en Alemania, abanderan esta concepción donde el paciente no diferencia lo fantástico de lo real (Lanteri-Laura y Del Pistoia, 1989). Se presenta la alucinación como consecuencia de otro fenómeno psicótico primario que sería el delirio. Esta concepción se presenta como una alternativa a la teoría en la que la alucinación sería consecuencia de la irritación de centros sensoriales.

En el siglo XX, Jaspers (1980) en sus trabajos sobre alucinaciones, atribuye a las alucinaciones las mismas características que los perceptos: objetividad y corporeidad, características que sitúan al objeto percibido en el espacio externo del sujeto. En otro plano se encontrarían las pseudoalucinaciones y las fantasías, que al carecer de corporeidad, se sitúan en el espacio interno del sujeto, espacio subjetivo. Lothane (1982) opina al respecto que no habría que confundir la viveza y realidad de la experiencia alucinatoria para el sujeto que la sufre, con la objetividad de la misma en cuanto a ser observable por otros, creándose en este momento una barrera entre ambas situaciones que diferencia claramente los fenómenos alucinatorios de los fenómenos perceptivos.

Desde el siglo XIX ya se busca una definición concreta del término alucinación, y se pueden encontrar las siguientes definiciones conceptuales de los principales autores:

Definición del término alucinación según diversos autores

- “Aquel que tiene la íntima convicción de percibir realmente una sensación, cuando ningún objeto externo capaz de producir tal sensación, aparece ante los sentidos” (Esquirol, 1838)

- “Lo que caracteriza a la alucinación, es que se presenta como un hecho extraño a la personalidad” (Baillarger, 1846)
- “La alucinación es una percepción sin objeto” (Falret, 1864)
- “Son imágenes sensoriales subjetivas que se proyectan al exterior, y por ello, adquieren rasgos de realidad y objetividad” (Griesinger, 1861)
- “Percepción sin objeto” (Ball, 1890)
- “Las alucinaciones son percepciones sin el correspondiente estímulo exterior” (E. Bleuer, 1924)
- “Percepciones corpóreas engañosas que no han surgido de percepciones reales por transformación, sino que son enteramente nuevas y se presentan junto y simultáneamente a las percepciones reales” (Jaspers, 1980)
- “Equivocaciones de los sentidos, es decir, que han de ser vivenciadas sensorialmente y no tan solo con el pensamiento” (K. Schneider, 1997)
- “Descripciones verbales de experiencias sensoriales, con o sin *insight*, que no están justificadas por un estímulo relevante” (Berrios, 1996)

Slade y Bentall (1988) establecen los criterios que debe reunir la alucinación para ser catalogada como tal, y la diferencian de la percepción real en los siguientes términos:

- Ocurre en ausencia de un estímulo apropiado
- Posee toda la fuerza o el impacto de la percepción real correspondiente
- No es susceptible de ser dirigida ni controlada voluntariamente por quien la experimenta

Hay que tener en cuenta que estos criterios también serían susceptibles de ser atribuidos a otras experiencias diferentes de la alucinación, como podrían ser los sueños. Estos autores, en la conceptualización de la alucinación, atribuyen la incapacidad de distinguir un objeto real de uno imaginado al déficit metacognitivo de discriminación de la realidad. Éste déficit vendría favorecido por un incremento en el nivel de *arousal* creado por el estrés, factores individuales de vulnerabilidad, estimulación ambiental, y expectativas de aparición de la alucinación (Belloch y cols., 1995).

1.2 LAS ALUCINACIONES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

La conceptualización de las alucinaciones en la actualidad parte de la diferenciación entre las alucinaciones psiquiátricas (acompañadas o no por otros síntomas psicóticos como los delirios) las pseudoalucinaciones (presentes en trastornos no necesariamente clínicos) y las alucinaciones orgánicas, que aparecen en estimulación cerebral, auras epilépticas, intoxicación por sustancias psicotrópicas o tumores (Berrios, 1985).

Las alucinaciones presentan poco valor diagnóstico en la práctica clínica debido a su inespecificidad, ya que cualquier tipo de alucinación puede estar presente en cualquier cuadro psiquiátrico. No obstante, para facilitar una diferenciación diagnóstica y poder asociar un tipo de alucinación a un cuadro clínico concreto, se han podido establecer relaciones en los distintos estudios realizados encontrándose tendencias significativas.

Por ejemplo las alucinaciones auditivas se relacionan con la esquizofrenia, algunos autores como Schneider (1997) las incluyen entre la sintomatología de primer orden. Sin embargo, otros autores (Berrios y Quemada, 1996) cuestionan la capacidad diferencial de las alucinaciones en el diagnóstico de psicosis, ya que algunos sujetos presentan más resistencia que otros a la alucinación en situaciones de alternación psicofisiológica (ingestión de drogas, privación sensorial, estimulación eléctrica del cerebro) y además, algunos cuadros delirantes como la esquizofrenia, manía, depresión o demencia, pueden cursarse indistintamente con o sin alucinaciones. Estos autores situarían el origen de las alucinaciones a la capacidad genética para crear imágenes.

Se encuentra dificultad a la hora de equiparar las alucinaciones visuales y auditivas con las gustativas, táctiles y cenestésicas. En las dos primeras modalidades

sensoriales es posible comprobar la autenticidad del estímulo frente a su alucinación, pero en las tres modalidades siguientes es difícil distinguir por medios externos y objetivos la realidad de la alucinación. Por ejemplo, es prácticamente imposible averiguar si el picor que sufre un paciente es real o alucinado, ya que solo tiene acceso a esta verificación el propio paciente (Berrios, 1994).

En la actualidad hay dos modelos explicativos de la etiología de las alucinaciones (David, 1999) existiendo la posibilidad de que los dos modelos sean aplicables a un mismo paciente con alucinaciones:

1. **Desinhibición cerebral.** La actividad cortical experimentada como alucinaciones se libera como consecuencia de una disminución del input sensorial
2. **Irritación cerebral.** Hay una excitabilidad cortical anómala en las áreas cerebrales relacionadas con la memoria sensorial

1.3 CARACTERÍSTICAS DE LAS ALUCINACIONES

Actualmente las alucinaciones se conciben en el marco de una concepción dimensional (concepción seguida también en los delirios) donde el fenómeno alucinatorio se sitúa en un continuo que va de la normalidad a la máxima conducta psicótica. Esta concepción (a diferencia de una concepción únicamente categorial) facilita el estudio del proceso de formación de las alucinaciones, y también su degradación.

A continuación se muestran las dimensiones atribuidas a la alucinación según distintos autores.

Horowitz (1975) en su modelo afirma que la alucinación surge de la confluencia de los siguientes factores:

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

Villagrán (1995) presenta los siguientes criterios en su caracterización de las alucinaciones:

1. **Actualización.** Frecuencia de aparición de la conducta psicótica
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 que se ven implicados en la conducta psicótica

Chen y Berrios (1996) atribuyen las siguientes características al fenómeno alucinatorio:

1. **Insight.** Conciencia de que el síntoma es producto de la propia mente
2. **Viveza.** Vaguedad o riqueza de detalles con que se percibe la alucinación
3. **Complejidad.** Riqueza en el número de detalles y componentes de la alucinación
4. **Localización.** Atribución del origen espacial
5. **Intensidad.** Severidad percibida del síntoma
6. **Control.** Grado de control voluntario
7. **Constancia.** Variabilidad a lo largo del tiempo
8. **Extravagancia.** Similitud con la percepción normal
9. **Situación.** Restricción a lugares específicos
10. **Atribución.** Atribución que hace el paciente de la alucinación, a una causa o hecho específico
11. **Relación con los delirios.** Extensión de la integración con delirios concomitantes

1.4 CLASIFICACIÓN DE LAS ALUCINACIONES

Atendiendo a la conceptualización histórica y actual de los diferentes tipos de alucinaciones, en este trabajo se propone una clasificación de las alucinaciones teniendo en cuenta cuatro criterios:

En primer lugar, alucinaciones orgánicas (alucinosis). Alucinaciones presentes en las enfermedades neurológicas o por estimulación cerebral.

En segundo lugar, alucinaciones no orgánicas (funcionales). Alucinaciones que aparecen en las enfermedades psiquiátricas.

En tercer lugar, una clasificación de las alucinaciones atendiendo a su modalidad sensorial u otras cualidades. Esta clasificación se realiza independientemente de que las alucinaciones se puedan presentar en cuadros orgánicos o en cuadros psiquiátricos.

En cuarto lugar, pseudoalucinaciones. Modalidad específica, que posee unas características concretas que la diferencian de las auténticas alucinaciones.

A. Alucinaciones orgánicas (alucinosis)

B. Alucinaciones no orgánicas (funcionales)

C. Modalidades de alucinaciones

D. Pseudoalucinaciones

A. ALUCINACIONES ORGÁNICAS (ALUCINOSIS)

Este término fue utilizado por primera vez por Wernicke (1906) haciendo referencia a las alucinaciones auditivas inducidas por el consumo de alcohol. Presentaban poca alteración de la conciencia, iban acompañadas de *insight* y tenían carácter vívido y amenazante (Berrios, 1985a).

Actualmente se aplica a tres situaciones diferentes (Berrios, 1985a):

1. Cuadros alucinatorios que se presentan sin poseer información previa
2. Estados alucinatorios que no cursan con delirios, delirium, ni confusión (Dupré y Gelma, 1911)
3. Cuadro diferenciado de las alucinaciones psicóticas (las que acompañan con delirios y reflejan una ruptura del sujeto con el medio) donde el sujeto presenta conciencia clara y puede reconocerlas como tales, o no (Claude y Ey, 1932)

La alucinosis presenta las siguientes características:

- Elevada estesia (imagen vívida)
- Anormal presentación de las imágenes (repetición, oscilaciones contextuales)
- Egodistonia. Falta de integración en la personalidad del paciente
- *Insight*. Conciencia de la irrealidad de las alucinaciones

La conceptualización realizada por Claude y Ey distinguiendo la alucinosis de las alucinaciones psicóticas es aceptada y adaptada por el *CIE-10* (OMS, 1992), sin embargo en el *DSM-IV* (APA, 1995) se prescindió de esta categoría diagnóstica presente en la edición anterior, *DSM-III R* (APA, 1988) donde si se mencionaba alucinaciones recurrentes debidas a causa orgánica. El *DSM-V* (APA, 2013) incluye entre sus categorías diagnósticas la de *Trastorno psicótico inducido por sustancias o medicamentos* y la de *Trastorno psicótico debido a otra afección médica*.

B. ALUCINACIONES NO ORGÁNICAS (FUNCIONALES)

Son las alucinaciones que se presentan en los cuadros psiquiátricos. Pueden ir acompañadas o no de otros síntomas psicóticos (delirios). Pueden estar ausentes en cuadros psiquiátricos donde habitualmente forman parte de la sintomatología representativa de la psicopatología, o estar presentes en trastornos donde no es habitual que formen parte de los síntomas ordinarios del cuadro clínico.

C. MODALIDADES DE ALUCINACIONES

Alucinaciones Visuales

Tradicionalmente han estado asociadas a trastornos de tipo orgánico como tumores, alcoholismo, intoxicación por drogas, enfermedades cerebrales vasculares, inmunológicas y degenerativas (L'Hermitte y Ajuriaguerra, 1936).

Se asocian a la patología del lóbulo temporal aquellas alucinaciones visuales con forma definida, y a la patología del lóbulo occipital se asocian las alucinaciones visuales sin forma (Lance, 1976; Peatfield y Rose, 1981; Berrios y Brooks, 1982; Hart, 1967)

También en la senectud suelen aparecer alucinaciones visuales a causa del excesivo número de horas frente al televisor (Safran y cols, 1981). Existe una categoría para encuadrar todas alucinaciones aparecidas en la vejez, independientemente de la existencia de cuadro clínico o de la ausencia de deterioro cognitivo, se denomina "Síndrome de Charles Bonnet" (Berrios, 1996).

Alucinaciones Auditivas

Las alucinaciones auditivas son las más comunes y las que suelen presentarse con mayor frecuencia. Existen dos submodalidades de alucinaciones auditivas:

- **Verbales.** Palabras sueltas, frases, discurso alucinatorio
- **No verbales.** Música, pasos, campanas, timbres, ruidos difusos, etc.

Se presentan en distinta cualidad, desde muy claras, nítidas y definidas, hasta muy vagas y difusas. Se pueden situar en el espacio interno del sujeto (dentro de su mente) o en el espacio externo (Castilla del Pino, 1984).

Las alucinaciones auditivas son características de la esquizofrenia, aunque pueden aparecer en otros cuadros como la alucinosis alcohólica o psicosis afectivas (Slade, 1976; Oulis y cols, 1995; Gastó, 1998)

Aquellas que se presentan en cuadros orgánicos constan de material fonético aislado (palabras, frases simples), las que se presentan en la esquizofrenia y psicosis depresivas tienen un contenido más elaborado, habitualmente en tercera persona (esquizofrenia) y en segunda persona (depresión psicótica), su contenido suele ser amenazador para el paciente.

Pueden afectar mucho a la vida del paciente, de forma que quede inhabilitado para cualquier tarea, o vivirse de forma ajena pudiendo llevar una vida relativamente normal. Las alucinaciones auditivas, de entre todas las modalidades, son las que poseen una mayor significación diagnóstica.

Alucinaciones Táctiles

Tienen poco valor diagnóstico, debido a que su presencia se ve ensombrecida por otra sintomatología alucinatoria de mayor entidad (Berrios, 1982). Son denominadas alucinaciones hápticas, y los pacientes sufren sensaciones de tipo pellizcos, toqueteos, picores, frío, calor. Pueden aparecer solas o acompañando a un cuadro delirante.

Presentan gran dificultad a la hora de distinguirla de ilusiones sensoriales debido a que solo pertenecen al mundo sensorial del sujeto, siendo imposible su comprobación objetiva.

Son típicas en la intoxicación por cocaína (Magnan y Saury, Clerambault) y por Belladona (Moerau de Tours) donde los pacientes describen que un bicho o un grupo de hormigas les recorre las venas. Se denomina psora imaginaria y formicación (Berrios, 1996).

Alucinaciones cenestésicas

Este tipo de alucinaciones se refiere a las experiencias internas del sujeto: dolor, hambre, placer, escalofríos, náuseas, fatiga, etc. (Berrios 1996).

En Francia se introduce el término cenestopatía para referirse a la alteración de la sensibilidad (Dupré, 1913). Dentro del término se diferencian las cenestopatías

dolorosas y las paraestésicas, cada una de las cuales se subdivide en cefálica, torácica y abdominal.

Los pacientes que sufren cenestopatias dolorosas informan que sienten sus órganos estirados, desgarrados, y los que sufren cenestopatías paraestésicas informan que experimentan picores, parestesias, etc.

Un ejemplo de estas patologías es la parasitosis delirante, en la cual los pacientes en plena conciencia, afirman que están infestados de insectos, arañas, hormigas. Este cuadro clínico puede estar acompañado de alucinaciones visuales.

Alucinaciones gustativas y olfativas

Fueron descritas por Baillarger y son bastante inusuales debido a la menor importancia de estos sentidos en la vida cotidiana. Se asocian a cuadros orgánicos como la migraña, la enfermedad de Parkinson, y también a cuadros psiquiátricos como la esquizofrenia y psicosis delirantes crónicas (parafrenia), donde van acompañadas por delirios muy estructurados (delirios de envenenamiento) y resistentes a la degradación (Malasi y cols, 1990).

Se sitúan tanto en el interior (proceso de putrefacción de los órganos del paciente) como el exterior del sujeto. Normalmente van asociadas las alucinaciones gustativas y las olfativas, en pocas ocasiones se presentan aisladas. Resulta complicado diferenciarlas de las ilusiones.

Alucinaciones Musicales

Las alucinaciones musicales son una modalidad poco común de alucinaciones y se sitúan en el ámbito de varias especialidades médicas: otológica, psiquiátrica y neurológica (Berrios, 1990; Luque y Sarramea, 2000). Consisten en la escucha por parte del paciente de canciones o melodías repetitivas. Según algunos autores también estaría dentro de las alucinaciones musicales la escucha de ritmos, acordes y otros componentes de la música distintos de la melodía.

Se hace esta distinción porque la localización cerebral de estos eventos musicales (melodía, armonía, ritmo) es distinta para cada uno de ellos, también lo es según si el paciente es músico o no, ya que la localización del ritmo en pacientes músicos es distinta que en pacientes que no lo son. También la descripción de las alucinaciones

musicales será más rica en detalles cuando el paciente es músico. La localización cerebral de los aspectos musicales cambia del hemisferio no dominante al dominante en el proceso de aprendizaje de la música (Bever y Chiarello, 1974).

En la historia de los compositores musicales se conocen varios casos de alucinaciones musicales debidas a enfermedades neuronales (Mitchell, 1995). El compositor checo Smetana padecía neurosífilis meningovascular y el compositor alemán Robert Schumann, aunque no se sabe con certeza su enfermedad, se especula con que sufría psicosis maníaco-depresiva, esquizofrenia o neurosífilis. Las causas de las alucinaciones musicales según Saba y Keshavan (1997) son:

- Irritación neuronal (fenómeno excitatorio)
- Liberación perceptual
- Recuerdos musicales parásitos no desaprendidos, presentes en la memoria y que se reproducen de forma autónoma periódicamente

Las alucinaciones musicales pueden darse en cuadros orgánicos y en cuadros psicóticos: pérdida de capacidad auditiva, lesiones cerebrales, procesos vasculares, encefalitis, consumo de sustancias y otros trastornos de carácter psiquiátrico (Berrios, 1990; Fuchs y Laute, 1992). Según Berrios (1990) las alucinaciones musicales se suelen dar con mayor frecuencia en el género femenino y en su edad avanzada, cuando confluyen sordera y lesiones cerebrales. En las alucinaciones provenientes de cuadros orgánicos se mantiene el *insight* y aparecen de forma repentina y aislada. Aquellas que aparecen en los trastornos psiquiátricos suelen ir acompañadas de otras modalidades alucinatorias (visuales, táctiles) y no media *insight* sobre ellas.

Alucinación del doble

Denominado en la práctica clínica autoscopia, consiste en un reflejo de la imagen del paciente en el espacio externo a modo de espejo. Se puede presentar en diversos grados de intensidad en la persistencia temporal, y en la consistencia o transparencia de la textura de la imagen. Puede darse en la totalidad del cuerpo o solo en alguna de sus partes. Normalmente va acompañada de una respuesta emocional posterior al visionado de la imagen. Literatos famosos como Maupassant o Poe, sufrieron alucinaciones de esta modalidad (McCulloch, 1992).

Este tipo de alucinaciones ha estado asociado a trastornos de despersonalización, desrealización, o disociación. Su origen se sitúa en la confluencia de diversas variables: sexo, edad, personalidad, antecedentes psiquiátricos, agotamiento extremo, etc., y en el caso más extremo, en la entrada de estados paranormales como la bilocación (capacidad de estar en dos lugares al mismo tiempo).

Fenómeno del miembro fantasma

La introducción de esta modalidad en el mundo de la psiquiatría estuvo a cargo de Charles Bell en el siglo XIX (Furukawa, 1990). Es un fenómeno que tiene lugar normalmente en sujetos que han sufrido amputaciones, aunque también se ha descrito en parapléjicos y en la avulsión del plexo braquial.

Los sujetos que lo sufren informan de que la sensación de la tenencia del miembro amputado es muy real, y se acompaña de las modalidades sensoriales típicas del miembro, siendo el dolor la que se presenta con más asiduidad y viveza, llegando a ser molesta para el paciente.

Antiguamente se creía que el origen de esta modalidad de alucinación estaba en las terminaciones nerviosas situadas en el extremo donde estaba el miembro amputado. En la actualidad el origen se sitúa a nivel central: sistema límbico, red neuronal cortical y lóbulo parietal (Melzack, 1997).

También se atribuye el origen de las sensaciones del miembro fantasma a la plasticidad neuronal, que permite establecer nuevas conexiones aun en ausencia de un miembro (Ramachandran y Blakeslee, 1999).

Otras modalidades de alucinaciones

- **Alucinaciones unilaterales.** Son aquellas que son desarrolladas por un solo miembro sensorial: un ojo o un oído (Calmet, Baillarger)
- **Alucinaciones pedunculares.** Relacionadas con infartos talámicos, hemorragias subaracnoideas (Luque y Jaquotot, 1997). Conceptualizadas por L'Hermitte (1922) son de contenido diverso, figuras pequeñas, etc. En la actualidad se especula en que su origen se debe a la pérdida parcial o total de la visión (Geller y Bellur, 1987)
- **Alucinaciones liliputienses.** Es una modalidad en la que se percibe a hombres o mujeres de pequeña estatura, con colores vistosos y en forma de representación teatral (Leroy, 1922). Tienen lugar en trastornos orgánicos y funcionales
- **Alucinaciones hipnagógicas e hipnopómpicas.** Tienen lugar al principio y final del sueño respectivamente. Se suelen presentar en la narcolepsia (Ohayon y cols, 1996) y también en sujetos normales que pasan por una situación concreta o están en un determinado momento de elevada activación fisiológica. Suelen constar de imágenes involuntarias, de las cuales el sujeto tiene consciencia de su anormalidad

Ilusión

La ilusión tiene una entidad propia, pero se ha incluido en el apartado clasificatorio de las alucinaciones según su modalidad sensorial u otras cualidades. Etimológicamente el término proviene del latín “engaño”. Esquirol ya hizo un intento de diferenciarlas de las alucinaciones al considerarlos errores sensoriales provocados por las ideas y distorsiones en la interpretación de perceptos captados por los sentidos.

El origen de la ilusión es más periférico debido a la alteración de las terminaciones nerviosas, a diferencia de las alucinaciones que se situarían más en el ámbito central. El significado común que le otorgan al término la mayoría de autores es el de una distorsión perceptual de un estímulo captado adecuadamente (Berrios, 1988, 1996). Kräupl Taylor (1966, 1983) hace una descripción de la ilusión al afirmar que al objeto se le dota de unos atributos inexistentes (ilusiones atributivas) y de un significado que no se corresponde con la realidad (ilusiones interpretativas).

Se suelen reproducir en sujetos normales que pronto caen en la cuenta del error perceptivo. En psicosis tóxicas y agudas, así como en trastornos delirantes crónicos, persiste el error, a diferencia de su aparición en sujetos no clínicos.

D. PSEUDOALUCINACIONES

En primera instancia el término pseudoalucinación incurre en una *contradictio in terminis*, ya que pretende describir como falso un fenómeno que ya de por sí es falso, o sea, una falsa percepción de la percepción falsa. El concepto pseudoalucinación pretende distinguir las alucinaciones verdaderas con todos sus atributos, de aquel fenómeno de similar naturaleza pero que no es una alucinación (Villagrán y Luque, 1994).

Este término fue utilizado por primera vez por Hagen (1868) para hacer referencia a ilusiones y errores sensoriales que tienen lugar en los sujetos sanos en el momento antes de dormirse o al despertar (alucinaciones hipnagógica e hipnopómpicas) y que a pesar de su involuntariedad, los sujetos tienen plena conciencia de su falta de adecuación al mundo real. Se ha diferenciado la pseudoalucinación de la alucinación en base a dos criterios básicos: en la pseudoalucinación el sujeto presenta *insight* (convicción de la irrealidad del fenómeno) y tiene lugar en el espacio interno del sujeto, frente a la proyección externa de la alucinación, y a la ausencia de *insight*. El término se ha utilizado en diversidad de situaciones clínicas para referirse a alucinaciones en sujetos sanos, alucinaciones facticias en sujetos simuladores, a falsas percepciones en la remisión de las psicosis, percepciones normales que en un principio se asemejan a las alucinaciones, ilusiones, etc. Hay consenso en el contexto clínico en cuanto a la poca capacidad diagnóstica del término y su significado como síntoma psicopatológico.

A continuación se presentan definiciones del término pseudoalucinación hechas por autores relevantes.

Definiciones del término pseudoalucinación según diversos autores

- “Percepciones subjetivas que por su carácter y viveza se asemejan a las alucinaciones verdaderas excepto en que no poseen realidad objetiva” (Kandinsky, 1885)
- “Son imaginarias, carecen de corporalidad y objetividad y se sitúan en el espacio interno del sujeto” (Jaspers, 1977a, 1977b)
- “Experiencias sensoriales subjetivas de origen mórbido que no son interpretadas mórbidamente, porque son reconocidas por el paciente como no reales” (Hare, 1973)
- “Síntoma que puede observarse en el trastorno de conversión. Tipo de alucinación caracterizada por el mantenimiento del sentido de la realidad, la implicación de diferentes modalidades sensoriales, el contenido infantil, ingenuo y fantástico, y por tener un significado psicológico” (DSM-IV, APA, 1995)
- “Alucinaciones psíquicas: Percepciones puramente intelectuales que tienen su punto de partida en el ejercicio involuntario de la memoria y de la imaginación, y que son frecuentemente confundidas por los pacientes con las percepciones sensoriales. Son fenómenos ideativos puros, sin nada sensorial, que incluyen únicamente a las alucinaciones verbales y auditivas de los sujetos enfermos” (Baillarger)
- “Falsas alucinaciones: aquellas imágenes mentales que aparecen a la fuerza pero que no se convierten en percepciones externas ni alteran la estabilidad del self” (Michea; en Sedman, 1966)

- “Pseudoalucinaciones verbales: voces internas distintas a las alucinaciones verdaderas, cercanas a las imágenes verbales” (Séglas)
- “Aquellas pseudopercepciones de completa claridad sensorial y de localización normal, mas cuyo carácter ilusorio es reconocido” (E. Bleuler)
- “Fenómenos intermedios entre imágenes y alucinaciones” (Gadelius; en Sedman, 1966)

Otros autores también realizan aportaciones en la conceptualización del término pseudoalucinación: Galton (1883) postula una variabilidad natural en los sujetos sanos para la producción de imágenes visuales, lo que significa que existe un continuo en el cual se situaría las imágenes más vívidas producidas por sujetos con esta capacidad muy desarrollada, y algunas variedades de alucinación. El psiquiatra ruso Kandinsky fue el que realizó por primera vez la distinción entre pseudoalucinación y las imágenes mnésicas o alucinaciones auténticas. Kandinsky diferenciaba las pseudoalucinaciones de las alucinaciones en su carencia de objetividad y realidad, a pesar de su viveza sensorial

Jaspers opina que las pseudoalucinaciones vienen a ser representaciones visuales con las características de las percepciones reales, y lo que las diferencia de las verdaderas alucinaciones es que carecen de objetividad externa, situándose en el espacio interior del sujeto. Encuentra cercanas las representaciones internas normales con las pseudoalucinaciones, y sin embargo aleja las pseudoalucinaciones de las verdaderas alucinaciones. Jaspers afirma que algunos pacientes intentan dar sentido de realidad a sus pseudoalucinaciones en un intento de explicar su aparición involuntaria, pero esto no significa que haya una transición entre las pseudoalucinaciones y las alucinaciones.

Los primeros autores que profundizaron en las pseudoalucinaciones realizando una investigación profunda fueron Reda y Vela en 1957 (en Sedman G., 1966). Tras una revisión sistemática de la información existente sobre el fenómeno, llegaron a las siguientes conclusiones en cuanto a las características que poseían las pseudoalucinaciones:

- Tienen lugar en el espacio interno del sujeto
- Presentan un aspecto formal similar al de las imágenes
- Realizan su aparición de forma espontánea
- Son independientes de la voluntad
- Son psicológicamente comprensibles en cuanto a contenido
- No poseen realidad externa
- El juicio de realidad está conservado

Reda y Vela consideran las pseudoalucinaciones como fenómenos inespecíficos, presentándose de igual forma en distintos cuadros clínicos.

En torno a la interpretación de las pseudoalucinaciones han surgido distintas escuelas en Europa diferenciadas en cuanto a su concepción (F. Kraupl Taylor).

Tradición anglosajona. Concibe las pseudoalucinaciones como un fenómeno reconocido por el paciente, y que se da por igual en sujetos sanos y enfermos. Incluye la percepción interoceptiva del sujeto. Se concibe como una pseudoalucinación percibida (Taylor, 1981)

Tradición germana. Las pseudoalucinaciones se consideran como representaciones de un fenómeno que tiene lugar en el interior del sujeto. Se concibe la pseudoalucinación como imaginada. Kandisky, Jaspers, Bumke, Lange, son algunos de los autores afines a esta concepción

Psiquiatría francesa. Concibe las pseudoalucinaciones como un subtipo de alucinaciones que carecen de la objetividad espacial de éstas, y están desprovistas de sensorialidad. Se situarían más cerca de las representaciones mentales que de las percepciones. Autores que siguen esta interpretación son, Regis, Ey, Bernard y Trovué, Lanteri-Laura y Del Pistoia

Tradición española. Se sitúa más cerca de la tradición francesa o alemana, y son autores afines a esta tradición Vallejo, Ochoa, y De la Puente. También en España otro autor, Castilla del Pino, conceptualiza la pseudoalucinación como “alucinación inmediatamente criticada”, acto mediante el cual el sujeto afectado reconoce la anormalidad del evento y no le da tiempo a estabilizarse. Castilla del Pino concibe las pseudoalucinaciones como fenómenos no psicóticos

Ante las diversas posibilidades en la interpretación de las pseudoalucinaciones como fenómeno clínico, diversos autores se han posicionado históricamente a favor de una u otra tendencia:

- La concepción de la pseudoalucinación como un trastorno de la percepción frente a su origen ideativo, está respaldada por autores como Falret, Esquirol, Ball, y afirma que hay una percepción sin objeto. Sería un tipo de alucinación con características específicas de ideas y representaciones. El modelo incurre en contradicciones
- La concepción del trastorno como un fenómeno normal es una postura apoyada por autores como Hagen, Müller o Castilla del Pino que consideran las pseudoalucinaciones como variantes de las alucinaciones hipnagógica o hipnopómpicas de origen no mórbido y que se puede dar en sujetos normales
- Otros autores consideran este trastorno como plenamente patológico, Ey, Baillarger, Séglas, Bleuler, Reda y Vela

- En el término medio de estas concepciones se encuentra Hare, quien postula una concepción mixta donde las alucinaciones y pseudoalucinaciones se encuadren en una categoría amplia, donde tengan cabida tanto los fenómenos de carácter patológico, como aquellos que tienen lugar en sujetos sanos. Llegados a este punto, se restaría significación clínica y utilidad diagnóstica a ambos conceptos por su vaguedad

Los dos criterios más aceptados a la hora de establecer diferencias entre las pseudoalucinaciones y las alucinaciones son: la presencia de *insight* (convicción de la irrealidad de la percepción), y la situación del fenómeno en el espacio interno del sujeto (Lera y cols., 2011).

El *insight* suele estar ausente en las alucinaciones y presente en las pseudoalucinaciones, con independencia de la consideración patológica o no del síntoma. La presencia de *insight* en las alucinaciones podría ser indicativo de un menor grado de patología. Su ausencia podría ser un indicador de una patología más grave. El *insight* suele estar más relacionado con las pseudoalucinaciones que con las verdaderas alucinaciones.

La localización externa de las alucinaciones frente a la localización interna de las pseudoalucinaciones ha sido un criterio básico para diferenciar un tipo de otro (Kandinsky, Sedman, Aggernaes), aunque también nos podemos encontrar con sujetos patológicos en los cuales las alucinaciones se producen en su espacio interno, frente a la localización habitual en el espacio externo.

Van der Zwaard y Polak (2001) realizan una revisión de la concepción del término pseudoalucinación por diversos autores:

Conceptualización de la pseudoalucinación según diversos autores

- Goldstein y Bleuer coinciden en sus respectivos estudios en definir la pseudoalucinación como un tipo de psicopatología de la percepción en la cual el sujeto no ha perdido el contacto con la realidad, y percibe los estímulos en su mundo interno correctamente (a diferencia de la alucinación, en la cual el sujeto percibe en su mundo externo, aquellos estímulos que no están presentes

realmente). La diferencia radica en que el sujeto percibe unos estímulos en su espacio interno, los cuales percibe como irreales e involuntarios, ajenos a su control

- Jaspers encuentra diferencias entre los términos pseudoalucinación y alucinación en la intensidad sensorial de las mismas. En lo referente a la volición, claridad y detalle, las pseudoalucinaciones pueden tener similitud con las alucinaciones, pero no en la evidencia corpórea de las mismas
- Sedman realizó un estudio empírico sobre pseudoalucinaciones sacando las siguientes conclusiones:
 - Localización interior
 - Intensidad sensorial baja
 - Percepción de la realidad intacta
 - Asociada a personalidad inestable, no a trastornos de carácter psicótico: “Voces que se generan dentro de la mente, no en el espacio exterior, y no pueden controlarse por la voluntad”
- Kaplan y Sadok. Estos autores recomiendan el uso del término alucinaciones parciales, frente al uso del término pseudoalucinaciones
- Pennings y Romme afirman que la localización interior de las voces no parece ser una característica exclusiva de las pseudoalucinaciones, ya que en diversos casos de alucinaciones sufridas por esquizofrénicos también se da localización interior

En su revisión, Van der Zwaard y Polak sacan las siguientes conclusiones en lo referente a las pseudoalucinaciones:

Conclusiones sobre las pseudoalucinaciones de Van der Zwaard y Polak

- Generalmente hay tendencia a utilizar el término alucinaciones de carácter no psicótico frente al uso del término pseudoalucinaciones
- Las diferencias de las pseudoalucinaciones con las alucinaciones son básicamente dos:
 - Localización interna de las pseudoalucinaciones, frente a la localización externa de las alucinaciones.
 - Percepción de la realidad intacta en los pacientes que presentan pseudoalucinaciones, frente a una ruptura con la realidad en los pacientes que presentan alucinaciones
- Las alucinaciones presentan tres características básicas:
 - Ocurren en ausencia del estímulo sensorial correspondiente
 - Suceden de forma involuntaria
 - Son consideradas reales por el sujeto alucinador (esta característica es diferenciadora de las pseudoalucinaciones, ya que éstas son percibidas como irreales en el sujeto que las sufre)
- Las alucinaciones hipnagógicas e hipnopómpicas no pueden ser consideradas como signos de psicopatología. La tensión y la ansiedad pueden ser favorecedores del aumento de alucinaciones o de la probabilidad de que estas ocurran
- Las obsesiones e ideas recurrentes y persistentes egodistónicas, así como las compulsiones a realizar determinadas conductas, tienen similitud con las pseudoalucinaciones

- En la repetición de fragmentos musicales o ideas, la diferencia con las pseudoalucinaciones es que los primeros tienen un carácter voluntario aunque intrusivo, y el sujeto tiene cierto dominio sobre ellos
- La evidencia lleva a pensar que las pseudoalucinaciones no pueden distinguirse fácilmente de las alucinaciones, la reexperimentación, u otro tipo de psicopatologías como el trastorno disociativo
- Permanece la incertidumbre de si las pseudoalucinaciones pueden llegar a ser tan vívidas como las alucinaciones
- Las pseudoalucinaciones han sido siempre asociadas a las patologías perceptivas de dos sentidos: visión y audición. No se ha investigado lo suficiente sobre otras modalidades sensoriales

En opinión de los autores del artículo, el término psicosis debe ser utilizado con cautela a la hora del diagnóstico, debido a su fácil camuflaje con sintomatología pasajera de trastornos menos severos y debido a situaciones concretas o periodos de estrés del paciente.

A la hora de denominar el fenómeno pseudoalucinatorio estos autores prefieren utilizar el término alucinaciones pasajeras frente a los términos micropsicosis o pseudoalucinaciones. También concluyen que es más apropiado el uso del término alucinaciones no psicóticas que el término pseudoalucinaciones, ya que evita la denominación de pseudoalucinaciones como irreales o menos severas y además rompe la conexión entre alucinaciones y psicosis.

A la hora de diferenciar las pseudoalucinaciones de las alucinaciones, creen que son más importantes características como la voluntad, claridad o detalle, que la corporalidad.

Estos autores ofrecen una serie de recomendaciones para clasificar el término pseudoalucinación:

- A. Alucinaciones no psicóticas
 - 1. Aisladas
 - 2. Con imágenes interiores vividas
- B. Alucinaciones parciales
- C. Alucinaciones pasajeras

La clasificación del fenómeno alucinatorio, según estos autores, sería beneficiosa para los siguientes aspectos:

- Distinguir la percepción de la reexperimentación y la imaginación
- Clasificar la modalidad sensorial y su intensidad
- Distinguir la complejidad del fenómeno alucinatorio
- Identificar la localización interna o externa del fenómeno
- Comprobación del grado de realidad
- Duración en el tiempo, continuidad
- Conexión con los desordenes secundarios del pensamiento, obsesiones, distorsiones, traumas, etc.

Adityanjee (2000) analiza un caso real y afirma que las pseudoalucinaciones pueden ocurrir bajo una variedad de situaciones psicopatológicas distintas de la esquizofrenia, como pueden ser la depresión mayor, los trastornos de la personalidad, así como situaciones personales de soledad y desamparo. Algunos psiquiatras no prestan atención a este fenómeno, y diagnostican erróneamente como esquizofrénicos a pacientes con patologías que solamente llevan asociadas de manera aislada pseudoalucinaciones.

Las similitudes entre las pseudoalucinaciones y las alucinaciones hipnagógicas e hipnopómpicas, pueden llevar a pensar que su presencia no conlleva desordenes mentales de tipo psicótico. En lo referente al término pseudoalucinación, se debería delimitar su uso correctamente para evitar diagnósticos erróneos de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

El autor aporta datos para diferenciar pseudoalucinaciones de alucinaciones. Las pseudoalucinaciones pueden llevar asociado un diagnóstico menos grave que las alucinaciones. Este hecho debe ser tenido en cuenta para evitar etiquetas diagnósticas erróneas y que pueden incluir a un sujeto en una patología que realmente no padece.

Sanjuán y cols. (2007) realizó un trabajo en pacientes con alucinaciones auditivas persistentes. Se midió la activación cerebral mediante Resonancia Magnética Funcional por Imágenes. En los resultados se encontró que se produce un incremento de activación de determinadas áreas: la corteza orbitofrontal, corteza temporal, ínsula, corteza cingulada y la amígdala (lado derecho), en pacientes con alucinaciones auditivas cuando escuchan palabras que tienen una significación emocional subjetiva.

Se comprueba en este trabajo la relevancia de la respuesta emocional como desencadenante de las alucinaciones o pseudoalucinaciones así como de su persistencia y severidad, en concordancia con la propuesta de Adityanjee (2000).

Escartí y cols. (2010) en su trabajo busca analizar la actividad cerebral mediante Resonancia Magnética Funcional por Imágenes después de la presentación de estímulos auditivos emocionalmente relevantes en pacientes que presentan esquizofrenia con alucinaciones auditivas crónicas, y en pacientes con esquizofrenia pero sin alucinaciones auditivas.

En los resultados del estudio se observó que los pacientes con alucinaciones auditivas mostraban un incremento de activación en la amígdala y la circunvolución del

hipocampo en comparación con los controles y los pacientes que no presentaban alucinaciones auditivas. Proponen que dicha activación parece ser específica para alucinaciones auditivas, ya que no se presenta en pacientes psicóticos sin alucinaciones auditivas. Los resultados apoyan la hipótesis que propone que las anomalías de la amígdala pueden estar relacionadas con el componente afectivo de los síntomas positivos de la esquizofrenia.

Badcock (2010) intenta explicar los distintos mecanismos neurales que comportan la presencia de estímulos verbales o no verbales en las distintas modalidades de alucinaciones auditivas. Probablemente una disfunción común está presente en el fenómeno alucinatorio auditivo, por tanto un deterioro elevado del proceso perceptivo de la audición podría ser un factor para su explicación.

Las evidencias sugieren que las alucinaciones auditivas pueden tener tendencia a activarse espontáneamente en ausencia de estímulos externos, incluso en sujetos no clínicos. La actividad neural endógena presenta diferencias individuales que podrían servir para establecer una base neural funcional para las alucinaciones verbales y no verbales tanto en sujetos clínicos como no clínicos. Stéphane y cols. (Badcock, 2010) llevó a cabo un estudio en el cual se sugería que las experiencias alucinatorias podían venir de estructuras neurales intactas. Sin embargo datos más recientes de neuroimagen, indican que los pacientes con alucinaciones auditivas presentan reducciones de volumen en el giro temporal superior izquierdo y áreas no sensoriales, como el lóbulo prefrontal. Un estudio de Sokhi y cols. (Badcock, 2010) ha demostrado que las voces masculinas y las voces femeninas activan regiones distintas en los lóbulos temporales en oyentes sanos, por lo tanto el predominio de las voces masculinas en las alucinaciones auditivas puede apuntar a un funcionamiento anómalo del área cerebral responsable de éstas.

Algunos estudios confirman que las alucinaciones auditivas están asociadas significativamente a un déficit de inhibición intencional, mientras que la inhibición automática permanece intacta. Como consecuencia del déficit cognitivo de control, los sujetos realizan un esfuerzo voluntario por evitar la aparición de las alucinaciones, pero se produce un efecto paradójico, y las alucinaciones contrariamente se repiten.

Resultan eficaces las terapias de *mindfulness* ya que en lugar de la negación proponen la aceptación de la experiencia alucinatoria, como consecuencia desaparece más rápidamente debido a la ausencia de la fuerza contraria que pretende su inhibición.

Estos trabajos plantean la posibilidad de investigar la presencia de anomalías cerebrales en las alucinaciones. En la misma línea que estos estudios se abre la posibilidad de investigar si estas anomalías estarían presentes o no en las pseudoalucinaciones.

Sanjuán y cols. (2004) explica la importancia de los factores genéticos en la presencia de alucinaciones auditivas y su posterior desarrollo en pacientes con esquizofrenia. El trabajo busca encontrar la relación existente entre las alucinaciones auditivas y el polimorfismo del gen CCK-AR en una muestra de población española. En el estudio se incluyen pacientes que presentan alucinaciones episódicas y pacientes con alucinaciones persistentes. Los resultados del estudio apoyan el importante papel del gen CCK-AR en el surgimiento y posterior afianzamiento de las alucinaciones auditivas en pacientes con esquizofrenia. Se encuentra una asociación significativa entre el A1 (alelo C) y el genotipo A1A2 con las alucinaciones auditivas. Esta asociación se encuentra en el grupo que presenta las alucinaciones auditivas persistentes. De acuerdo con los resultados de este trabajo, se podría investigar si en las pseudoalucinaciones también existe esta asociación entre genética y alucinaciones.

Lera y cols. (2011) en su estudio sobre el *insight* en las alucinaciones auditivas, observa que los pacientes con alucinaciones persistentes muestran un menor *insight* que aquellos pacientes que sufren alucinaciones pasajeras o pacientes sin alucinaciones.

Encuentran que los pacientes que escuchan las alucinaciones dentro de su cabeza tienen mayor conciencia de la irrealidad de las mismas, frente a los pacientes que escuchan las alucinaciones en el espacio externo. El estudio de estos autores arroja unos resultados muy clarificadores con respecto a las características que diferencian alucinaciones de pseudoalucinaciones.

Por un lado se observa que la persistencia en el tiempo de las alucinaciones es un factor que influye en la percepción de la irrealidad de las mismas por parte del sujeto, a mayor persistencia temporal, menor *insight*. En estos términos, el carácter menos persistente de las pseudoalucinaciones lleva asociada la mayor presencia de *insight*.

Por otro lado, la percepción de las alucinaciones auditivas como un fenómeno que sucede en el espacio interno del sujeto confiere una mayor conciencia de su irrealidad. Importante hallazgo, en el sentido que la situación externa del fenómeno alucinatorio tradicionalmente ha ido asociado a mayor severidad y cronicidad temporal.

Read y Argyle (1999) realizan un trabajo sobre la presencia de sintomatología psicótica en los pacientes que han sufrido abusos físicos y/o sexuales en la infancia. En la revisión realizada sobre 15 estudios, se encuentra un alto porcentaje de pacientes con psicosis (64 %) que sufrieron algún tipo de abuso en su infancia. La psicosis es el diagnóstico que más correlación presenta con niños que sufrieron abuso en su infancia (el 77 % de niños internados con problemas psiquiátricos presentaron abusos sexuales en su infancia). Estos pacientes presentan una mayor probabilidad de tener hospitalizaciones más frecuentes, de recibir tratamiento con antipsicóticos, y mayor riesgo de conductas suicidas. En el estudio se investiga la relación entre tres de los síntomas positivos de la esquizofrenia y el abuso sexual sufrido en la infancia.

El trabajo plantea la siguiente cuestión: ¿Son pseudoalucinaciones, las alucinaciones que sufren los pacientes ingresados por abuso?

Se encontró que el 92 % de pacientes de sexo femenino que habían estado ingresados ambulatoriamente con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo, habían sufrido en la infancia abuso sexual o físico. El 77% de los pacientes con abuso sexual o físico presentaban alucinaciones y desórdenes del pensamiento, y los pacientes que sufrieron incesto tuvieron más sintomatología que los que habían sufrido abuso por un abusador extrafamiliar. Las alucinaciones eran frecuentes tanto en sujetos que sufrieron abuso físico como sexual. Los sujetos que sufrieron ambos, sexual y físico, presentaban más tendencia a tener alucinaciones que aquellos sujetos que solo sufrieron un tipo de abuso. Read y Argyle exponen que sus resultados confirman los estudios anteriores donde existe una alta frecuencia de alucinaciones auditivas entre los enfermos internados con historial de abuso sexual en la infancia. El abuso se relaciona a los desórdenes psicóticos como esquizofrenia, psicosis no especificadas y desórdenes depresivos. Los enfermos internados por abuso sexual eran propensos a la experimentación de delirios y de desórdenes del pensamiento, pero la tendencia a experimentar alucinaciones era mayor. El incesto se presenta como un trauma especialmente perjudicial, con alta probabilidad de experimentar alucinaciones.

El abuso sexual infantil parece estar relacionado con la presencia de los síntomas de la esquizofrenia, pero no necesariamente con un diagnóstico de esquizofrenia. Se puede afirmar que la sintomatología psicótica sufrida por las víctimas de abusos sexuales en la infancia es de carácter grave y persistente, con lo cual no es recomendable incluir en este cuadro sintomático la presencia de pseudoalucinaciones, asociadas tradicionalmente a trastornos de carácter moderado o leve y con carácter menos permanente.

En el mismo sentido, un estudio realizado en pacientes de sexo femenino, Ellenson (Read y Argyle, 1999) identificó un síndrome compartido y exclusivo de las víctimas que han sufrido incesto. Los síntomas se presentaban como perturbaciones del pensamiento: pesadillas, obsesiones, disociación y fobias; y como perturbaciones de la percepción: ilusiones y alucinaciones.

Heins y cols. (Read y Argyle, 1999) obtuvo en un estudio similar, resultados parecidos a los de Ellenson, pero en esta ocasión los síntomas fueron interpretados como pseudoalucinaciones, confiriéndoles una menor gravedad.

Es usual que médicos e investigadores asocien el abuso como un factor precipitante de síntomas psicóticos, y en particular de la esquizofrenia. Goff y cols. (Read y Argyle, 1999) encuentra en su trabajo una presencia de alucinaciones auditivas en el 74 % de pacientes con abuso sexual.

Fusar-Poli y cols. (2009) parte de la concepción de que las pseudoalucinaciones no tienen el mismo significado psiquiátrico que las alucinaciones verdaderas. Mientras que las alucinaciones auténticas se relacionan con un estado mental patológico ligado a las psicosis, las pseudoalucinaciones tienen menor significado diagnóstico y no necesariamente psicopatológico. Se analizan cinco casos de alucinaciones auditivas.

En los sujetos estudiados los síntomas no presentaron umbral suficiente para ser clasificados en DSM-IV con un diagnóstico de psicosis, aunque el episodio sufrido estaba asociado a un elevado riesgo clínico de presentar psicosis.

Estos autores encontraron que estos casos, seguidos por el equipo clínico en los siguientes meses, todos desarrollaron un episodio psicótico. Esto sugiere que la presencia de pseudoalucinaciones puede significar un riesgo de presentar psicosis de forma inminente.

La presencia de pseudoalucinaciones debería tenerse en cuenta en el momento de evaluar a jóvenes con tendencia o riesgo de presentar esquizofrenia, ya que pueden ser indicativas del desarrollo posterior de la enfermedad. De esta manera las pseudoalucinaciones se convertirían en un síntoma de advertencia.

Las pseudoalucinaciones, aun formando parte de un trastorno menos grave que los trastornos en los que se presentan las alucinaciones, puede ser un indicador de la evolución del estado psicopatológico del paciente a un grado mayor de severidad, y en consecuencia evolucionar a un trastorno psicótico más grave. Por lo tanto, la presencia de pseudoalucinaciones podría ser un indicador fiable y a la vez preventivo de un agravamiento en la sintomatología psicótica de pacientes con riesgo.

Brewin y Patel (2010) realizaron un trabajo sobre la presencia de las alucinaciones auditivas en el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). Las alucinaciones auditivas, normalmente asociadas a los trastornos psicóticos, también se han encontrado en algunos casos de TEPT por combate en las Fuerzas Armadas de EE.UU. El TEPT lleva asociada sintomatología disociativa (considerada como una respuesta al trauma y componente principal del trastorno). Las alucinaciones auditivas podían estar asociadas a una exacerbación de la sintomatología disociativa. Los resultados del estudio muestran que de un 20 a un 50 % de veteranos de combate presentaban sintomatología asociada las psicosis: alucinaciones auditivas o pseudoalucinaciones.

Hamner y cols. (Brewin y Patel, 2010) identificó características psicóticas entre veteranos de guerra. Un elevado porcentaje de veteranos con TEPT arrojaron resultados positivos en las pruebas de detección de síntomas psicóticos (resultados casi idénticos a los del trabajo de Brewin). Butler y cols. (Brewin y Patel, 2010) encontró que los veteranos de combate con TEPT frente a los que no presentaban TEPT presentaron alucinaciones, falsas percepciones, delirios y desordenes del pensamiento. Este autor sugiere la creación de un nuevo tipo diagnóstico bajo la denominación TEPT, pero con sintomatología psicótica, frente a la posibilidad de realizar un mal diagnóstico de esquizofrenia.

Brewin y Patel informaron que la mayor parte de pacientes con TEPT presentaron pseudoalucinaciones auditivas. Se confirmó que las alucinaciones auditivas estaban también presentes en los pacientes civiles con TEPT, y que las alucinaciones de los pacientes tenían las características de las pseudoalucinaciones.

Estos autores sugieren que las pseudoalucinaciones auditivas merecen estar reconocidas como característica asociada al TEPT y que podrían ser conceptualizadas mejor como síntomas disociativos que como síntomas psicóticos.

Slotema y cols. (2012) parte de la hipótesis de que las alucinaciones verbales auditivas en pacientes con trastorno de personalidad *borderline* (TBP) se consideran breves, menos severas y cualitativamente diferentes de los síntomas psicóticos en la esquizofrenia, por lo tanto, pseudoalucinaciones. En pacientes con TBP, los síntomas pueden ser más parecidos a los que experimentan individuos sanos.

Los resultados de su trabajo arrojan una similitud entre la sintomatología sufrida por pacientes con TBP y la sufrida en pacientes con esquizofrenia. Las alucinaciones en pacientes con TBP son más parecidas a las que sufren los pacientes con esquizofrenia, y menos parecidas a las que sufren individuos sanos en episodios micropsicóticos, por lo tanto, es preferible catalogar como verdaderas alucinaciones los síntomas sufridos por estos pacientes y evitar su trivialización al denominarlas pseudoalucinaciones o micropsicosis. Existe la posibilidad de que los pacientes con TBP que sufran alucinaciones auditivas, aun siendo de menor entidad, en un futuro puedan desarrollar un auténtico desorden psicótico como la esquizofrenia.

Schroeder, Fisher, y Schafer (2013) realizan un trabajo cuyo objetivo es revisar el predominio, fenomenología y tratamiento de los síntomas psicóticos en pacientes con trastorno de la personalidad *borderline*. Estos autores encuentran que entre el 20 y el 50 % de pacientes con TBP presentan sintomatología psicótica.

Los síntomas psicóticos, especialmente las alucinaciones, presentan alta prevalencia en pacientes con TBP. Los estudios sugieren que las alucinaciones en TBP son parecidas a los pacientes con otros desordenes psicóticos, pero el impacto emocional parece ser mayor en pacientes con TBP. Se utilizan los términos *pseudopsicosis* o *quasipsicosis* para definir los síntomas en estos pacientes, y sería recomendable evitarlos, ya que aunque los pacientes con TBP estén al límite entre la neurosis y la psicosis, cuando presentan sintomatología psicótica no es menos grave que la que presentan los pacientes diagnosticados como psicóticos.

Estos autores puntualizan que el término pseudoalucinaciones debería ser evitado para evitar la trivialización de la sintomatología de determinados trastornos, como el TBP.

2. HIPOTESIS

La localización interna o externa de las voces y la convicción sobre su adecuación a la realidad, son variables significativas en la conciencia de enfermedad y en la psicopatología general de los pacientes con psicosis.

3. MATERIAL Y MÉTODO

3.1 MUESTRA

La muestra estaba formada por 230 pacientes del Área 5 del Hospital Clínico de Valencia. Todos los sujetos firmaron un consentimiento por escrito para participar en el estudio, que previamente fue aprobado por el comité local de ética (anexo I).

El 33.8 % de los sujetos de la muestra eran de sexo masculino y el 66.2 % eran de sexo femenino.

La edad estaba comprendida desde los 19 años hasta los 77 años, siendo la edad media de la muestra 39.5 años. La etnia de la muestra era mayoritariamente caucásica, con el 97.4 % del total, el 1.7 % era de etnia gitana, y el 0.9 % de otras etnias. El estado civil estaba representado en 70.9 % soltero, 9.4 % casado, 11.8 % separado o divorciado, 3.4 % de viudo y el 2 % parejas con una convivencia superior a los 6 meses.

El nivel de estudios de la muestra presentaba un porcentaje del 5.1 % de analfabetos, 16.2 % saben leer y escribir, 43.4 % con estudios primarios, 0.5 % con estudios de E.S.O, 10.1 % con estudios de Formación Profesional, 17.2 % con estudios de Bachillerato, y el 7.6 % con estudios Universitarios.

En lo referente a la situación laboral de la muestra, el 16.0 % estaba en activo, el 3.3 % era estudiante, el 3.9 % se dedicaba a las labores del hogar, el 23.8 % se encontraba en situación de desempleo sin percibir ningún tipo de ayuda económica, el 6.1 % se encontraba en situación de desempleo percibiendo algún tipo de subsidio o ayuda económica del Estado, el 30.9 % se encontraba en situación de invalidez, y el 8.3 % era jubilado.

En lo relativo a la situación de convivencia de la muestra el 12.9 % de la muestra vivía solo, 47.4 % convivía con la familia de origen, 15.5 % tenía familia propia, 0.6 % eran descendientes, 0.6 % se encontraban sin domicilio, 6.5 % estaba institucionalizado, y el 2.6 % tenía una situación de convivencia distinta a las nombradas.

El 52.9 % de los sujetos integrantes de la muestra no había sufrido un acontecimiento vital en su vida, frente al 41.2 % que sufrió un acontecimiento vital, un 5.9 % sufrió algún tipo de acontecimiento importante sin ser considerado vital.

El 81.9 % de la muestra estaba diagnosticado con esquizofrenia, 8.9 % con trastorno esquizoafectivo, 0.8 % presentaba psicosis breve, 0.8 % trastorno delirante, 2.5 % trastorno bipolar, 3 % trastorno psicótico, 0.8 % depresión, 0.8 % psicosis atípica, y el 0.4 % psicosis tóxica.

3.2 ANALISIS ESTADÍSTICO

Para realizar el análisis de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS. Se realizó un análisis bivalente (Chi cuadrado), multivalente y regresión múltiple para el análisis de las diferencias significativas entre los grupos de alucinadores y pseudoalucinadores.

Se fija 0.05 como nivel de significación, es decir valores de $P < 0.05$ llevan a rechazar la hipótesis nula y se considera significación estadística.

En cuanto a las condiciones de aplicabilidad en el test Chi-cuadrado, se ha comprobado si las frecuencias bajo la hipótesis de independencia eran ≥ 5 , especificándose los casos en los que no se ha cumplido dicha condición.

3.3 ESCALAS (Anexo II)

PANNS

The Positive and Negative Syndrome Scale (Kay et al., 1987; adaptada al español por Peralta et al., 1994). La escala se evalúa mediante una entrevista semiestructurada de 30-40 minutos de duración. Consta de 30 ítems (síntomas) que se puntúan de 1 (ausente) a 7 (extremo). Está formada por tres subescalas: la positiva (PANSS-P) de 7 ítems, la negativa (PANSS-N) de 7 ítems y la de psicopatología general (PANSS-PG) de 16 ítems. Se acepta una cuarta escala, la llamada compuesta (PANSS-C) que resulta de restar la puntuación de la negativa a la de la positiva.

En la primera parte de la entrevista se anima al paciente a hablar de su enfermedad y sus circunstancias vitales generales. Esta parte no debe estar dirigida por el entrevistador, posteriormente se pregunta los posibles síntomas que han sido expuestos. Luego se indaga sobre posibles síntomas evaluados en la PANSS para valorar su existencia y severidad.

La parte final se debe focalizar en aquellas áreas en las que el paciente se mostraba a la defensiva o se mostraba ambivalente, tratando de establecer cierta confrontación para valorar la repercusión de esta actitud en la organización conceptual del paciente.

PSYRATS

The Psychotic Symptom Rating Scales (Haddock et al., 1999; adaptación española de González et al., 2002). Es una escala para medir las dimensiones de las alucinaciones auditivas. Consta de 11 ítems cada uno de los cuales se puntúa de manera ordinal (de 0 a 5). Se acompaña de una escala de delirios de 6 ítems con el fin de evaluar la dimensionalidad de los mismos.

CGI

The Clinical Global Impressions Scale (W. Guy, 1976). Es una escala descriptiva que proporciona información cualitativa sobre la gravedad del cuadro y sobre el cambio experimentado por el paciente con respecto al estado basal. Consta de dos subescalas:

- 1) Gravedad del cuadro clínico (GGI). Utiliza un único ítem en una escala de Likert de 8 valores desde 0 (no evaluado) hasta 7 (extremadamente enfermo)
- 2) Mejoría debida a intervenciones terapéuticas. También utiliza un único ítem en una escala de Likert de 8 valores desde 0 (no evaluado) hasta 7 (mucho peor) o de 5 valores. Existen versiones auto y heteroaplicada.

La CGI está adaptada más concretamente para el trastorno bipolar y la esquizofrenia.

GAF

Global Assessment of Functioning (DSM-IV-TR pag. 34). Se valora la gravedad del paciente y su evolución. Es un instrumento heteroaplicado que evalúa el funcionamiento global de los pacientes a lo largo de un continuo de salud-enfermedad. Consta de un ítem puntuado entre 1 (expectativa manifiesta de muerte) y 100 (actividad satisfactoria en una gama amplia de actividades). Proporciona una puntuación única sobre la actividad del paciente, a mayor puntuación, mejor nivel de actividad.

GEOPTE

Scale of Social Cognition for Psychosis (Sanjuán et al., 2006). Consta de 15 ítems, 7 para funciones cognitivas básicas y 8 para cognición social. Desarrollada por el grupo GEOPTE (Grupo Español para la Optimización del Tratamiento de la Esquizofrenia).

Recoge información de dos formas: desde la percepción subjetiva del propio paciente acerca de su déficit, y la del informante, familiar o cuidador del paciente. Está diseñada para medir cambios clínicos.

Los ítems son respondidos de forma autoaplicada por el paciente y por el cuidador. Del 1 al 7 recoge información sobre funciones cognitivas básicas y del 8 al 15 recoge información de la cognición social. Cada ítem tiene 5 posibles respuestas: 1. No, 2. Poco, 3. Regular, 4. Bastante, 5. Mucho.

KRAWIECKA

A standardized psychiatric assessment scale for rating chronic psychotic of schizophrenia (Krawiecka et al., 1977). Es un instrumento para valorar a los pacientes psicóticos crónicos, sobre todo esquizofrénicos. La escala se compone de 8 ítems que exploran los síntomas de 8 procesos: depresión, ansiedad, afecto aplanado e incongruente, retardo psicomotor, delirios, alucinaciones, lenguaje incoherente e irrelevante y pobreza del lenguaje, mutismo. Cada ítem se contesta siguiendo una escala tipo Likert de 5 grados (0-4 puntos). La puntuación total oscila de 0 a 32 puntos.

Se trata de un instrumento aplicado mediante entrevista clínica, el evaluador además de la información obtenida en la entrevista puede utilizar otras fuentes de información como historia clínica previa, familiares, etc. En todos los casos se evalúa la situación del paciente en la semana previa a la entrevista, excepto en el ítem de delirio que se evalúa el último mes.

BPRS

The Brief Psychiatric Rating Scale (Overall J.E., Gorham D.R., 1962). Escala breve de evaluación psiquiátrica. Es una escala heteroaplicada que mide gravedad de síntomas psicóticos y no psicóticos. Es especialmente útil en casos moderados y graves.

Consta de 18 ítems puntuados de 0 a 7, donde la puntuación de 0-9 es ausencia de trastorno, de 10-20 es un trastorno leve o caso probable, y la puntuación 21 o más es un trastorno grave o caso cierto.

La escala es administrada por un profesional clínico mediante la entrevista semiestructurada.

4. RESULTADOS

4.1 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

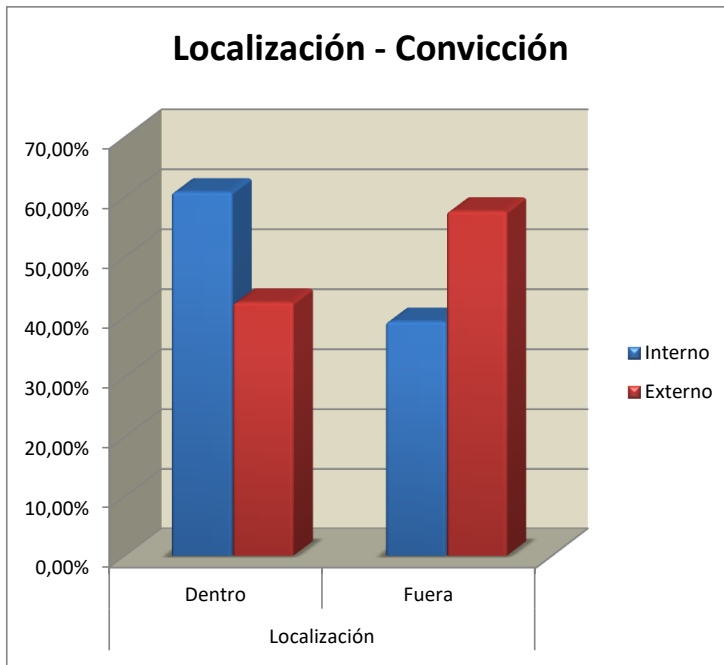
1. La localización de las alucinaciones tiene relación con la presencia de *insight*.

Se encuentra asociación estadísticamente significativa ($\chi^2 = 7.010$, $p = 0.008$) entre la localización de las voces y la convicción.

De los pacientes que afirman estar convencidos de que las voces que escuchan están dentro de su cabeza, el **60.8%** cuando las percibe, asegura que ocurren dentro de su cabeza. Estos pacientes tienen la convicción de que sus percepciones están localizadas en el espacio interior de su cabeza.

El **57.6%** de los pacientes que afirman oír las voces fuera de su cabeza, informan que cuando las perciben están situadas fuera de su cabeza. Estos pacientes tienen la convicción de que sus percepciones ocurren en el espacio externo.

		Convicción		Total
		Interno	Externo	
Localización	Dentro	60,8%	42,4%	48,7%
	Fuera	39,2%	57,6%	51,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%



2. La localización de las alucinaciones tiene relación con la intensidad, frecuencia, y duración.

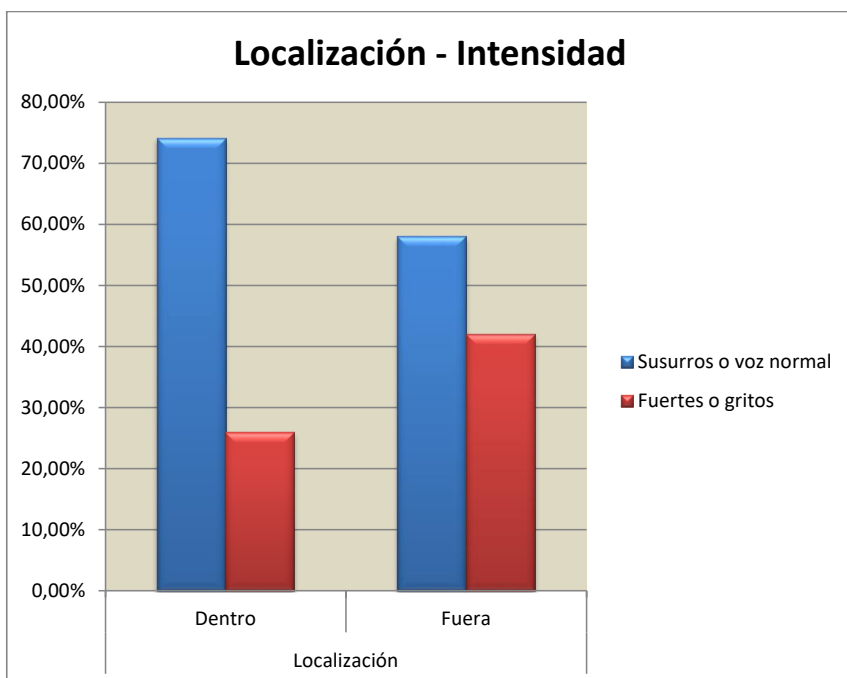
Se encuentra una asociación significativa entre la intensidad y la localización de las alucinaciones ($\chi^2 = 6.827$, $p = 0.009$).

El **74.1 %** de los pacientes que informan escuchar sus alucinaciones dentro de su cabeza, afirma que la intensidad con la que las perciben es media-baja, expresadas en voz normal o susurros.

De los pacientes que perciben sus alucinaciones fuera de su cabeza, el **42 %** las percibe con intensidad alta, fuertes o gritos.

Cuando los pacientes perciben las voces dentro de su cabeza tienden a oirlas con intensidad media-baja, voces normales o susurros. Cuando las perciben fuera de la cabeza tienden a escucharlas con intensidad media-alta, voz fuerte o gritos.

		Intensidad		Total
		Susurros o voz normal	Fuertes o gritos	
Localización	Dentro	74,1%	25,9%	100,0%
	Fuera	58,0%	42,0%	100,0%
Total		66,0%	34,0%	100,0%



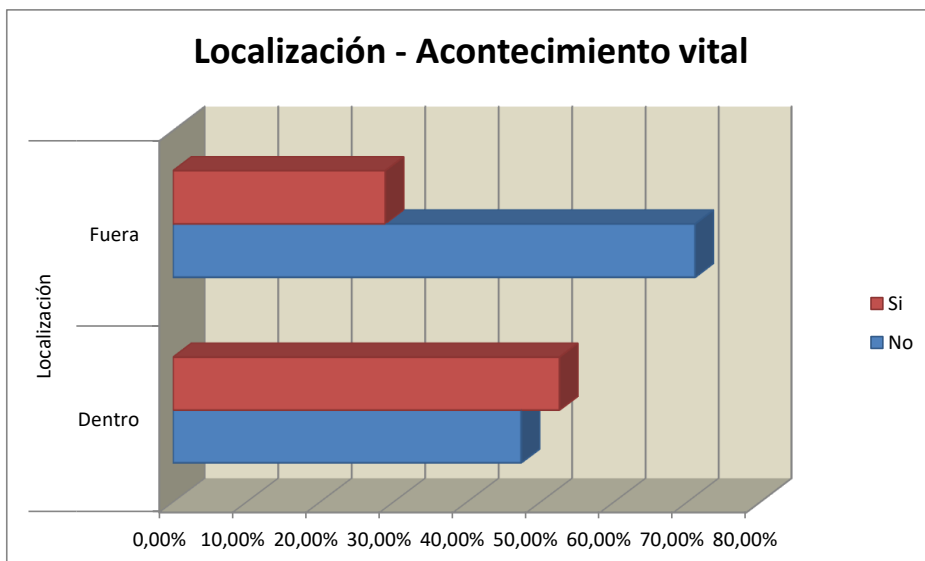
No se encuentra asociación significativa entre localización, frecuencia, y duración de las alucinaciones.

3. La localización de las alucinaciones tiene relación con la presencia de acontecimiento vital.

Se encuentra asociación estadísticamente significativa entre la presencia de acontecimiento vital en la vida del paciente y la localización de las alucinaciones ($\chi^2 = 5.213$, $p = 0.022$).

El **52.6 %** de los pacientes que tienen las alucinaciones dentro de su cabeza, informa de haber tenido en su vida la presencia de acontecimiento vital. El **28.9 %** de los pacientes que oyen las voces fuera informa haber tenido acontecimiento vital.

		Acontecimiento Vital		Total
		No	Si	
Localización	Dentro	47,4%	52,6%	100,0%
	Fuera	71,1%	28,9%	100,0%
Total		56,8%	43,2%	100,0%



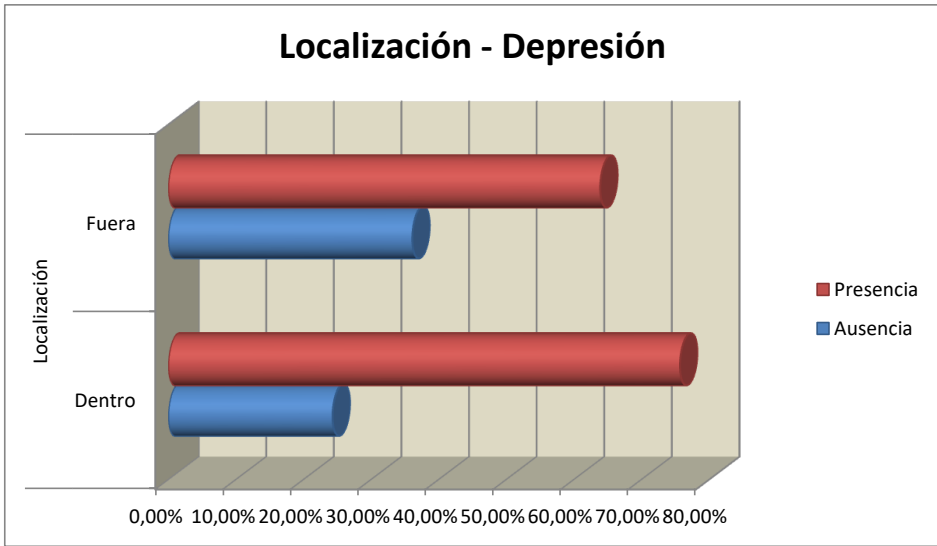
4. La localización de las alucinaciones tiene relación con la presencia de otras psicopatologías

No se encuentra asociación estadísticamente significativa a nivel 0.05, sin embargo si se considerase como nivel de significación 0.1, si se podría hablar de asociación entre la presencia de depresión y la localización de las alucinaciones ($\chi^2 = 3.612$, $p = 0.057$).

El **75.7 %** de los pacientes que percibe las alucinaciones dentro de su cabeza tiene depresión.

El **63.9 %** de los pacientes que escuchan las alucinaciones en el espacio externo de su cabeza tienen depresión.

		Depresión		Total
		Ausencia	Presencia	
Localización	Dentro	24,3%	75,7%	100,0%
	Fuera	36,1%	63,9%	100,0%
Total		30,1%	69,9%	100,0%



No se encuentra asociación significativa entre la presencia de ansiedad y la localización de las alucinaciones (Anexo III).

No se encuentra asociación significativa entre la presencia de delirios y la localización de las alucinaciones (Anexo III).

5. La localización de las alucinaciones tiene relación con la edad.

No se encuentra asociación estadísticamente significativa entre la edad y la localización de las alucinaciones (Anexo III).

6. La localización de las alucinaciones tiene relación con el nivel de estudios.

No se encuentra asociación estadísticamente significativa entre el nivel de estudios y la localización de las alucinaciones (Anexo III).

7. La localización de las alucinaciones tiene relación con el género.

No se encuentra asociación estadísticamente significativa entre el género (hombre / mujer) y la localización de las alucinaciones (Anexo III).

8. La localización de las alucinaciones tiene relación con el consumo de alcohol, tabaco, tóxicos, u otras drogas.

No se encuentra asociación significativa entre el consumo de tóxicos con la localización de las alucinaciones (Anexo III)

No se puede utilizar la prueba Chi-cuadrado para estudiar si hay relación entre la localización de las alucinaciones y el consumo de alcohol, tabaco u otras drogas, porque no se cumplen sus condiciones de aplicabilidad (Anexo III).

9. La localización de las alucinaciones tiene relación con la duración de la enfermedad.

No se encuentra asociación significativa entre la localización de las alucinaciones y la duración de la enfermedad (Anexo III).

4.2 RELACIÓN ALUCINACIONES Y PSICOPATOLOGIA

1. La presencia de alucinaciones tiene relación con la presencia otras psicopatologías

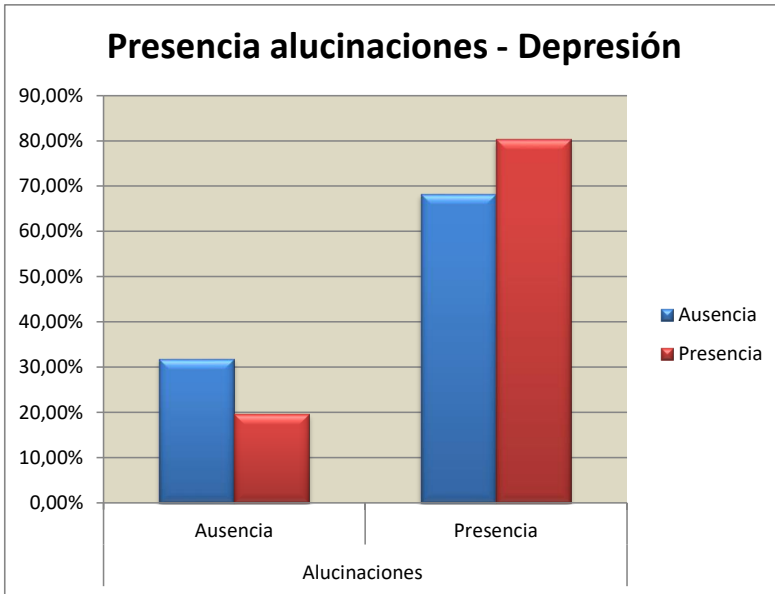
DEPRESIÓN

No se encuentra asociación estadísticamente significativa a nivel 0.05, sin embargo si se considerase como nivel de significación 0.1, si se podría hablar de asociación entre presencia de depresión y presencia de alucinaciones ($\chi^2 = 3.663$, $p = 0.056$).

El **80.3 %** de pacientes que tiene alucinaciones presenta depresión.

El **68.2 %** de pacientes que tiene alucinaciones no presenta depresión.

		Depresión		Total
		Ausencia	Presencia	
Alucinaciones	Ausencia	31,8%	19,7%	23,6%
	Presencia	68,2%	80,3%	76,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

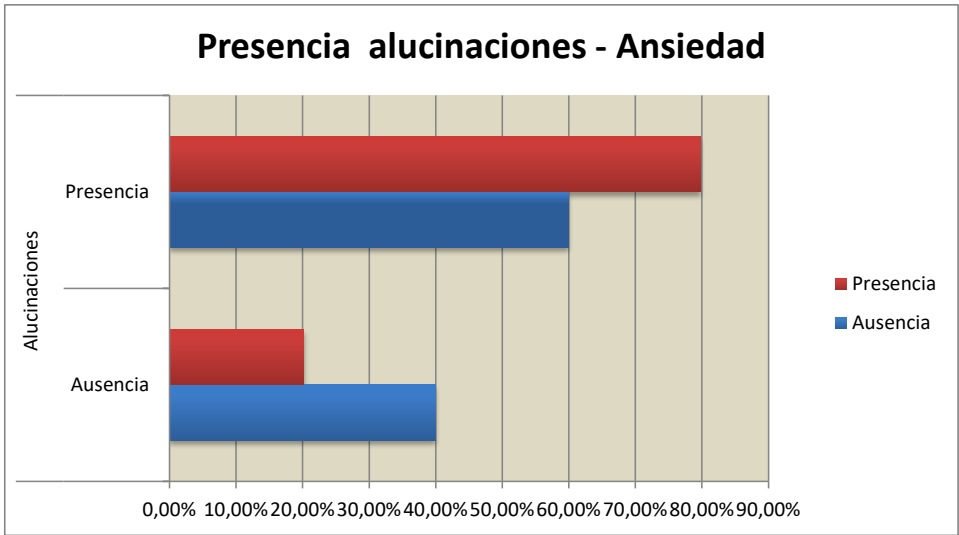


ANSIEDAD

Se encuentra asociación estadísticamente significativa ($\chi^2 = 6.317$, $p = 0.012$) entre la presencia de ansiedad y la presencia de alucinaciones.

El **79.8 %** de pacientes que tiene alucinaciones presenta ansiedad. El **60.0%** de pacientes que tiene alucinaciones no presenta ansiedad.

		Ansiedad		Total
		Ausencia	Presencia	
Alucinaciones	Ausencia	40,0%	20,2%	23,6%
	Presencia	60,0%	79,8%	76,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

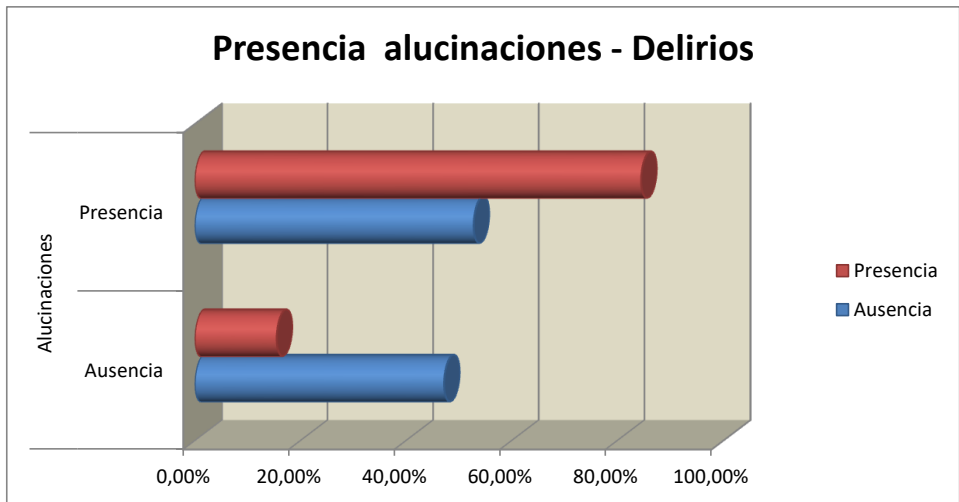


DELIRIOS

Se encuentra asociación estadísticamente significativa ($\chi^2 = 22.020$, $p = 0.000$) entre la presencia de delirios y la presencia de alucinaciones.

El **84.5 %** de los pacientes que tiene alucinaciones presenta delirios.

		Delirios		Total
		Ausencia	Presencia	
Alucinaciones	Ausencia	47,2%	15,5%	23,6%
	Presencia	52,8%	84,5%	76,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%



2. La situación laboral tiene relación con la presencia de alucinaciones

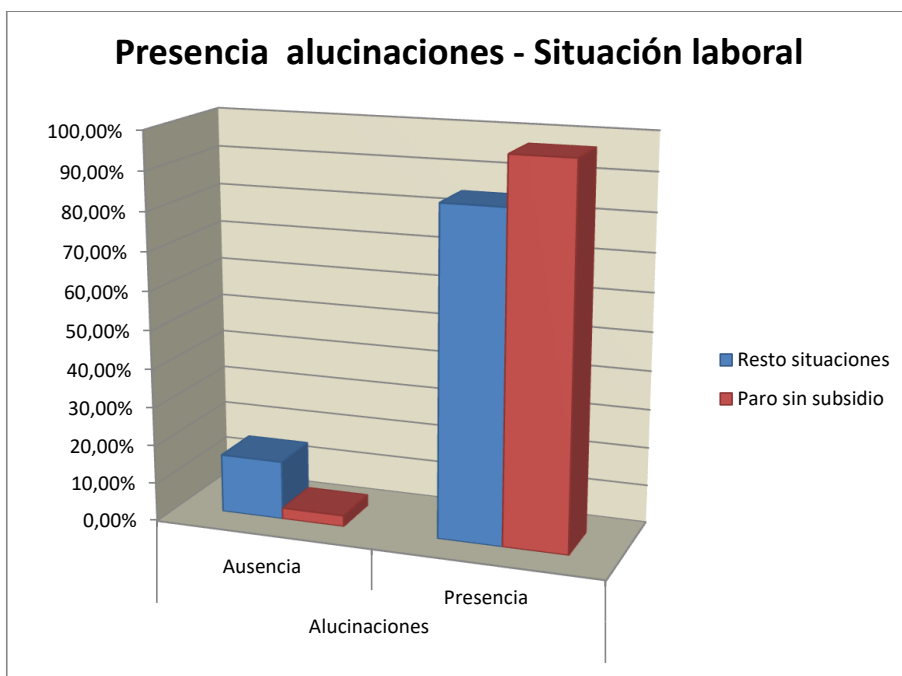
No se encuentra asociación estadísticamente significativa a nivel 0.05, sin embargo si se considerase como nivel de significación 0.1, si se podría hablar de asociación entre situación laboral y presencia de alucinaciones ($\chi^2 = 3.708$, $p = 0.054$)

El **97.1 %** de los pacientes que se encuentran en situación laboral de paro sin subsidio, presenta alucinaciones.

De aquellos pacientes que se encuentran en situación laboral distinta a paro sin subsidio (estudiante, labores del hogar, paro con subsidio, invalidez, jubilado) el **84.6 %** presenta alucinaciones.

Aunque no todas las frecuencias esperadas son mayores o iguales que 5, se cumplen las condiciones de aplicabilidad de la prueba Chi-cuadrado (anexo III).

		Situación laboral		Total
		Resto situaciones	Paro sin subsidio	
Alucinaciones	Ausencia	15,4%	2,9%	12,6%
	Presencia	84,6%	97,1%	87,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%



3. La ausencia de disponibilidad familiar tiene relación con la presencia de alucinaciones.

No se encuentra asociación estadísticamente significativa entre apoyo familiar y presencia de alucinaciones (Anexo III).

4. El nivel de estudios tiene relación con la presencia de alucinaciones.

No se encuentra asociación estadísticamente significativa entre el nivel de estudios y la presencia de alucinaciones (Anexo III).

5. Los antecedentes familiares en psicosis tienen relación con la presencia de alucinaciones.

No se encuentra asociación estadísticamente significativa entre la presencia de alucinaciones y los antecedentes familiares de 1º grado con psicosis (Anexo III).

6. La intensidad de las alucinaciones tiene relación con el consumo de tabaco, alcohol, tóxicos, u otras drogas.

No se encuentra asociación estadísticamente significativa entre el consumo de tabaco, alcohol, tóxicos, u otras drogas y la intensidad de las alucinaciones (Anexo III).

5. DISCUSIÓN

En el presente trabajo se encuentra asociación significativa entre la localización de las alucinaciones y la convicción de su irrealidad. Según los resultados obtenidos la localización interna de las alucinaciones es un indicador de que el paciente es consciente de la irrealidad de las mismas. El 60.8 % de los pacientes que escucharon las voces dentro de su cabeza, tuvieron la convicción de que éstas eran fruto de su mente y no sucedían realmente.

Teniendo en cuenta estos resultados, las dos características principales que diferencian pseudoalucinaciones de alucinaciones estarían estrechamente relacionadas, de modo que la presencia de *insight* podría llevar asociada en un elevado porcentaje de casos la localización interna de las voces.

Estos resultados van acorde a la línea de lo establecido por el trabajo de Goldstein y por los estudios realizados por Bleuer (Van der Zwaard y Polak, 2001), que definen la pseudoalucinación como un tipo de psicopatología de la percepción en la cual el sujeto no ha perdido el contacto con la realidad, y percibe en su mundo externo los estímulos correctamente (a diferencia de la alucinación, en la cual el sujeto percibe en su mundo externo aquellos estímulos que no están presentes realmente). La diferencia radica en que el sujeto percibe unos estímulos en su espacio interno como irreales e involuntarios, ajenos a su control.

En la misma dirección están los resultados del trabajo realizado por Sedman (Van der Zwaard y Polak, 2001) en el cual se caracteriza a las pseudoalucinaciones como un fenómeno de localización interior y percepción de la realidad intacta.

El hecho de establecer diferencias entre la localización interna y externa, puede llevar asociado un diagnóstico diferencial como consecuencia de la convicción del paciente en la realidad o irrealidad de la percepción. Lera y cols. (2011) en su trabajo encuentra que los pacientes que perciben las alucinaciones auditivas dentro de su cabeza presentan mayor conciencia de la irrealidad de éstas, que aquellos pacientes que perciben las alucinaciones fuera de su cabeza. Estos resultados refuerzan la relación existente entre el espacio mental donde se sitúan las alucinaciones (dentro-fuera) y el *insight* que el paciente tiene sobre las mismas. Las dos variables mencionadas son las características definitorias de las pseudoalucinaciones, con lo cual éstas pueden aumentar su valor diagnóstico.

Los pacientes que escuchan las voces dentro, tendrían más preservadas sus capacidades cognitivas básicas, pudiendo llegar a diferenciar los estímulos reales de los irreales. Un gran número de pacientes con esquizofrenia u otros trastornos psicóticos que sufren alucinaciones persistentes, informan de tener conciencia de su deterioro cognitivo, congruente con el deterioro cognitivo del que informan sus cuidadores (Sanjuán y cols., 2006). Este hecho puede establecer una distinción entre éstos pacientes y aquellos que presentan pseudoalucinaciones, que suelen ser conscientes de la ausencia de deterioro cognitivo y de la anormalidad de la sintomatología que sufren, manteniendo preservadas sus capacidades mentales.

En estos términos, adquiere mayor relevancia la opción de mantener el término pseudoalucinación como síntoma distinto a las verdaderas alucinaciones, ya que las pseudoalucinaciones presentan normalmente una localización distinta a las alucinaciones (espacio interno del sujeto las pseudoalucinaciones, espacio externo del sujeto las alucinaciones), aun cuando la localización interna no es exclusiva de las pseudoalucinaciones, ya que puede presentarse localización interna en algunos casos en las alucinaciones que tienen lugar en la esquizofrenia (Pennings y Romme, en Van der Zwaard y Polak, 2001).

En este trabajo se encuentra asociación estadísticamente significativa entre la intensidad y la localización de las alucinaciones. Los resultados sobre la variable intensidad de las alucinaciones apoyan la existencia de diferencias entre alucinaciones y pseudoalucinaciones. El 74.1 % de pacientes que afirmaron oír las voces dentro de su cabeza informaron que la intensidad con que oían las voces era media-baja. El 42 % de pacientes que escucharon las voces en el espacio externo, informaron que éstas eran de intensidad fuerte. Las pseudoalucinaciones, localizadas dentro de la cabeza, se suelen presentar con menor intensidad, las alucinaciones, localizadas en el espacio externo del sujeto se suelen presentar con mayor intensidad. Respecto a la duración y la frecuencia de las alucinaciones, en este estudio no se encuentra asociación significativa entre dichas variables y la localización de las alucinaciones.

Estos resultados tienen relación con la teoría de Jaspers (Van der Zwaard y Polak, 2001) que encuentra diferencias entre los términos pseudoalucinación y alucinación en la intensidad sensorial y la evidencia corpórea de las mismas, aunque puede haber similitud en la volición, claridad y detalle.

Los resultados también coinciden con la caracterización de las pseudoalucinaciones de Sedman (Van der Zwaard y Polak, 2001) en la cual se definen como un fenómeno de intensidad sensorial baja.

Brewin y Patel (2010) en su trabajo sobre la presencia de alucinaciones en el TEP (Trastorno de Estrés Postraumático) encontraron que tanto pacientes veteranos de guerra como pacientes civiles, ambos con TEP, sufrían alucinaciones auditivas que cumplían con los requisitos de ser pseudoalucinaciones. En sus conclusiones estos autores sugieren que se incluyan las pseudoalucinaciones en el diagnóstico de TEP como síntoma menos severo que las alucinaciones verdaderas, evitando así incluir a algunos pacientes con TEP en el diagnóstico de esquizofrenia.

El estudio realizado por Read y Argyle (1999) sobre la presencia de sintomatología psicótica, alucinaciones o pseudoalucinaciones, en pacientes que han sufrido abuso sexual en su infancia, concluye que estos pacientes sufren síntomas incluidos en el diagnóstico de esquizofrenia, aunque no propiamente se les pueda diagnosticar esquizofrenia. Las voces que oyen estas pacientes se podrían calificar como verdaderas alucinaciones, por severidad y persistencia, y no como pseudoalucinaciones, menos graves y persistentes.

Fusar-Poli y cols. (2009) también muestra unos resultados similares y describe las pseudoalucinaciones como trastornos menos graves que las verdaderas alucinaciones y no ligadas necesariamente a estados mentales con psicosis graves. Pero estos autores indican que la presencia de pseudoalucinaciones en trastornos de carácter pasajero y menos grave, puede ser una versión sutil y atenuada de verdaderos trastornos psicóticos en evolución, y por lo tanto pueden llegar a ser un indicador fiable de que su presencia puede progresar en dirección hacia trastornos psicóticos más severos durante el avance de la patología.

En su trabajo sobre la presencia de alucinaciones en el TBP (Trastorno Borderline de la Personalidad) Slotema y cols. (2012) partía de la hipótesis de que las alucinaciones en el TBP eran menos severas que las alucinaciones producidas en la esquizofrenia, por lo tanto se podían calificar como pseudoalucinaciones, similares a aquellas que sufren individuos sanos en situaciones de alta tensión emocional o episodios pasajeros de estrés elevado. Estos autores identifican las pseudoalucinaciones como de menor intensidad que las verdaderas alucinaciones.

Los resultados de su trabajo indicaban que las alucinaciones sufridas por los pacientes TBP son severas y similares a las alucinaciones sufridas en la esquizofrenia, sin que ello suponga el abandono de la concepción de las pseudoalucinaciones como una entidad menos severa que las alucinaciones, independientemente de que también se puedan producir alucinaciones verdaderas en trastornos en los cuales habitualmente no van asociadas, como el caso del TBP.

Schroeder, Fisher, y Schafer (2013) en un estudio sobre la sintomatología psicótica en pacientes con TBP, concluyen en la misma dirección que los autores anteriores, que la sintomatología psicótica de pacientes con TBP es igual de intensa que los pacientes con otros trastornos psicóticos de mayor entidad. Estos autores recomiendan abandonar la terminología utilizada para referirse a los episodios psicóticos de los pacientes con TBP, micropsicosis o quasipsicosis, y proponen utilizar una terminología que defina estos episodios psicóticos de los pacientes con TBP como verdaderas alucinaciones, similares a las sufridas por pacientes con esquizofrenia.

Uno de los factores que puede influir en la menor severidad de las pseudoalucinaciones puede ser la convicción que tiene el sujeto de que no son reales y que tienen lugar dentro de su cabeza. Esta toma de conciencia del fenómeno podría ser un atenuante que actúe sobre la intensidad de las pseudoalucinaciones. La sensación de control que tiene el sujeto sabiendo que el origen de las voces es interno, puede que disminuya la intensidad de las mismas. Si la percepción de las voces tiene lugar en el espacio externo del sujeto (verdaderas alucinaciones) éste no percibe control sobre las alucinaciones, ya que provienen de un lugar distinto a aquel donde él puede ejercer dicho control.

Se encuentra en este estudio asociación estadísticamente significativa entre la presencia de acontecimiento vital y la localización de las alucinaciones dentro de la cabeza. La localización interna parece estar influida por la presencia de un acontecimiento vital en la vida del paciente. Adityanjee (2000) en su trabajo propone que las pseudoalucinaciones pueden llegar a surgir en una gran variedad de situaciones psicopatológicas distintas a la esquizofrenia, como es la depresión, los trastornos de la personalidad, e incluso situaciones de duelo sobrevinido por acontecimientos vitales que ha sufrido el sujeto sin tener control sobre ellos (muerte de un familiar).

Sanjuán y cols. (2007) muestra en su estudio que hay una mayor activación en determinadas áreas cerebrales, producida por efecto de las palabras con contenido emocional de carácter subjetivo, en los pacientes con alucinaciones auditivas. Estos resultados apoyan la importancia de la respuesta emocional en el surgimiento y posterior evolución de la sintomatología psicótica, tanto en alucinaciones como en pseudoalucinaciones. Un acontecimiento vital podría ejercer una tensión emocional sobre el sujeto que favoreciese la aparición de alucinaciones o pseudoalucinaciones.

Brewin y Patel (2010) concluyen que los pacientes con Trastorno de Estrés Postraumático sufren síntomas que podrían ser calificados como pseudoalucinaciones. Estos resultados están en la misma línea que los obtenidos en el presente estudio, y refuerzan la postura de que la presencia de un acontecimiento vital o situaciones extremadamente estresantes, pueden llevar al sujeto a sufrir tensión emocional que curse con presencia de pseudoalucinaciones.

El acontecimiento vital o situación traumática podía ser un factor explicativo de la presencia de las alucinaciones que sufre el paciente. El hecho de que se produzcan en el interior de su mente y por lo tanto, que el paciente tenga conciencia de la anormalidad de las mismas, refuerza la hipótesis de que las alucinaciones menos severas, pseudoalucinaciones, pueden tener su origen en acontecimientos o situaciones anormales en las cuales el sujeto se ve desbordado por las circunstancias y sufra una hiperactivación emocional que favorezca el surgimiento de las pseudoalucinaciones.

En estos términos, la comprensión del paciente de que sus alucinaciones tienen su origen en un estado anormal de su organismo propiciado por un acontecimiento extraordinario en su ciclo vital, puede facilitar la remisión de las mismas cuando se establezca el nivel normal de funcionamiento del organismo ante la desaparición de las circunstancias que motivaron ese incremento de alerta en el organismo del paciente.

En este estudio se encuentra tendencia de asociación entre depresión y localización interna de las alucinaciones (no estadísticamente significativa con $P < 0.05$, si estadísticamente significativa con $P < 0.1$)

Las pseudoalucinaciones, menos severas que las alucinaciones, podrían tener un carácter más dependiente de otras patologías, en este caso depresión, presentándose de forma asociada a otros trastornos y formando parte de la sintomatología agravada de dichos trastornos. En esta dirección, el trabajo de Adityanjee (2000) concluye que las

pseudoalucinaciones pueden estar presentes en diversas psicopatologías en las cuales en principio no hay sintomatología psicótica, pero que pueden evolucionar hacia la presencia de psicosis, debido a la desestructuración de la personalidad del paciente por acontecimientos extraordinarios ocurridos en a lo largo de su vida.

Sedman (Van der Zwaard y Polak, 2001) afirma que las pseudoalucinaciones se relacionan más con rasgos de personalidad inestable, teniendo menos relación con otros desordenes psicóticos de mayor entidad. En estos términos, la presencia de una depresión u otra psicopatología podría llevar asociada sintomatología psicótica de menor intensidad (pseudoalucinaciones), que no produciría una ruptura extrema con la realidad y podría desaparecer con la remisión de la psicopatología principal.

En los resultados del presente trabajo no se encuentra asociación significativa entre la presencia de ansiedad o delirios y la localización de las alucinaciones. Tampoco se encuentra asociación significativa entre la localización y el género, edad, nivel de estudios, o el consumo de sustancias (alcohol, tóxicos, tabaco, otras drogas).

No se encuentra asociación significativa entre la localización de las alucinaciones y la duración de la enfermedad. No parece ser factor influyente, según los resultados de este estudio, el hecho de que las alucinaciones se presenten dentro o fuera de la mente del paciente para que se dé una mayor o menor duración en el transcurso de la enfermedad. Estos resultados caminan en dirección contraria a la hipótesis que promulga el modelo clásico en el cual se afirma que hay una evolución de las alucinaciones auditivas, que se escuchan en primera instancia fuera de la cabeza, y posteriormente, durante el avance de la enfermedad, dentro de la cabeza.

Los datos del estudio pueden llevar a concluir que la presencia de depresión es un indicador de que probablemente se puedan sufrir alucinaciones en estadios avanzados de la enfermedad (asociación no estadísticamente significativa con $P < 0.05$, si estadísticamente significativa con $P < 0.1$). Sin embargo, la presencia de ansiedad en el paciente podría ser un indicador fiable (asociación estadísticamente significativa, según los resultados de este trabajo) que durante el desarrollo de la patología pueda sufrir alucinaciones. También se encuentra asociación estadísticamente significativa entre la presencia de delirios y la presencia de alucinaciones. La relación entre ambas variables es muy acentuada. Se podría prever que la presencia de alucinaciones lleva asociada la presencia de delirios en mayor o menor medida.

No se encuentra asociación significativa entre apoyo familiar y presencia de alucinaciones. Entre aquellos pacientes que contaban con un apoyo familiar seguro, contrariamente a lo propuesto en la hipótesis, hay un mayor porcentaje de pacientes que sufren alucinaciones. Estos resultados indican que el contar con apoyo familiar no es un factor importante de protección frente al agravamiento de los trastornos y la presencia de alucinaciones. La presencia segura de familiares podría ser un factor influyente en el hecho de que los sujetos tengan un bajo nivel resiliencia y poca capacidad de afrontamiento ante circunstancias desencadenantes de episodios psicóticos. Por lo tanto puede que tengan mayor propensión a sufrir trastornos más severos que aquellos pacientes que al no contar con tal seguridad, han podido desarrollar determinadas estrategias de afrontamiento ante las circunstancias estresantes de su trayectoria vital, circunstancias que pueden desencadenar crisis psicóticas.

No se encuentra asociación entre nivel de estudios y presencia de alucinaciones. Los pacientes que tienen estudios medios o superiores no tienen menos alucinaciones que aquellos pacientes que solo tienen estudios primarios o no tienen estudios. En estos términos, los estudios medios o superiores no supondrían un factor preventivo de la presencia de alucinaciones, ya que con o sin estudios, el porcentaje de pacientes que presentan alucinaciones es similar.

Se encuentra asociación estadísticamente significativa entre la situación laboral y la presencia de alucinaciones. Se observa que la situación laboral más grave, parado sin percibir ningún tipo de ayuda económica, es un factor influyente en la presencia de alucinaciones, probablemente como síntoma agravado de otra psicopatología.

Otra situación laboral o social distinta de ésta, donde la percepción del paciente es de mayor control económico sobre su vida, puede llevar asociada una disminución de la presencia de alucinaciones asociadas a la psicopatología previa. Por lo tanto, la percepción subjetiva del sujeto de que la situación en la que se encuentra no es límite, puede ser un factor de protección frente al desmoronamiento psicológico y emocional que produce el verse en la situación económica más grave que puede producirse: sin trabajar ni percibir ningún tipo de ayuda.

Respecto a los antecedentes familiares de 1º grado que sufrieron psicosis, no se encuentra en este estudio asociación significativa con la presencia de alucinaciones. El hecho de haber tenido familiares que sufrieran psicosis a lo largo de su vida, no predispondría al paciente a sufrirlas de manera significativa.

En lo referente a la intensidad de las alucinaciones en relación con el consumo de tabaco, alcohol, tóxicos u otras drogas, no se encuentra en este estudio asociación estadísticamente significativa. La presencia de sustancias en el organismo no parece influir en la intensidad de las alucinaciones según estos resultados, con lo cual, una vez surgidas las alucinaciones no necesitan de ayuda externa para alcanzar cualquier nivel de intensidad, aunque el consumo de sustancias puede que si sea un detonante para el inicio de las alucinaciones.

Los resultados del presente trabajo caminan en la dirección de continuar manteniendo la diferenciación entre alucinaciones y pseudoalucinaciones (u otra denominación propuesta por algunos autores: alucinaciones pasajeras, micropsicosis, alucinaciones no psicóticas...). Las características principales que definen las pseudoalucinaciones, localización interna y convicción del paciente de la irrealidad de las mismas, se ven ratificadas en este trabajo como variables diferenciadoras respecto a las alucinaciones.

Aunque existan casos en los cuales las alucinaciones verdaderas comparten características con las pseudoalucinaciones, o éstas se encuentren en pacientes con trastornos psicóticos más severos (donde lo habitual es encontrar alucinaciones), la presencia de un término que distinga las verdaderas alucinaciones de otro fenómeno de menor intensidad puede ser beneficiosa para realizar diagnósticos diferenciales.

Siguiendo la misma dirección que Adityanjee (2000), la inclusión de las pseudalucinaciones como parte de la sintomatología de trastornos de menor intensidad y carácter pasajero, puede comportar beneficios a la hora de generar diagnósticos más específicos y evitar una etiqueta diagnóstica precipitada que pueda calificar al paciente como crónico.

Un área que presenta un notable interés para establecer diferencias entre alucinaciones y pseudoalucinaciones podría ser la exploración de correlatos neurales diferentes para cada fenómeno. Sanjuán y cols. (2007) encuentra una mayor activación en de la corteza orbitofrontal, la corteza temporal, la ínsula, la corteza cingulada y la amígdala, en pacientes con esquizofrenia cuando escuchan palabras con un contenido emocional relacionado con sus alucinaciones auditivas. Escartí y cols. (2010) encuentra un incremento de activación en la amígdala y la circunvolución del hipocampo en pacientes con alucinaciones auditivas. Reulbach y cols. (2007) sugiere que existe una activación diferencial de centros corticales según las distintas cualidades de las alucinaciones. Diferentes alucinaciones auditivas pueden ir asociadas a regiones corticales distintas, ya que hay evidencia de que la actividad en la corteza temporal en las alucinaciones depende de su forma específica, se da menor actividad cuando el sujeto oye su propia voz. En la actualidad no hay evidencias suficientes para establecer si existen centros corticales distintos para las alucinaciones percibidas en el espacio interno o externo.

Estos hallazgos pueden iniciar un camino en la investigación de las diferencias entre alucinaciones y pseudoalucinaciones, teniendo en cuenta una posible activación diferencial de ambos fenómenos en distintas regiones corticales.

Las alucinaciones auditivas específicas en la esquizofrenia van asociadas a regiones corticales distintas, por ello, Badcock (2010) propone que puede que una disfunción común esté presente en el fenómeno alucinatorio auditivo, y por lo tanto un deterioro elevado del proceso perceptivo de la audición podría ser una causa a la explicación del fenómeno. Estudios recientes de neuroimagen, indican que los pacientes con alucinaciones auditivas presentan reducciones de volumen en giro temporal superior izquierdo y las áreas no sensoriales, como el lóbulo prefrontal (Bakcok, 2010). Distintos síntomas de la esquizofrenia podrían estar relacionados con diferentes tipos de disfunción cerebral.

En esta dirección, se abren posibilidades al estudio de la presencia de anomalías cerebrales que puedan diferenciar el fenómeno alucinatorio del al fenómeno pseudoalucinatorio. La localización de anomalías o disfunciones en áreas cerebrales concretas en las alucinaciones, podría ser un punto de partida para establecer una distinción entre alucinaciones y pseudoalucinaciones.

Los recientes descubrimientos de la importancia de determinados factores genéticos en el surgimiento y posterior desarrollo de las alucinaciones auditivas en pacientes con esquizofrenia, abren la puerta a la realización de diagnósticos más acertados. Sanjuán y cols. (2004) resalta la importancia del gen CCK-AR en el desarrollo y persistencia de las alucinaciones auditivas en pacientes con esquizofrenia.

La presencia de determinados marcadores genéticos en un paciente con primeros episodios psicóticos, podría ayudar a dilucidar si las alucinaciones auditivas podrían progresar en severidad y frecuencia, o se pueden calificar como pseudoalucinaciones de carácter menos severo y persistente, ya que han surgido en determinadas circunstancias que afectan al paciente psicológica o emocionalmente.

La experiencia emocional del paciente ante el surgimiento de las pseudoalucinaciones o alucinaciones auditivas puede ser otra importante área de para establecer diferencias entre ambas. Sanjuán y cols. (2004) encontró un considerable porcentaje de pacientes con esquizofrenia que percibían sus alucinaciones como algo placentero. Normalmente, aquel paciente que sufre pseudoalucinaciones no suele percibir las de forma egosintónica, sino más bien como una experiencia perturbadora que se ha presentado de forma insidiosa a causa de un estado anormal de organismo, y que lo que hace es agravar más dicho estado.

La persistencia en el tiempo puede ser un elemento diferenciador entre alucinaciones y pseudoalucinaciones. Las alucinaciones suelen tener mayor duración que las pseudoalucinaciones, normalmente más relacionadas con trastornos episódicos. Lera y cols. (2011) muestran en su trabajo como aquellos pacientes que tenían alucinaciones persistentes tenían una menor conciencia de irrealidad que aquellos que tenían alucinaciones pasajeras, estableciéndose así una relación inversamente proporcional entre *insight* y duración de las alucinaciones: a mayor duración, menor *insight*; y a menor duración mayor *insight*.

Estos hechos refuerzan la hipótesis de que las pseudoalucinaciones, de carácter más pasajero y menos severo, presentan un mayor *insight* que las alucinaciones, donde la percepción de la realidad está más afectada.

6. CONCLUSIONES

1. Se encuentra relación entre las dos principales variables que caracterizan las pseudoalucinaciones. La localización de las alucinaciones auditivas en el espacio interno, va asociada a una mayor conciencia sobre la irrealidad de las voces que escucha el sujeto.
2. Las alucinaciones auditivas percibidas en el espacio interno del sujeto son de menor intensidad. Las voces se escuchan con mayor intensidad cuando la localización es externa.
3. Las pseudoalucinaciones se pueden presentar en sujetos que han sufrido un acontecimiento vital.
4. Las pseudoalucinaciones pueden formar parte de los síntomas que presentan sujetos que padecen depresión.
5. Mantener el término pseudoalucinación, u otra denominación similar, es conveniente para diferenciar las pseudoalucinaciones de las verdaderas alucinaciones, debido a que presentan menor severidad y mayor conciencia de irrealidad.

7. REFERENCIAS

Adityanjee M.D., Benjamin A. B. (2000) *Clinical Significance of Pseudohallucinations*. Gen Hosp Psychiatry, 22(2):124-6.

Aggernaes A. (1972) *The experienced reality of hallucinations and other psychological phenomena. An empirical analysis*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 48: 220-238.

Aguilar E.J., Sanjuán J., García-Martí G., Lull J.J., Robles M. (2008) *MR and genetics in schizophrenia: Focus on auditory hallucinations*. European Journal of Radiology, 67: 434-439.

American Psychiatric Association (1987) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition-Revised (DMS-III-R)*. American Psychiatric Association, Washington OC.

American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (DSM-V)*. Arlington VA, American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association (1995) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ª edición (DSM-IV)*. Masson, Barcelona.

Badcock J.C. (2010) *The Cognitive Neuropsychology of Auditory Hallucinations: A Parallel Auditory Pathways Framework*. Schizophrenia Bulletin, 36(3): 576-584.

Baillarger J. (1846) *Des hallucinations*. Mémoires de la Académie Royale de Médecine, 12: 273-475.

Baillarger J. (1865) *Recherches sur les maladies mentales*. Masson, 2 vols., París.

Ball B. (1890) *Leçons sur les Maladies Mentales*. 2ª ed. Asselin et Houzeau, París.

Barcia R. (1903) *Diccionario general etimológico*. Barcelona, 5 vols., en Castilla del Pino, C. (1984)

Bennet B. M. (1978) *Vision and audition in biblical prophecy*. *Parapsychology Review*, 9: 1-12

Belloch A., Baños R. M., Perpiñá C. (1995) Psicopatología de la percepción y la imaginación. En Belloch A., Sandín B., Ramos F. *Manual de psicopatología 1*. McGraw-Hill, Madrid, 187-230.

Berrios G. E. (1985a) Hallucinosis, en Frederiks J. A. M. (ed.) *Handbook of Clinical Neurology*. 2/46: Neurobehavioural disorders. Elsevier, Amsterdam, 561-572.

Berrios G. E. (1982) *Tactile hallucinatos: conceptual and historical aspects*. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 45: 285-293.

Berrios G. E. (1988) Historical background to abnormal psychology. En Miller E., Cooper P. J. (eds.) *Adult Abnormal Psychology*. Churchill Livingstone, Edimburgh, 26-51.

Berrios G. E. (1990) A theory of hallucinations. *History of Psychiatry*. 1.145-150.

Berrios G. E. (1994) Hallucinations: selected historical and clinical aspects. En Critchley, E. (Ed.) *The neurological boundaries of reality*. Farrand Press, London.

Berrios G. E. (1996) *The history of mental symptoms*. CUP, Cambridge.

Berrios G. E., Brook P. (1982) *The Charles Bonnet síndrome and the problema visual perceptual disorders in the elderly*. *Age an Ageing*, 11: 17-23.

Berrios G. E., Quemada I. (1996) Aspectos históricos y conceptuales de los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia. En Aldaz J. A., Vázquez C. (comps.), *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. Siglo XXI, Madrid, 121-134.

Bernard P., Trouvé S. (1978) *Semiología Psiquiátrica*. Toray-Masson, Barcelona.

Bever T. G., Chiarello R. J. (1974) *Cerebral dominance in musicians and non-musicians*. Science, 185: 537-539.

Bleuler E. (1924) *Tratado de Psiquiatría*. 4ª ed al., 1ª ed. esp., Calpe, Madrid.

Bleuler E. (1911/1960) Sinnetauschungen. En *Lehrbuch der Psychiatrie*. Ed. 10. Berlin, Germany: Springer Verlag: 30-35.

Brewin C.R., Patel T. (2010) *Auditory Pseudohallucinations in United Kingdom War Veterans and Civilians with Posttraumatic Stress Disorder*. J Clin Psychiatry, 71(4):419-425.

Brierre de Boismont A. (1862) *Des Hallucinations*. Baillière, París.

Bumke O. (1926) *Tratado de las enfermedades mentales*. Seix, Barcelona, 2ª ed. alemana (1ª española).

Bumke O. (1946) *Nuevo tratado de enfermedades mentales*. Seix, Barcelona.

Butler R. W., Mueser K. T., Sprok J., et al. (1996) *Positive symptoms of psychosis in posttraumatic stress disorder*. Bio Psychiatry, 39 (10): 839-844.

Castilla del Pino C. (1980) *Introducción a la psiquiatría. I. Problemas generales*. *Psico(pato)logía*. Alianza, Madrid, 2ª ed.

- Castilla del Pino C. (1984) *Teoría de la alucinación*. Alianza, Madrid.
- Chen E., Berrios G.E. (1996) *Recognition of hallucinations: A new multidimensional model and methodology*. *Psychopathology*, 29: 54-63.
- Claude H., Ey H. (1932) *Evolution des idées sur l'hallucination. Position actuelle du problème*. *L'Encéphale*, 27: 362-377.
- Clérambault G. (1942) *Ouvre Psychiatrique*. PUF, Paris, 2 vols.
- Corominas J. (1973) *Breve Diccionario Etimológico de la Lengua castellana*. Gredos, Madrid.
- David A. S. (1999) *Auditory hallucinations: phenomenology, neuropsychology and neuroimaging update*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99/395: 95-104.
- De la Iglesia-Vaya M., Escartí M.J., Molina-Mateo J., Martí-Bonmatí L., Gadea M., Castellanos F.X., et al. (2014) *Abnormal synchrony and effective connectivity in patients with schizophrenia and auditory hallucinations*. *NeuroImage: Clinical*, 6: 171–179.
- Dupré E. (1913) *Les Cénestopathies*. *Mouvement Médical*, 23: 3-22.
- Dupre E., Gelma, E (1911) *L'hallucinose chronique*. *Annales Médico-Psychologiques*, 69: 493-499.
- Ellenson G.S. (1985) *Detecting a history of incest: a predictive syndrome*. *Social Casework* 66:525–532.
- Ellenson G.S. (1986) *Disturbances of perception in adult female incest survivors*. *Social Casework* 67:149–159.

Escartí M.J., De la Iglesia-Vayá M., Martí-Bonmatí L., Robles M., Carbonell J., Lull et al. (2010) *Increased amygdala and parahippocampal gyrus activation in schizophrenic patients with auditory hallucinations: An fMRI study using independent component analysis*. Schizophrenia Research, 117: 31–41

Esquirol E. (1817) *Hallucinations*. En *Dictionnaires des Sciences Médicales*. Panckouke, Paris.

Esquirol E. (1838) *Des Maladies Mentales Considérées sous les Rapports Médical, Hygiénique et Médico-Legal*. Baillière. Paris, 2 vols. (Selección de textos en *Memorias sobre la locura y sus variedades*. Dorsa, Madrid, 1991)

Ey H., Bernard P., Brisset Ch. (1965) *Tratado de psiquiatría*. Toray-Masson, Barcelona, 1ª ed. española.

Ey H. (1973) *Traité des hallucinations*. Masson, París, 2 vols.

Falret J. P. (1864) *Des Maladies Mentales et des asiles d'Aliénés*. Leçons Cliniques et Considérations Générales. Baillière. Paris. (Selección de textos en *Clínica de las alucinaciones*, DOR, Madrid, 1997)

Fuchs T., Lauter H. (1992) Charles Bonnet syndrome and musical hallucinations in the elderly. En Kaotna C., Levy R. (eds.) *Delusions and Hallucinations in Old Age*. Gaskell, London, 187-200.

Furukawa T. (1990) *Charles Bell's description of the phantom limb phenomenon in 1830*. Neurology, 40: 1830.

Fusar-Poli P., Howes O.D., McGuire P. (2009) *Pseudohallucinations Versus True Hallucinations in Prodromal Psychosis: Does It Really Matter?*. Physicians Postgraduate Press, Inc. J Clin Psychiatry 70 (7): 1056-7.

Galton F. (1883) *Inquiries into human faculty and its development*. En Villagrán, J. M., Luque, R. (1994) *Pseudoalucinación: un análisis crítico*. Revista Asociación Española Neuropsiquiatría, vol. XIV, 50: 391-402.

Gastó C. (1998) *Psicopatología de la percepción*. En Vallejo J. *Introducción a la psicopatología y psiquiatría*. 4ª ed., Masson, Barcelona.

Geller T. J., Bellur S. N. (1987) *Peduncular hallucinosis: magnetic resonance imaging confirmation of mesencephalic infarction during life*. Annals of Neurology, 21: 602-604.

Goff D. C., Brotman A.W., Kindlon D., et al. (1991) *The delusion of possession in chronically psychotic patients*. Journal of Nervous and Mental Disease 179:567-571.

Goldstein K. (1908) *Zur Theorie der Halluzinationen*. Archivfur Psychiatrie, 44:584-655.

González J.C., Aguilar E.J., Berenguer V., Leal C., Sanjuán J. (2006) *Persistent Auditory Hallucinations*. Psychopathology; 39: 120-125.

González et al. (2002) *Adaptación Española PSYRATS The Psychotic Symptom Rating Scales*. Haddock G., et al. (1999).

Griesinger W. (1861) *Die Pathologie und Therapie des psychoschen Krankheiten*. Krabbe, Suttgart.

Guy W. (1976) *CGI Clinical Global Impresión Scale*.

Hagen F. W. (1868) *Zur Theorie der Hallucination*. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 25: 1-107.

Hammer M. B., Frueh B. C., Ulmer H. C., et al. (1999) *Psychotic features and illness severity in combat veterans with chronic posttraumatic stress disorder*. *Biol Psychiatry* 45 (7): 846-852.

Hare E. H. (1973) *A short note on pseudo-hallucinations*. *British Journal of Psychiatry*, 122: 469-476.

Hart C. T. (1967) *Formed visual hallucinations*. *British Medical Journal*, 2: 643-644.

Haddock G., et al. (1999) *PSYRATS The Psychotic Symptom Rating Scales*. Adaptación española González y cols., 2002.

Heins T., Gray A., Tennant M. (1990) *Persisting hallucinations following childhood sexual abuse*. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 24:561-565.

Horowitz J. M. (1975) *A cognitive model of hallucinations*. *American Journal of Psychiatry*, 132: 789-795.

Jaspers K. (1977a) Análisis de las percepciones equívocas (vivacidad y juicio de realidad), en *Escritos psicopatológicos*. Gredos, Madrid, 243-314.

Jaspers K. (1977b) Las pseudopercepciones (análisis crítico). En *Escritos psicopatológicos*. Gredos, Madrid, 315-394.

Jaspers K. (1980) *Psicopatología General*. Beta, Buenos Aires.

Jaynes J. (1979) *The origins of consciousness in the breakdown of the bicameral mind*. Penguin, Harmondsworth.

Kandinsky V. (1885) *Kritische un Klinische Betrachtungen im gebiete der Sinnesstäuschungen*. Friedländer and Sohn, Berlin.

Kandinsky V. (1881) *Zur Lehre von den Halluzinationen*. Archiv für Psychiatrie, 11: 453-464.

Kaplan H.I., Sadock B.J. (1995) *Comprehensive Textbook of Psychiatry*/VI. Baltimore, M.D., William & Wilkins.

Kay S.R., et al. (1987) *PANSS Positive and Negative Syndrome Scale*. Adaptación española Peralta y cols. 1994.

Kräupl Taylor F. (1966) *Psychopatología: its causes and symptoms*. Butterworths. London.

Kräupl Taylor F. (1981) *On pseudo-hallucinations*. Psychological Medicine, 11: 265-271.

Kräupl Taylor F. (1983) Descriptive and developmental phenomena. En Shepherd M., Zangwill O. L. (1983) *Handbook of Psychiatry, I*. CUP, Cambridge, 68.

Krawiecka M., et al. (1977) *A standardized psychiatric assessment scale for rating chronic psychotic of schizophrenia*.

Lance J. W. (1976) *Simple formed hallucinations confined to the area of a specific visual field defect*. Brain, 99: 719-734.

Lange J., Bostroem A. (1942) *Psiquiatría*. Miguel Servet, Barcelona, 4ª ed.

Lanteri-Laura G., del Pistoia L. (1989) Hallucinations. En *Encyclopédie médico-chirurgicale*. (Paris) Psychiatrie 1989, 37120 A10, 5/1989: 12.

Lera G., Herrero N., González J., Aguilar E., Sanjuán J., Leal C. (2011) *Insight Among Psychotic Patients With Auditory Hallucination*. Journal of Clinical Psychology, 67 (7): 701-708.

Leroy R. (1922) *The síndrome of liliputian hallucinations*. Journal of Nervous and Mental Disease, 56: 325-333.

L'Hermitte J. (1922) *Syndrome de la calotte du pédoncule cérébral. Les troubles psychosensoriels dans les lésions du mésocéphale*. Revue Neurologique, 29: 1363-1364.

L'Hermitte J., de Ajuriaguerra J. (1936) *Hallucinations visuelles et lésions de l'appareil visuel*. Annales Médico-Psychologiques, 94: 321-351.

Lothane Z. (1982) *The psychopathology of hallucinations. A methodological analysis*. British Journal of Medical Psychology, 55: 335-348.

Luque R., Jaquotot J. M. (1997) *Un caso de alucinosis peduncular*. Revista Gallega de Psiquiatría y Neurociencias, 0: 84-87.

Luque R., Sarramea F. (2000) *Alucinaciones musicales: revisión histórica y conceptual a propósito de dos casos*. Psiquiatría Biológica, 7: 44-48.

Luque R., Villagrán J. M. (2000) *Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias*. Cap. Alucinaciones y otras pseudopercepciones, 295-335. Madrid: Trotta.

Malasi T. H., El-Hilu S. R., Mirza A., Fakhr El-Islam M. (1990) *Olfactory delusional síndrome with various aetiologies*. British Journal of Psychiatry, 156: 256-260.

Martínez-Granados B., Brotons O., Martínez-Bisbal M.C., Celda B., Martí-Bonmati L., Aguilar E.J. et al. (2008). *Spectroscopic metabolomic abnormalities in the thalamus related to auditory hallucinations in patients with schizophrenia*. Schizophrenia Research, 104: 13-22

Melzack R. (1997) Phantom limbs. En *Scientific American* (special issue: Mysteries of the mind), 84-91.

McCulloch W. H. (1992) *A certain archway: autoscopy and its companions seen in Western writings* (ed. e intr. de T. Denning). *History of Psychiatry*, 3: 59-78.

Mitchell J. D. (1995) The nature of music and musical hallucinations. En Critchley E. M. R. (ed.) *The neurological boundaries of reality*. Aronson, Northvale, 191-205.

Muller J. (1946) *Los fenómenos fantásticos de la visión*. Espasa-Calpe, Madrid.

Ochoa E. F. L., De la Puente M. L. (1989) Psicopatología de la atención, percepción y conciencia. En Fuentenebro, F., Vázquez C. (eds.), *Psicología Médica, Psicopatología y Psiquiatría, Vol. 1*. Psicología Médica y Psicopatología, Madrid, Interamericana-McGraw-Hill: 489-505.

Ohayon M. M., Priest R. G., Caulet M., Guilleminault C. (1996) *Hypnagogic and hypnopompic hallucinations: Pathological phenomena?* *British Journal of Psychiatry*, 169: 459-467.

Oulis P. G., Mavreas V. G., Mamounas J. M., Stefanis C. N. (1995) *Clinical characteristics of auditory hallucinations*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92: 97-102.

Overall J.E. (1962) *BPRS Brief Psychiatric Rating Scale*.

Peatfield R. C., Rose F. C. (1981) *Migrainous visual symptoms in a woman without eyes*. *Archives of neurology*, 38: 466.

Pennings M.H.J., Romme M.A.J. (1996) Hearing voices in patients and non-patients. En Romme M.A.J. (ed). *Understanding Voices; Coping With Auditory Hallucinations and Confusing Realities*. Maastricht. The Netherlands Rijksuniversiteit: 39-52.

Peralta et al. (1994) Adaptación Española *PANNS Positive and Negative Syndrome Scale*. Kay S.R., et al. (1987).

- Ramachandran V. S., Blakeslee S. (1999) *Fantasmas en el cerebro*. Debate, Madrid.
- Read J., Argyle N. (1999) *Hallucinations, Delusions, and Thought Disorder Among Adult Psychiatric Inpatients With a History of Child Abuse*. *Psychiatric services*, 50, (11): 1467-72.
- Regis E. (1911) *Tratado de psiquiatría*. Saturnino Calleja, Madrid, 4^a ed. francesa.
- Reulbach U., Bleich S., Maihöfner C., Kornhuber J., Sperling W. (2007) *Specific and Unspecific Auditory Hallucinations in Patients with Schizophrenia. A Magnetoencephalographic Study*. *Neuropsychobiology*; 55:89–95.
- Rubio J.M., Sanjuán J., Flórez-Salamanca L., Cuesta M.J. (2012) *Examining the course of hallucinatory experiences in children and adolescents: A systematic review*. *Schizophrenia Research*, 138: 248–254
- Safran A. B., Kline L. B., Glaser J. S., Daroff R. B. (1981) *Television induced formed visual hallucinations and cerebral diplopia*. *British Journal of Ophthalmology*, 65: 707-711.
- Sanjuán J. et al. (2004) *A possible association between the CCK-AR gene and persistent auditory hallucinations in schizophrenia*. *European Psychiatry*, 19: 349–353.
- Sanjuán J. et al. (2007) *Emotional words induce enhanced brain activity in schizophrenic patients with auditory hallucination*. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 154: 21–29.
- Sanjuán J., Gonzalez J.C., Aguilar E.J., Leal C., Van Os J. (2004) *Pleasurable auditory hallucinations*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110: 273–278.

Sanjuán J. et al. (2006) *Serotonin transporter gene polymorphism (5-HTTLPR) and emotional response to auditory hallucinations in schizophrenia*. International Journal of Neuropsychopharmacology, 9: 131–133.

Sanjuán J. et al. (2006) *Subjective Perception of Cognitive Deficit in Psychotic Patient*. The Journal of Nervous and Mental Disease Volume 194, Number 1.

Sanjuán J. et al. (2006) *Time for a broad phenotype in schizophrenia*. British Journal of Psychiatry, 188: 190-194.

Sanjuán J. et al. (2006) *GEOPTE Grupo Español para la Optimización del Tratamiento de la Esquizofrenia Scale*.

Sarbin T. R., Juhasz J. B. (1967) *The historical background of the concept of hallucination*. Journal of the History of the Behavioral Sciences, 3: 339-359.

Saba P. R., Keshavan M. S. (1997) *Musical hallucinations and musical imagery: prevalence and phenomenology in schizophrenic inpatients*. Psychopathology; 30: 185-190.

Séglas J. (1895) *Lerons cliniques*. Asselin et Houezau, París.

Schneider K. (1997) *Psicopatología clínica* (Trad. De la 14ª ed. Al., 1992) Archivos de Neurobiología, Madrid.

Schroeder K, Fisher H L, Schafer I. (2013) *Psychotic symptoms in patients with borderline personality disorder: prevalence and clinical management*. Curr Opin Psychiatry, 26:113–119.

Sedman G., (1966) *A comparative study of pseudohallucinations, imagery and true hallucinations*. British Journal of Psychiatry, 112: 9-17.

Sedman, G. (1966) *A phenomenological study of pseudohallucinations and related experiences*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 42: 35-70.

Slade P. (1976) *Hallucinations*. Psychological Medicine, 6: 7-13.

Slade P. D., Bentall R. P. (1988) *Sensory deception*. Croom Helm, London.

Slotema C. W., Daalman K., Blom J. D., Diederer K. M., Hoek H. W., Sommer I. E. C. (2012) *Auditory verbal hallucinations in patients with borderline personality disorder are similar to those in schizophrenia*. Psychological Medicine, 42: 1873–1878.

Stephane M., Barton S., Boutros N. N. (2001) *Auditory hallucinations and dysfunction of the neural substrates of speech*. SchizophrRes.;50:61–78.

Sokhi D.S., Hunter M.D., Wilkinson I.D., Woodruff P.W.R. (2006) *Male and female voices activate distinct regions in the male brain*. Neuroimage; 27:572–578.

Tamburini A. (1990) *A theory of hallucinations*. History of Psychiatry, 1: 145-156.

Trillat É. (1991) *Le platonisme dans les théories des hallucinations au XIX siècle*. L'évolution Psychiatrique, 56: 583-593.

Vallejo J. (1985) *Psicopatología de la percepción*, en *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Salvat, Barcelona, 2ª ed., 182-195.

Van der Zwaard R., Polak M.A. (2001) *Pseudohallucinations: A Pseudoconcept? A Review of the Validity of the Concept, Related to Associate Symptomatology*. Comprehensive Psychiatry, Vol. 42, Nº 1: 42-50.

Villagrán, J. M., Luque, R.(1994) *Pseudoalucinación: un análisis crítico*. Revista Asociación Española Neuropsiquiatría, vol. XIV, 50: 391-402.

Villagrán J. M. (1995a) *La escala de degradación de las conductas psicóticas (EDP) I. Desarrollo y validación.* Anales de la Psiquiatría. II/1: 8-17.

Villagrán J. M. (1995b) *La escala de degradación de las conductas psicóticas (EDP) II. Aplicación al análisis psicopatológico.* Anales de la Psiquiatría. II/2: 45-55.

8. ANEXOS

ANEXO I. CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL

Título de la investigación: European Network of National Schizophrenia Networks Studying Gene-Environment Interactions (EU-GEI)

Investigador Principal: Julio Sanjuán Arias

Lugar de realización: Hospital Clínico Universitario Valencia

Propósito del estudio

Algunas personas que tienen síntomas como alucinaciones (oír voces) y delirios (creer cosas que no existen en la realidad) con el transcurso del tiempo, afirman que tienen problemas de concentración, memoria, atención, y en general que no rinden intelectualmente al nivel que solían hacerlo. Diversos estudios muestran que en algunas personas con estos síntomas aparece un deterioro de diversas funciones cognitivas o intelectuales. También pudieran presentarse algunas alteraciones bioquímicas detectables mediante una analítica general.

El presente estudio, pretende determinar si existe algún factor que nos pueda ayudar a diagnosticar precozmente a estos pacientes y predecir si algunos de ellos presentarán una enfermedad mental en el futuro.

Este estudio se propone también investigar genes que pudieran estar relacionados con la transmisión de la enfermedad.

Procedimientos/explicación del estudio

Los pacientes que cumplan criterios para entrar en el estudio serán tratados con los medicamentos habitualmente utilizados para estos síntomas. Durante el periodo de estudio los pacientes recibirán el cuidado médico óptimo con visitas que como mínimo serán mensuales en las consultas externas de este hospital.

En el momento de iniciar el estudio se realizarán test neuropsicológicos. Además, se administrarán varias escalas clínicas. A los 2 meses, 6 meses al año y dos años aproximadamente, se repetirán las evaluaciones clínicas. A los dos años se repetirán los test neuropsicológicos para valorar posibles cambios y determinar su significación.

Así pues, la única diferencia entre elegir participar o no en el estudio, es la realización o no de las pruebas mencionadas y la posibilidad de seguir tratamiento ambulatorio en el programa específico de psicosis de Consultas Externas de este hospital.

Se realizará también una extracción sanguínea en cada una de las visitas.

Riesgos/beneficios

El posible beneficio de su participación en esta investigación es ayudar a la identificación de variables predictoras de pronóstico en personas que tienen síntomas como los suyos.

La extracción sanguínea podría tener como consecuencia la formación de un pequeño hematoma en el antebrazo que se reabsorbería en uno o dos días.

Confidencialidad

Ni los nombres, ni cualquier otro dato que pueda llevar a la identificación de los sujetos que participen en el estudio serán publicados en ninguno de los trabajos que se deriven de esta investigación.

Coste/compensación

No existe ningún coste por participar en este estudio. Todas las entrevistas y pruebas que se realicen durante el estudio no supondrán coste alguno. No recibirán compensación alguna por participar en este estudio.

Alternativas a la participación

Su participación en este estudio es completamente voluntaria.

Derecho al abandono del estudio

Tiene derecho a abandonar el estudio en cualquier momento, sin que ello suponga cambios en su tratamiento o cuidados recibidos por parte de su médico. Será informado sobre cualquier dato relevante del estudio que pudiera condicionar su permanencia o abandono del mismo.

Nombre del paciente: _____

Nombre del investigador: _____

Firma del paciente

___ He leído y comprendido este consentimiento informado

___ La información de este consentimiento informado me ha sido explicada.

NOTA: se harán tres copias del consentimiento informado: una será para el investigador principal, otra para la historia clínica del paciente y la última para el paciente o sus familiares

ANEXO II. ESCALAS

Nombre.....
 Historia.....
 Evaluador/a.....
 Fecha.....

**Escala breve de Evaluación Psiquiátrica (BPRS Brief Psychiatric
 Rating Scale; Overall y Gorham, 1962)**

	No presente	Muy leve	Leve	Moderado	Moderado grave	Grave	Muy grave	No evaluado
1. Preocupación somática	1	2	3	4	5	6	7	9
2. Ansiedad psíquica	1	2	3	4	5	6	7	9
3. Aislamiento emocional	1	2	3	4	5	6	7	9
4. Desorganización conceptual (incoherencia)	1	2	3	4	5	6	7	9
5. Autodesprecio y sentimientos de culpa	1	2	3	4	5	6	7	9
6. Tensión. Ansiedad somática	1	2	3	4	5	6	7	9
7. Manierismo y posturas extrañas	1	2	3	4	5	6	7	9
8. Grandeza	1	2	3	4	5	6	7	9
9. Humor depresivo	1	2	3	4	5	6	7	9
10. Hostilidad	1	2	3	4	5	6	7	9
11. Susplicacia	1	2	3	4	5	6	7	9
12. Alucinaciones	1	2	3	4	5	6	7	9
13. Enteltecimiento motor	1	2	3	4	5	6	7	9
14. Falta de cooperación	1	2	3	4	5	6	7	9
15. Contenido inusual del pensamiento	1	2	3	4	5	6	7	9
16. Embotamiento, aplanamiento afectivo	1	2	3	4	5	6	7	9
17. Excitación	1	2	3	4	5	6	7	9
18. Desorientación y confusión	1	2	3	4	5	6	7	9

Síntomas negativos (ítems 3, 13, 16, 18):.....

Síntomas positivos (ítems 4, 11, 12, 15):.....

(No sumar los "9") TOTAL:.....

	Fecha y Evaluador	Fecha y Evaluador	Fecha y Evaluador	Fecha y Evaluador	Fecha y Evaluador	Fecha y Evaluador	Fecha y Evaluador	Fecha y Evaluador
1. Preocupación somática								
2. Ansiedad psíquica								
3. Aislamiento emocional								
4. Desorganización conceptual (incoherencia)								
5. Autodesprecio y sentimientos de culpa								
6. Tensión. Ansiedad somática								
7. Manierismo y posturas extrañas								
8. Grandeza								
9. Humor depresivo								
10. Hostilidad								
11. Suspiciousidad								
12. Alucinaciones								
13. Enlentecimiento motor								
14. Falta de cooperación								
15. Contenido inusual del pensamiento								
16. Embotamiento, aplanamiento afectivo								
17. Excitación								
18. Desorientación y confusión								
Síntomas negativos (ítems 3, 13, 16, 18):								
Síntomas positivos (ítems 4, 11, 12, 15):								
(No sumar los "9")TOTAL:								

Desarrollada para realizar evaluaciones rápidas y eficientes de los cambios producidos en los síntomas de los pacientes mentales. Se utiliza preferentemente como una medida de gravedad e incluso de subtipificación (positivo o negativo) del trastorno esquizofrénico.

La escala Likert de 7 valores, oscila entre 1 (ausencia del síntoma) y 7 (extremadamente grave). Para cada ítem existe una definición y criterios operativos de bases para la evaluación y de puntuación. El marco de referencia temporal no está claramente delimitado y normalmente se utiliza los días previos a la entrevista (1 semana).

Puntuación:

La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones en cada uno de los 18 ítems, pudiendo oscilar entre 18 y 126.

- La puntuación en el clúster de síntomas negativos se obtiene sumando las puntuaciones en los 3 (retraimiento emocional), 13 (enlentecimiento motor), 16 (aplanamiento afectivo) y 18 (desorientación). Esta puntuación oscila entre 4 y 28.
- La puntuación en el clúster de síntomas positivos se obtiene sumando las puntuaciones en los ítems 4 (desorganización conceptual), 11 (susplicacia), 12 (alucinaciones) y 15 (contenidos del pensamiento inusuales). Su puntuación también oscila entre 4 y 28.

Ha de ser administrada por un/a clínico/a, utilizando la técnica de entrevista semiestructurada.

Puntuación: La versión de 18 ítems proporciona una puntuación global y puntuaciones en dos apartados: síntomas negativos y síntomas positivos. Si se usa la versión de 18 ítems puntuados con una escala Likert de 5 valores, de 0 a 4, se recomiendan los siguientes puntos de corte:

0-9: ausencia del trastorno.

10-20: trastorno leve o “caso probable”.

21: trastorno grave o “caso cierto”.

EEAG Escala de Evaluación de la Actividad Global (GAF scale, DSM-IV-TR, pg. 34)

Se utiliza en salud mental del hospital a domicilio. Permite valorar la gravedad del paciente y su evolución dentro del programa. Resulta fácil de aplicar y supone una buena referencia dado su extenso uso en la psiquiatría.

Es un instrumento heteroaplicado que evalúa el funcionamiento global de los pacientes a lo largo de un hipotético continuum de salud-enfermedad. Consta de un único ítem puntuado entre 1 (expectativa manifiesta de su muerte) y 100 (actividad satisfactoria en un agama amplia de actividades). A mayor puntuación, mejor nivel de actividad.

100 91	Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas.
90	Síntomas ausentes o mínimos (p. ej., ligera ansiedad antes de un examen), buena actividad en todas las áreas, interesado e implicado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (p. ej., una discusión ocasional con miembros de la familia).
80	Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales (p. ej., dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); sólo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., descenso temporal del rendimiento escolar).
70	Algunos síntomas leves (p. ej., humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.
60	Síntomas moderados (p. ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o de escuela).
50	Síntomas graves (p. ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier alteración grave en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo).
40	Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (p. ej., el lenguaje es a veces ilógico, oscuro o irrelevante) o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (p. ej., un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar; un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela).
30	La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio (p. ej., a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (p. ej., permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos).
20	Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (p. ej., intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento; excitación maníaca) u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (p. ej., con manchas de excrementos) o alteración importante de la comunicación (p. ej., muy incoherente o mudo).
10	Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo (p. ej., violencia recurrente) o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.
0	Información inadecuada

**ESCALA DE LOS SÍNDROMES POSITIVO Y NEGATIVO
(PANSS)**

Kay et al. 1987 (Adaptación española de Peralta y Cuesta, 1994)

Paciente:

Fecha:

SÍNDROME POSITIVO (PANSS-P)

1. Delirios	1	2	3	4	5	6	7
2. Desorganización conceptual	1	2	3	4	5	6	7
3. Comportamiento alucinatorio	1	2	3	4	5	6	7
4. Excitación	1	2	3	4	5	6	7
5. Grandiosidad	1	2	3	4	5	6	7
6. Susplicacia / perjuicio	1	2	3	4	5	6	7
7. Hostilidad	1	2	3	4	5	6	7

SÍNDROME NEGATIVO (PANSS-N)

1. Embotamiento afectivo	1	2	3	4	5	6	7
2. Retraimiento emocional	1	2	3	4	5	6	7
3. Contacto pobre	1	2	3	4	5	6	7
4. Retraimiento social	1	2	3	4	5	6	7
5. Dificultad en el pensamiento abstracto	1	2	3	4	5	6	7
6. Ausencia de espontaneidad y fluidez en la conversación	1	2	3	4	5	6	7
7. Pensamiento estereotipado	1	2	3	4	5	6	7

PSICOPATOLOGÍA GENERAL (PANSS-PG)

1. Preocupaciones somáticas	1	2	3	4	5	6	7
2. Ansiedad	1	2	3	4	5	6	7
3. Sentimientos de culpa	1	2	3	4	5	6	7
4. Tensión motora	1	2	3	4	5	6	7
5. Manierismos y posturas	1	2	3	4	5	6	7
6. Depresión	1	2	3	4	5	6	7
7. Retardo motor	1	2	3	4	5	6	7
8. Falta de colaboración	1	2	3	4	5	6	7

9. Inusuales contenidos del pensamiento	1	2	3	4	5	6	7
10.Desorientación	1	2	3	4	5	6	7
11.Atención deficiente	1	2	3	4	5	6	7
12.Ausencia de juicio e introspección	1	2	3	4	5	6	7
13.Trastornos de la volición	1	2	3	4	5	6	7
14.Control deficiente de impulsos	1	2	3	4	5	6	7
15.Preocupación	1	2	3	4	5	6	7
16.Evitación social activa	1	2	3	4	5	6	7

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> 1. Ausente 2. Mínimo 3. Ligero 4. Moderado 5. Moderado-severo 6. Severo 7. Extremo |
|--|

Escala	Puntuación	Percentil	Rango
PANSS-P			
PANSS-N			
PANSS-C*			
PANSS-PG			

*PANSS-C = PANSS compuesta: resulta de restar la puntuación de la escala negativa a la puntuación de la escala positiva.

Número de síntomas de PANSS-P con puntuación ≥ 4 :

Número de síntomas de PANSS-N con puntuación ≥ 4 :

Tipo de esquizofrenia:

SISTEMA INCLUSIVO:

- Positiva: Si puntuación de PANSS-C > 0
- Negativa: Si puntuación de PANSS-C

<0 SISTEMA RESTRICTIVO:

- Positiva: puntuación ≥ 4 en 3 ó más ítems de la PANSS-P, pero en menos de 3 ítems de la PANSS-N
- Negativa: puntuación ≥ 4 en 3 ó más ítems de la PANSS-N, pero en menos de 3 ítems de la PANSS-P
- Mixta: puntuación ≥ 4 en 3 ó más ítems en ambas escalas (PANSS-P y PANSS-N)
- Otro tipo: el resto

Tabla de conversión de las puntuaciones brutas de la PANSS en percentiles*

Percentil	PANSS-P	PANSS-N	PANSS-C	PANSS-PG
95	38	43	19	61
90	35	41	17	56
85	34	38	14	55
80	33	36	12	53
75	31	35	10	52
70	30	34	8	50
65	29	32	7	48
60	28	29	6	47
55	27	27	4	46
50	26	25	1	45
45	25	24	-2	44
40	24	23	-4	42
35	23	21	-6	41
30	22	20	-8	40
25	21	19	-10	38
20	20	17	-12	36
15	17	13	-14	34
10	14	11	-17	32
5	12	9	-24	28

* Los percentiles se obtuvieron en una muestra de 100 pacientes esquizofrénicos (Criterios DSM-III-R) que investigaron por una exacerbación de su enfermedad y fueron evaluados durante los primeros días del ingreso (Peralta y Cuesta en prensa)

Escala de Impresión Clínica Global (CGI)

(Guy et al, 1976)

Versión heteroaplicada en Salud Mental a domicilio, primera evaluación del paciente y al final del ingreso, para describir el cambio experimentado por el paciente.

Consta de dos subescalas que evalúan respectivamente, la gravedad del cuadro clínico y la mejoría del cuadro clínico debido a las intervenciones terapéuticas.

Paciente:

Fecha:

GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD (CGI-SI)

Basándose en su experiencia clínica, ¿cuál es la gravedad de la enfermedad en el momento actual?

1. No evaluado
2. Normal, no enfermo
3. Dudosamente enfermo
4. Levemente enfermo
5. Moderadamente enfermo
6. Marcadamente enfermo
7. Gravemente enfermo
8. Entre los pacientes más extremadamente enfermos

MEJORÍA GLOBAL (CGI-GI)

Comparado con el estado inicial, ¿Cómo se encuentra el paciente en estos momentos? Puntúe la mejoría total independientemente de que a su juicio se deba o no por completo al tratamiento.

1. No evaluado
2. Mucho mejor
3. Moderadamente mejor
4. Levemente mejor
5. Sin cambios
6. Levemente peor
7. Moderadamente peor
8. Mucho peor

Escala GEOPTE de Cognición Social para la psicosis (Sanjuán et al., 2003)

Versión para el **PACIENTE**

Paciente:

Fecha:

Por favor, ponga un círculo en el número de la respuesta que mejor corresponda a su estado actual.

1.- ¿Tiene dificultad para prestar atención?

1. No
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucha

2.- ¿Tiene dificultad para seguir una conversación en la que participan varias personas?

1. No
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucha

3.- ¿Le cuesta aprender cosas nuevas?

1. No
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

4.- ¿Se le olvidan encargos, tareas o recados?

1. No
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

5.- Cuando tiene que hablar con alguien, ¿le faltan las palabras?

1. No
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

6.- ¿Le cuesta entender de qué va una película?

1. No
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

7.- ¿Le cuesta encontrar el sentido a una conversación?

1. No
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

8.- ¿Tiene dificultad para reconocer las emociones de los otros (por ejemplo, tristeza, alegría o rabia)?

1. No
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

9.- Cuando está en grupo, ¿le suelen decir que interpreta mal las actitudes, miradas o gestos de los demás?

1. No
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

10.- ¿Se siente muy sensible a las miradas, palabras o gestos de los otros?

1. No
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

11.- Si está solo en casa y surge algún problema (por ejemplo, se estropea un electrodoméstico), ¿le resulta difícil buscar una solución?

1. No
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

12.- ¿Le cuesta mantener la higiene personal (estar limpio y aseado)?

1. No
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

13.- ¿Le cuesta hacer planes para el fin de semana?

1. No
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

14.- ¿Tiene dificultad para hacer amistades?

1. No
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

15.- ¿Está insatisfecho con su vida sexual?

1. No
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

PUNTUACIÓN TOTAL:

COMENTARIOS:

Escala GEOPTE de Cognición Social para la psicosis (Sanjuán et al.,
2003)

Versión para el **INFORMANTE**

Paciente:

Fecha:

Relación / parentesco con el paciente:

¿Convive con él?

Por favor, ponga un círculo en el número que corresponda según su impresión sobre las dificultades que tiene el paciente en cada uno de los siguientes temas. Si no tiene información sobre alguna de las preguntas déjela en blanco.

1.- ¿Tiene dificultad para prestar atención?

1. No
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucha

2.- ¿Tiene dificultad para seguir una conversación en la que participan varias personas?

1. No
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucha

3.- ¿Le cuesta aprender cosas nuevas?

1. No
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

4.- ¿Se le olvidan encargos, tareas o recados?

1. No
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

5.- Cuando tiene que hablar con alguien, ¿le faltan las palabras?

1. No
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

6.- ¿Le cuesta entender de qué va una película?

1. No
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

7.- ¿Le cuesta encontrar el sentido a una conversación?

1. No
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

8.- ¿Tiene dificultad para reconocer las emociones de los otros (por ejemplo , tristeza, alegría o rabia)?

1. No
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

9.- Cuando está en grupo, ¿le suelen decir que interpreta mal las actitudes, miradas o gestos de los demás?

1. No
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

10.- ¿Se siente muy sensible a las miradas, palabras o gestos de los otros?

1. No
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

11.- Si está solo en casa y surge algún problema (por ejemplo, se estropea un electrodoméstico), ¿le resulta difícil buscar una solución?

1. No
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

12.- ¿Le cuesta mantener la higiene personal (estar limpio y aseado)?

1. No
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

13.- ¿Le cuesta hacer planes para el fin de semana?

1. No
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

14.- ¿Tiene dificultad para hacer amistades?

1. No
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

15.- ¿Está insatisfecho con su vida sexual?

1. No
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

PUNTUACIÓN TOTAL:

COMENTARIOS:

PSYRATS Escala para la valoración de los síntomas psicóticos

(Haddock et al., 1999)

ALUCINACIONES

Instrucciones generales

La siguiente entrevista estructurada está diseñada para elicitación de detalles específicos que tenga en cuenta diferentes dimensiones de las alucinaciones auditivas. 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, por ejemplo, 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.

Criterios de puntuación.

1. Frecuencia

¿Con qué frecuencia escuchas voces? (por ejemplo, cada día, a lo largo de todo el día).

1. Las voces no se presentan o se presenta menos de una vez a la semana.
2. Las voces ocurren al menos una vez a la semana.
3. Las voces ocurren al menos una vez al día.
4. Las voces ocurren al menos una vez a la hora.
5. Las voces ocurren continuamente o casi constantemente, por ejemplo, sólo parando unos pocos segundos o minutos.

2. Duración

Cuándo escuchas tus voces, ¿Cuánto tiempo duran? (por ejemplo, unos pocos segundos, minutos, todo el día).

1. Las voces no se presentan.
2. Las voces duran unos pocos segundos, son fugaces.
3. Las voces duran unos pocos minutos.
4. Las voces duran al menos una hora.
5. Las voces duran cuatro horas a la vez.

3. Localización

Cuándo escuchas tus voces ¿De dónde te parecen que vienen? ¿de dentro de tu cabeza o de fuera de tu cabeza? Si te parecen que vienen de fuera de tu cabeza, ¿de dónde te parecen que vienen?

1. Las voces no se presentan.
2. Las voces parecen estar solamente dentro de la cabeza.
3. Las voces están fuera de la cabeza, pero cerca de los oídos o cara. Las voces también pueden estar dentro de la cabeza.
4. Las voces parecen como si estuvieran dentro o cerca de los oídos y fuera de la cabeza lejos de los oídos.

4. Intensidad

¿Son muy fuertes tus voces? ¿Las escuchas más fuerte que tu propia voz o son más calladas, como un cuchicheo?

1. Las voces no se presentan
2. La intensidad de las voces es más baja que la propia voz, son susurros.
3. Más o menos de igual intensidad que la propia voz.
4. Más alta que la propia voz.
5. Extremadamente alta, gritan.

5. Creencias sobre la procedencia de las voces

¿Qué crees que produce o causa tus voces? ¿Son producidas por factores relacionados contigo mismo o debido a otras personas o factores externos?

Si el paciente expresa un origen externo: ¿En qué medida crees que tus voces son causadas por..... (añade la atribución del paciente) sobre una escala de 0 a 100, siendo 100 que estás totalmente convencido, que no tiene dudas y 0 que no estás completamente convencido?

1. Las voces no se presentan.
2. El paciente cree que las voces son solamente generadas internamente y relacionadas con el yo.
3. El paciente mantiene una convicción menor del 50% de que las voces son originadas por causas externas.
4. El paciente mantiene una convicción del 50% o más (pero menos del 100%), de que las voces son originadas por causas externas.
5. El paciente cree que las voces son solamente debidas a causas externas (100% de convicción).

6. Cantidad de contenido negativo de las voces.

¿Las voces te dicen cosas desagradables o negativas? ¿Puedes darme algún ejemplo de lo que te dicen las voces? (registra los ejemplos) ¿Cuántas veces las voces te dicen ese tipo de cosas desagradables o negativas?

1. Las voces no presentan un contenido desagradable.
2. Presentan ocasionalmente un contenido desagradable.
3. Una minoría de las voces presentan un contenido desagradable o negativo (menos del 50%).
4. La mayoría de las voces presentan un contenido desagradable o negativo (50% o más).
5. El contenido de todas las voces es desagradable y negativo.

7. Grado del contenido negativo.

(Valorar usando los criterios sobre una escala, pidiéndole al paciente que los detalle más si es necesario).

1. Las voces no presentan un contenido desagradable o negativo.
2. Las voces presentan algún grado de contenido negativo, pero no son comentarios personales relacionados con el yo o la familia, por ejemplo, palabrotas o comentarios no dirigidos al yo ("el lechero es peligroso").
3. El contenido de las voces son insultos personales, comentarios sobre la conducta, por ejemplo, "no deberías hacer esto", "no digas esto".
4. El contenido de las voces son insultos personales relacionados con el autoconcepto, por ejemplo, "perezoso", "feo", "loco", "pervertido".
5. El contenido de las voces son amenazas personales al yo, por ejemplo, amenazas de dañar al yo o a la familia, instrucciones extremas u órdenes de dañarse a sí mismo u a otros e insultos personales como en el ítem número 3.

8. Cantidad de angustia.

¿Son tus voces angustiantes? ¿Por cuánto tiempo son angustiantes?

1. Las voces no son totalmente angustiantes.
2. Las voces ocasionalmente son angustiantes, la mayoría no lo son. (<10%)
3. Se presentan igual cantidad de voces angustiantes y no angustiantes. (50%)
4. La mayoría de las voces son angustiantes, una minoría no lo son. (>50%)
5. Las voces son siempre angustiantes.

9. Intensidad de la angustia.

Quando las voces son angustiantes, ¿cuánta angustia te causan? ¿Te causan una angustia mínima, moderada o grave?, ¿Son las más angustiantes que jamás has tenido?

1. Las voces no son totalmente angustiantes.
2. Las voces son ligeramente angustiantes.
3. Las voces son moderadamente angustiantes.
4. Las voces son muy angustiantes, aunque el paciente podría sentirse peor.
5. Las voces son extremadamente angustiantes, el paciente no puede sentirse peor.

10. Trastorno causado por las voces en la vida del paciente.

¿Causan las voces mucho trastorno en tu vida diaria? ¿ Las voces te impiden trabajar o hacer otras actividades diarias? ¿Interfieren en tus relaciones con amigos y/o familiares? ¿Ellas te impiden que te cuides a ti mismo, por ejemplo, bañarte, cambiarte de ropa, etc.?

1. Las voces no producen un trastorno en la vida diaria del paciente, es capaz de mantener una vida independiente sin problemas en las habilidades para la vida diaria.
2. Las voces causan un mínimo trastorno en la vida del paciente, por ejemplo, interfieren en la concentración aunque es capaz de mantener las actividades de la vida diaria y las relaciones sociales y familiares, es capaz de mantener vida independiente sin apoyo.
3. Las voces provocan una cantidad moderada de trastorno en la vida del paciente, causando alguna perturbación en la actividad diaria y/o en las actividades familiares y sociales. El paciente no está en el hospital aunque puede vivir en un alojamiento protegido o recibir ayuda adicional en las habilidades de la vida diaria.
4. Las voces provocan un trastorno severo en la vida del paciente de forma que su hospitalización es normalmente necesaria. El paciente es capaz de mantener algunas actividades diarias, auto-cuidado y relaciones durante su estancia en el hospital. El paciente puede también estar en un alojamiento protegido pero experimentando una severa perturbación de la vida en términos actividades, habilidades para la vida diaria y/o relaciones.
5. Las voces provocan un completo trastorno en la vida diaria del paciente requiriendo hospitalización. Es incapaz de mantener actividades y relaciones sociales. El auto-cuidado está también gravemente trastornado.

11. Control sobre las voces.

¿Piensas que tienes algún control sobre las voces para que ocurran? ¿Puedes a voluntad disminuir o aumentar las voces?

1. El paciente cree que tiene control sobre las voces y puede siempre provocarlas y eliminarlas a voluntad.
2. El paciente cree que tiene algún control sobre las voces en la mayoría de las ocasiones.
3. El paciente cree que tiene algún control sobre las voces aproximadamente la mitad de las veces.
4. El paciente cree que tiene algún control sobre las voces pero solo ocasionalmente. La mayoría de las veces el paciente experimenta voces incontrolables.
5. El paciente no tiene ningún control sobre la ocurrencia de las voces y no puede disminuirlas o aumentarlas.

DELIRIOS

Instrucciones generales

La siguiente entrevista estructurada está diseñada para elicitación de detalles específicos que tenga en cuenta diferentes dimensiones de las creencias delirantes. 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 una excepción para esto. Cuando valoramos la convicción, preguntar al paciente su convicción en el momento de la entrevista.

Criterios de puntuación

1. Cantidad de preocupación sobre los delirios.

¿Cuánto tiempo dedicas a pensar en tus creencias? (todo el tiempo, diariamente, semanalmente, etc.)

1. El paciente no refiere delirios o refiere pensar en ellos menos de una vez a la semana.
2. El paciente piensa en sus creencias al menos una vez a la semana.
3. El paciente piensa en sus creencias al menos una vez al día.
4. El paciente piensa en sus creencias al menos una vez a la hora.
5. El paciente piensa en sus delirios continuamente o casi constantemente.

2. Duración de la preocupación con los delirios.

Cuando piensas en tus creencias, ¿cuánto tiempo piensas en ellas? (unos pocos segundos, minutos, horas, etc.)

1. El paciente no refiere ningún delirio.
2. Los pensamientos sobre las creencias duran unos pocos segundos, son pensamientos fugaces.
3. Los pensamientos sobre las creencias duran varios minutos.
4. Los pensamientos sobre las creencias duran al menos una hora.
5. Los pensamientos sobre las creencias normalmente duran varias horas a la vez.

3. Convicción (en el momento de la entrevista).

En este momento, ¿qué grado de convicción tienes que tus creencias son verdaderas? ¿Puedes valorarlas en una escala de 0 a 100, donde 100 significa que estás totalmente convencido de que tus creencias son auténticas y 0 significa que no estás convencido de ellas?

1. El paciente no está convencido de sus creencias.
2. Muy poca convicción en la realidad de sus creencias, menos del 10%.
3. Algunas dudas con relación a la convicción de sus creencias, entre 10 y 49%.
4. La convicción en sus creencias es muy fuerte, entre 50 y 99%.
5. La convicción es del 100%.

4. Cantidad de angustia.

¿Te causan angustia tus creencias? ¿Cuántas veces te provocan angustia?

1. Las creencias nunca provocan angustia.
2. Las creencias provocan angustia en unas pocas ocasiones.
3. Las creencias provocan angustia aproximadamente en el 50% de las ocasiones.
4. Las creencias provocan angustia en la mayoría de las ocasiones, esto es, entre el 50 y 99% de las veces.
5. Las creencias siempre provocan angustia cuando ocurren.

5. Intensidad de la angustia.

Cuando tus creencias te provocan angustia, ¿con qué grado de intensidad lo sientes?

1. Las creencias no provocan angustia.
2. Las creencias provocan una ligera angustia.
3. Las creencias provocan una moderada angustia.
4. Las creencias provocan una marcada angustia.
5. Las creencias provocan una angustia extrema, no pueden ser peor.

6. Trastorno en la vida diaria causado por las creencias.

¿Cuánto trastorno te provocan tus creencias en tu vida diaria? ¿Te impiden trabajar o hacer otras actividades diarias? ¿Interfieren en tus relaciones con amigos y/o familiares? ¿Te interfieren en tus habilidades para cuidarte a tí mismo, por ejemplo, bañarte, cambiarte de ropa, etc.?

1. Las creencias no trastornan su vida, es capaz de mantener una vida independiente sin problemas en las habilidades para la vida diaria. Es capaz de mantener relaciones familiares y sociales (si se presentan).
2. Las creencias provocan una mínima cantidad de trastorno de la vida diaria, por ejemplo, interfieren en la concentración aunque es capaz de mantener las actividades diarias y las relaciones sociales y familiares y también en capaz de mantener una vida independiente sin apoyo.
3. Las creencias provocan una cantidad moderada de trastorno en la vida, causando algún trastorno en las actividades diarias y/o en las actividades sociales o familiares. El paciente no está ingresado en el hospital aunque

puede vivir en recurso protegido o recibir ayuda adicional en las habilidades para la vida diaria.

4. Las creencias provocan un trastorno severo en la vida del paciente, de forma que la hospitalización es normalmente necesaria. Es capaz de mantener algunas actividades diarias, auto-cuidado y relaciones durante su estancia en el hospital. El paciente puede también estar en recurso protegido pero experimentando un trastorno severo en su vida con relación a actividades, habilidades para la vida diaria, y/o relaciones.
5. Las creencias provocan un completo trastorno en su vida diaria siendo necesario la hospitalización. El paciente es incapaz de mantener cualquier actividad diaria y relaciones sociales. El auto-cuidado está gravemente trastornado.

HOJA DE PUNTUACIÓN DE LOS DELIRIOS

Nombre: Edad:

Sexo: V / M Diagnóstico:

Tiempo que ha experimentando las creencias (años):

Por favor, especificar las creencias delirantes del paciente:

Items	Puntuación
1 Cantidad de preocupación	
2. Duración de la preocupación	
3. Convicción	
4. Cantidad de angustia	
5. Intensidad de la angustia	
6. Trastorno	

HOJA DE PUNTUACIÓN DE LAS ALUCINACIONES

Nombre: Edad:

Sexo: V/M

Diagnóstico:

Tiempo que ha estado experimentando las voces (años):

Alucinaciones de otras modalidades: Visual / Olfativa /Gustativa /Táctil

Items	Puntuación
1. Frecuencia	
2. Duración	
3. Localización	
4. Intensidad	
5. Creencias sobre procedencia	
6. Cantidad de contenido negativo	
7. Grado de contenido negativo	
8. Cantidad de angustia	
9. Intensidad de la angustia	
10. Trastorno	
11. Control sobre las voces	

NUMERO DEVOCES

¿Cuántas voces diferentes has escuchado en la última semana?

Número de voces:

FORMA DE LASVOCES

- En primera persona: SI / NO(N=)
- En segunda persona: SI / NO(N=)
- En tercera persona: SI / NO (N=)
- Palabras únicas o frases sin pronombres: SI / NO (N=)

ESCALA DE EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA DE PACIENTES PSICÓTICOS CRONICOS (Krawiecka et al., 1977)

Cuando el psiquiatra efectúa las valoraciones, se espera que utilice su juicio clínico para hacer valoraciones globales sobre los pacientes en cada área. Por ejemplo, al efectuar la evaluación de depresión, el evaluador debe estar expresando su propia valoración clínica de la gravedad de la depresión, basándose en el porte y comportamiento del paciente durante la entrevista, y en la historia que el paciente ha dado sobre su depresión. Debe ser puesto de relieve que una puntuación que indica enfermedad (2, 3, o 4) para depresión no implica que el diagnóstico principal deba ser necesariamente un trastorno afectivo.

El periodo evaluado es el de la última semana.

Información general sobre la escala de cinco puntos:

- 0. Ausente** El ítem está ausente para todo propósito práctico
- 1. Leve** Aunque existe alguna evidencia por el ítem, no es considerado patológico
- 2. Moderado** El ítem está presente en un grado suficiente para ser observado como patológico
- 3. Marcado**
- 4. Severo**

DEPRESIÓN

Este ítem incluye no solo el comportamiento actual observado en la entrevista: postura de abatimiento, apariencia triste, aspecto desalentado, sino que debe ser un ítem clínico que exprese la valoración global de depresión, y la contribución que esta alteración del afecto produce sobre el estado mental anormal que está siendo medido. Si existe una discrepancia entre la depresión observada en la entrevista y el humor depresivo que se informa que tuvo en la última semana, la medición debe ser la mayor de las dos mediciones.

<p>0. Ausente</p>	<p>Forma y conducta normal en la entrevista. No se aprecia estado depresivo</p>
<p>1. Leve</p>	<p>Aunque puede existir alguna evidencia de depresión; tristeza ocasional, falta de energía; el evaluador no lo considera como patológico. Lo toma como un rasgo habitual que no llega a constituir una depresión clínicamente significativa.</p>
<p>2. Moderado</p>	<p>Se piensa que el paciente está clínicamente deprimido pero en un grado ligero. Ocasionalmente sentimientos que causan malestar significativo son vistos por el paciente como algo significativamente diferente de su forma usual de ser en la última semana</p>
<p>3. Marcado</p>	<p>El paciente es visto como clínicamente deprimido en un grado marcado. Frecuentes sentimientos de depresión como los descritos en “2” en la última semana, y ocasiona nivel de extremo malestar causado por la depresión</p>
<p>4. Grave</p>	<p>El paciente es visto como clínicamente deprimido en un grado extremo. El fenómeno depresivo mayor debe estar presente: ideas suicidas fuertemente mantenidas, llanto incontrolable, etc. La depresión ha causado un malestar extremo y frecuente en la última semana.</p>

ANSIEDAD

Junto a la evidencia directa de ansiedad observada por el entrevistador en la entrevista, este ítem debe expresar el punto de vista del entrevistador de la contribución que la ansiedad está haciendo al estado mental bajo consideración.

Aquí pueden existir algunos signos fisiológicos de hiperactividad simpática: palmas de las manos húmedas, temblor ligero, placas pustulosas en la piel, etc.

Cuando la ansiedad es tan grande que existe asociada agitación psicomotriz, esto será medido con una puntuación no inferior a 3.

Cuando exista una discrepancia entre la ansiedad tal cual es observada en la entrevista, y la ansiedad expresada en la semana previa a la evaluación efectuada, debe ser la mayor de las dos medidas.

<p>0. Ausente</p>	<p>Humor normal en la entrevista</p>
<p>1. Leve</p>	<p>Se piensa que la tensión que manifiesta el paciente es un rasgo habitual que no alcanza proporciones patológicas, una respuesta razonable a la situación de la entrevista.</p>
<p>2. Moderado</p>	<p>Se piensa que el paciente exhibe un grado leve de ansiedad o tensión clínicamente significativas. Ansiedad suficiente para causar malestar significativo que ha ocurrido ocasionalmente en la última semana</p>
<p>3. Marcado</p>	<p>El paciente exhibe un grado marcado de ansiedad o tensión clínicamente significativa. Puede estar aprehensivo acerca de la entrevista y necesita ser asegurado, pero existen solo interrupciones menores de la entrevista debido a la ansiedad. Puede estar asociada a agitación motriz de grado leve. Ansiedad suficiente para causar malestar significativo que ha ocurrido frecuentemente en la última semana. La ansiedad ha causado malestar extremo para el individuo ocasionalmente en la última semana.</p>
<p>4. Grave</p>	<p>El paciente exhibe un grado extremo de ansiedad o tensión clínicamente significativa. Puede ser incapaz para relajarse o pueden existir interrupciones importantes de la entrevista debidas a la ansiedad. Puede estar asociada a agitación motora de grado marcado o a una preocupación temerosa con acontecimientos amenazantes. La ansiedad ha causado un malestar extremo para el individuo de forma frecuente la última semana.</p>

AFECTIVIDAD APLANADA, AFECTIVIDAD INCONGRUENTE

El aplanamiento se refiere a un deterioro en las respuestas afectivas. El paciente es incapaz de transmitir correctamente el impacto de los acontecimientos mientras relata su historia, y no puede transmitir afecto, calor, o afectación mientras habla acerca de aquellos cercanos a él.

0. Ausente	Humor normal durante la entrevista
1. Leve	El paciente puede ser lacónico, taciturno o irrespondiente cuando discute tópicos con carga emocional, pero el entrevistador considera que esto es un rasgo habitual más que un signo de enfermedad. Dudosos significados patológicos.
2. Moderado	Deterioro clínicamente significativo de la respuesta emocional en grado leve. Existe una clara falta de tono emocional cuando discute tópicos importantes. Ocasional pero sin ninguna duda existen respuestas emocionales incongruentes durante la entrevista.
3. Marcado	Deterioro clínicamente significativo de la respuesta emocional en grado marcado. No muestra calidez o afectación. No puede comunicar el impacto de los acontecimientos cuando comenta los hechos, no expresa interés sobre el futuro. Respuestas incongruentes frecuentes de grado ligero, alguna incongruencia grave de forma ocasional
4. Grave	Grados extremos de deterioro clínicamente significativo de la respuesta emocional. No se puede despertar ninguna respuesta emocional o la incongruencia grave es frecuente. Es fatuo, arrogante, ríe tontamente, etc. De tal forma que perturba la entrevista

RETARDO PSICOMOTOR

0. Ausente	Formas y habla normal durante la entrevista. Las preguntas son respondidas completamente sin latencia en la respuesta. Aire espontáneo y cambios de la expresión.
1. Leve	Aunque puede existir alguna evidencia de lentitud o espontaneidad pobre, el entrevistador considera que esto es, o bien un rasgo habitual o que no alcanza proporciones claramente patológicas
2. Moderado	El entrevistador detecta lentitud o falta de espontaneidad en la entrevista y lo atribuye a enfermedad psiquiátrica, es por lo tanto detectable. El retardo en las respuestas puede merecer este nivel de evaluación siempre que el entrevistador considere que es parte de un estado mental enfermizo más bien que un rasgo habitual del paciente.
3. Marcado	Retardo psicomotor atribuible a enfermedad psiquiátrica, que es fácilmente detectable en la entrevista y se piensa que hace una contribución material a las anormalidades del estado mental actual del paciente.
4. Grave	El retardo psicomotor está presente en grado extremo

DELIRIOS EXPRESADOS COHERENTEMENTE

0. Ausente	No se detecta anormalidad durante la entrevista
1. Leve	Creencias excéntricas y errores triviales de interpretación, por ejemplo que el mal tiempo está causado por pruebas nucleares. Supersticiones, sectas religiosas, etc.
2. Moderado	Ideas sobrevaloradas e ideas de referencia, indudables falsas interpretaciones. Encuentra significados especiales
3. Marcado	Verdaderas ideas delirantes o percepciones delirantes han ocurrido en el último mes, pero el paciente niega que existan en la actualidad. Las ideas delirantes son expresadas en la actualidad pero no son fuertemente mantenidas o incorregibles.
4. Grave	Verdaderos delirios están presentes y son aun mantenidos por el paciente

ALUCINACIONES

El evaluador debe determinar si las alucinaciones se han producido en la última semana, en caso afirmativo, si son verdaderas o pseudoalucinaciones, y la frecuencia con que han ocurrido

0. Ausente	Ausencia, no hay evidencia de alucinaciones
1. Leve	Leves. Las alucinaciones referidas no son mórbidas definitivamente; alucinaciones hipnopómpicas, ilusiones, ideaciones
2. Moderado	Moderadas. Pseudoalucinaciones auditivas y visuales, alucinaciones con presencia de <i>insight</i> , por ejemplo las alucinaciones que suceden después del duelo
3. Marcado	Marcadas. En la última semana han estado presentes las verdaderas alucinaciones, pero han ocurrido con poca frecuencia
4. Grave	Severas. En la última semana han tenido lugar verdaderas alucinaciones con frecuencia

POBREZA DEL LENGUAJE, MUTISMO

0. Ausente	Lenguaje normal en cantidad y forma
1. Leve	El paciente solo habla cuando es preguntado; tiende a dar respuestas breves
2. Moderado	Dificultades o silencios ocasionales, pero la mayor parte de la entrevista transcurre fácilmente, o la conversación es obstaculizada por vaguedad, vacilación o brevedad de las respuestas
3. Marcado	Respuestas monosilábicas, pausas prolongadas frecuentes o fracaso en toda contestación. Razonable cantidad de lenguaje, pero las respuestas son lentas y vacilantes, faltando contenido o repeticiones y divagaciones, tal que una conversación significativa es casi imposible
4. Grave	Mutismo en toda la entrevista, o habla solo dos o tres palabras, o musita constantemente en voz baja

INCOHERENCIA E IRRELEVANCIA DEL LENGUAJE

0. Ausente	No existe evidencia de trastorno del pensamiento
1. Leve	Aunque las respuestas son a veces raras, las anomalías no cumplen criterios para trastorno del pensamiento; siempre es posible conocer la conexión entre las ideas
2. Moderado	Evidencia ocasional de trastorno del pensamiento, pero el paciente es, fuera de ello, coherente
3. Marcado	Evidencia frecuente de trastorno del pensamiento, pero es posible una comunicación significativa con el paciente. Suceden varios episodios de lenguaje incoherente
4. Grave	Las respuestas son difíciles de seguir a causa de la falta de línea directriz en las asociaciones. Lenguaje frecuentemente incoherente, sin un perceptible ensartamiento de significados.

ANEXO III: DATOS COMPLEMENTARIOS DE ANÁLISIS
ESTADÍSTICO

TABLA LOCALIZACIÓN - CONVICCIÓN

Tabla de contingencia localización - convicción

		Convicción				Total
		Algo interno	Dudas causas externas	Causas externas	Seguro causas externas	
Localización	Dentro cabeza	17	13	13	30	73
	Dentro > fuera	8	10	9	12	39
	Fuera > dentro	2	6	6	15	29
	Fuera cabeza	8	15	13	53	89
Total		35	44	41	110	230

Tabla de contingencia localización recodificada - convicción recodificada

		Convicción recodificada		Total
		Algo interno o dudas causas externas	Causas externas y seguro causas externas	
Localización recodificada	Dentro y dentro > fuera	48	64	112
	Fuera y fuera > dentro	31	87	118
Total		79	151	230

Tabla de contingencia localización recodificada - convicción recodificada

		Convicción recodificada		Total
		Interno	Externo	
Localización recodificada	Dentro	60,8%	42,4%	48,7%
	Fuera	39,2%	57,6%	51,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,010 ^a	1	,008		
Corrección por continuidad ^b	6,294	1	,012		
Razón de verosimilitudes	7,047	1	,008		
Estadístico exacto de Fisher				,009	,006
Asociación lineal por lineal	6,979	1	,008		
N de casos válidos	230				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 38,47.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

TABLA LOCALIZACIÓN – INTENSIDAD

Tabla de contingencia localización - intensidad

		Intensidad				Total
		Susurros	Voz normal	Fuertes	Gritos	
Localización	Dentro	34	52	23	7	116
	Fuera	24	45	36	14	119
Total		58	97	59	21	235

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,390 ^a	3	,060
Razón de verosimilitudes	7,467	3	,058
Asociación lineal por lineal	6,851	1	,009
N de casos válidos	235		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 10,37.

**Tabla de contingencia localización – intensidad
recodificada**

		Intensidad recodificada		Total
		Susurros o voz normal	Fuertes o gritos	
Localización	Dentro	86	30	116
	Fuera	69	50	119
Total		155	80	235

Tabla de contingencia

		Intensidad recodificada		Total
		Susurros o voz normal	Fuertes o gritos	
Localización	Dentro	74,1%	25,9%	100,0%
	Fuera	58,0%	42,0%	100,0%
Total		66,0%	34,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,827 ^a	1	,009		
Corrección por continuidad ^b	6,127	1	,013		
Razón de verosimilitudes	6,883	1	,009		
Estadístico exacto de Fisher				,013	,007
Asociación lineal por lineal	6,798	1	,009		
N de casos válidos	235				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 39,49.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

TABLA LOCALIZACIÓN - FRECUENCIA

Tabla de contingencia localización - frecuencia

		Frecuencia				Total
		1 vez semana	1 vez día	1 vez hora	continuamente	
Localización	Dentro	21	33	20	41	115
	Fuera	14	26	22	54	116
Total		35	59	42	95	231

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,100 ^a	3	,251
Razón de verosimilitudes	4,117	3	,249
Asociación lineal por lineal	4,017	1	,045
N de casos válidos	231		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 17,42.

Tabla de contingencia localización – frecuencia recodificada

		Frecuencia recodificada			Total
		Semanal	Diario	Varias veces al día	
Localización	Dentro	21	33	61	115
	Fuera	14	26	76	116
Total		35	59	137	231

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,869 ^a	2	,145
Razón de verosimilitudes	3,883	2	,143
Asociación lineal por lineal	3,645	1	,056
N de casos válidos	231		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 17,42.

TABLA LOCALIZACIÓN - DURACIÓN

Tabla de contingencia localización - duración

		Duración				Total
		Segundos	Minutos	1 hora	Horas	
Localización	Dentro	25	35	15	40	115
	Fuera	23	30	18	47	118
Total		48	65	33	87	233

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,265 ^a	3	,737
Razón de verosimilitudes	1,267	3	,737
Asociación lineal por lineal	,893	1	,345
N de casos válidos	233		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 16,29.

**Tabla de contingencia localización – duración
recodificada**

		Duración recodificada		Total
		Seg. o min	1 hora o más	
Localización	Dentro	60	55	115
	Fuera	53	65	118
Total		113	120	233

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,229 ^a	1	,268		
Corrección por continuidad ^b	,955	1	,328		
Razón de verosimilitudes	1,230	1	,267		
Estadístico exacto de Fisher				,296	,164
Asociación lineal por lineal	1,223	1	,269		
N de casos válidos	233				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 55,77.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

TABLA LOCALIZACIÓN – ACONTECIMIENTO VITAL

Tabla de contingencia localización - acontecimiento vital

		Acontecimiento Vital		Total
		No	Si	
Localización	Dentro	27	30	57
	Fuera	27	11	38
Total		54	41	95

Tabla de contingencia localización - acontecimiento vital

		No	Si	
Localización	Dentro	47,4%	52,6%	100,0%
	Fuera	71,1%	28,9%	100,0%
Total		56,8%	43,2%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,213 ^a	1	,022		
Corrección por continuidad ^b	4,293	1	,038		
Razón de verosimilitudes	5,325	1	,021		
Estadístico exacto de Fisher				,034	,018
Asociación lineal por lineal	5,159	1	,023		
N de casos válidos	95				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 16,40.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

TABLAS LOCALIZACIÓN – PRESENCIA DE DEPRESIÓN

Tabla de contingencia localización – depresión

		Depresión		Total
		Ausencia	Presencia	
Localización	Dentro	27	84	111
	Fuera	39	69	108
Total		66	153	219

Tabla de contingencia localización - depresión

		Depresión		Total
		Ausencia	Presencia	
Localización	Dentro	24,3%	75,7%	100,0%
	Fuera	36,1%	63,9%	100,0%
Total		30,1%	69,9%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,612 ^a	1	,057		
Corrección por continuidad ^b	3,074	1	,080		
Razón de verosimilitudes	3,626	1	,057		
Estadístico exacto de Fisher				,077	,040
Asociación lineal por lineal	3,595	1	,058		
N de casos válidos	219				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 32,55.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

TABLA LOCALIZACIÓN – PRESENCIA DE ANSIEDAD

Tabla de contingencia localización - ansiedad

		Ansiedad						Total	
		Ausente	Leve	Moderado	Marcado	Grave	99		999
Localización	No presentes	0	1	0	1	0	0	0	2
	Dentro cabeza	12	14	29	10	1	0	1	67
	Dentro > fuera	7	12	9	6	3	2	0	39
	Fuera > dentro	2	4	10	7	1	0	0	24
	Fuera cabeza	14	20	30	13	2	5	0	84
Total		35	51	78	37	7	7	1	216

Tabla de contingencia localización - ansiedad

		Ansiedad recodificada		Total
		Ausencia	Presencia	
Localización recodificada	Dentro	17,1%	82,9%	100,0%
	Fuera	15,0%	85,0%	100,0%
Total		16,1%	83,9%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,189 ^a	1	,664		
Corrección por continuidad ^b	,063	1	,802		
Razón de verosimilitudes	,190	1	,663		
Estadístico exacto de Fisher				,714	,402
Asociación lineal por lineal	,188	1	,664		
N de casos válidos	218				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 17,18.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

TABLA LOCALIZACIÓN – PRESENCIA DE DELIRIOS

Tabla de contingencia localización - delirios

	Delirios							Total
	Ausente	Leve	Moderado	Marcado	Grave	99	999	
Localización No presentes	0	0	1	0	1	0	0	2
Dentro cabeza	16	8	11	11	20	0	1	67
Dentro > fuera	10	1	6	9	11	2	0	39
Fuera > dentro	5	3	7	4	5	0	0	24
Fuera cabeza	22	10	15	16	16	5	0	84
Total	53	22	40	40	53	7	1	216

Tabla de contingencia localización - delirios

	Delirios recodificada		Total
	Ausencia	Presencia	
Localización Dentro	25,2%	74,8%	100,0%
recodificada Fuera	26,2%	73,8%	100,0%
Total	25,7%	74,3%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,025 ^a	1	,873		
Corrección por continuidad ^b	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,025	1	,873		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,500
Asociación lineal por lineal	,025	1	,874		
N de casos válidos	206				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 26,50.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

TABLA LOCALIZACIÓN – EDAD

Tabla de contingencia localización - edad

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
Dentro	117	40,23	12,278	1,135	37,98	42,48	19	77
Fuera	118	38,68	11,881	1,094	36,51	40,84	19	71
Total	235	39,45	12,080	,788	37,90	41,00	19	77

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	141,655	1	141,655	,971	,326
Intra-grupos	34002,532	233	145,934		
Total	34144,187	234			

TABLA LOCALIZACIÓN – NIVEL DE ESTUDIOS

Tabla de contingencia localización – nivel de estudios

	Nivel estudios							Total
	Analfabetismo	Sabe leer y escribir	Primario	FP	BUP	Universitario	ESO	
Localización dentro cabeza	4	11	28	4	11	7	0	65
dentro > fuera	2	7	9	7	10	2	0	37
fuera > dentro	0	5	13	3	4	0	0	25
fuera cabeza	4	8	35	6	9	6	1	69
Total	10	31	85	20	34	15	1	196

Tabla de contingencia localización recodificada – nivel de estudios recodificada

	Nivel de estudios recodificada		Total
	Sin estudios o primaria	Medio o superior	
Localización recodificada Dentro	61	41	102
Fuera	66	28	94
Total	127	69	196

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,323 ^a	1	,127		
Corrección por continuidad ^b	1,890	1	,169		
Razón de verosimilitudes	2,334	1	,127		
Estadístico exacto de Fisher				,137	,084
Asociación lineal por lineal	2,312	1	,128		
N de casos válidos	196				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

TABLA LOCALIZACIÓN – GÉNERO

Tabla de contingencia Localización - Género

		Sexo		Total
		Mujer	Hombre	
Localización	Dentro	36	81	117
	Fuera	42	76	118
Total		78	157	235

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,617 ^a	1	,432		
Corrección por continuidad ^b	,418	1	,518		
Razón de verosimilitudes	,617	1	,432		
Estadístico exacto de Fisher				,489	,259
Asociación lineal por lineal	,614	1	,433		
N de casos válidos	235				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

TABLA LOCALIZACIÓN – CONSUMO DE TÓXICOS,

Tabla de contingencia localización - consumo Tóxicos

		Consumo Tóxicos			Total
		No	Solo primer episodio	Frecuentemente	
Localización	Dentro	55	8	36	99
	Fuera	43	13	40	96
Total		98	21	76	195

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,825 ^a	2	,244
Razón de verosimilitudes	2,840	2	,242
Asociación lineal por lineal	1,423	1	,233
N de casos válidos	195		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 10,34.

TABLA LOCALIZACIÓN – CONSUMO DE ALCOHOL

Tabla de contingencia localización - consumo alcohol

		Consumo alcohol				Total
		No	Diario	Fines semana	Esporádicamente	
Localización	Dentro	55	10	7	4	76
	Fuera	30	9	5	2	46
Total		85	19	12	6	122

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,095 ^a	3	,778
Razón de verosimilitudes	1,077	3	,783
Asociación lineal por lineal	,187	1	,666
N de casos válidos	122		

a. 3 casillas (37,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,26.

TABLA LOCALIZACIÓN - CONSUMO DE TABACO

Tabla de contingencia localización - consumo tabaco

		Consumo tabaco			Total
		No	Diario	Esporádicamente	
Localización	Dentro	25	63	3	91
	Fuera	13	41	4	58
Total		38	104	7	149

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,343 ^a	2	,511
Razón de verosimilitudes	1,318	2	,517
Asociación lineal por lineal	1,268	1	,260
N de casos válidos	149		

a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,72.

TABLA LOCALIZACIÓN – CONSUMO DE OTRAS DROGAS

Tabla de contingencia localización - consumo otras drogas

		Consumo otras drogas				Total
		No	Diario	Fines semana	Esporádicamente	
Localización	Dentro	66	9	3	4	82
	Fuera	40	8	2	2	52
Total		106	17	5	6	134

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,617 ^a	3	,892
Razón de verosimilitudes	,609	3	,894
Asociación lineal por lineal	,016	1	,900
N de casos válidos	134		

a. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,94.

TABLA LOCALIZACIÓN – DURACIÓN DE LA ENFERMEDAD

Localización - duración enfermedad en años (inicio 1º diagnóstico-entrevista)

Localización recodificada	Media	N	Desv. típ.
Dentro	14,30	93	8,972
_ Fuera	13,22	108	9,564
Total	13,72	201	9,287

Tabla de ANOVA

			Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Duración Enfermedad en años (inicio 1º diagnóstico-entrevista) *	Inter-grupos	(Combinadas)	58,161	1	58,161	,673	,413
	Intra-grupos		17192,237	199	86,393		
	Total		17250,398	200			
Localización recodificada							

TABLA PRESENCIA DE ALUCINACIONES – PRESENCIA DE DEPRESIÓN

Tabla de contingencia presencia alucinaciones – presencia depresión

		Depresión					99	999	Total
		Ausente	Leve	Moderado	Marcado				
Alucinaciones	Ausente	21	19	8	1	0	0	49	
	Leve	1	1	2	0	0	0	4	
	Moderado	5	5	7	1	0	0	18	
	Marcado	15	23	16	4	0	0	58	
	Grave	24	28	21	6	0	0	79	
	99	0	0	0	0	7	0	7	
	999	0	0	0	0	0	1	1	
Total		66	76	54	12	7	1	216	

Tabla de contingencia presencia alucinaciones – presencia depresión

		Depresión recodificada		Total
		Ausencia	Presencia	
Alucinaciones	Ausencia	21	28	49
	Presencia	45	114	159
Total		66	142	208

Tabla de contingencia presencia alucinaciones – presencia depresión

		Depresión recodificada		Total
		Ausencia	Presencia	
Alucinaciones recodificada	Ausencia	31,8%	19,7%	23,6%
	Presencia	68,2%	80,3%	76,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,663 ^a	1	,056		
Corrección por continuidad ^b	3,022	1	,082		
Razón de verosimilitudes	3,543	1	,060		
Estadístico exacto de Fisher				,078	,043
Asociación lineal por lineal	3,646	1	,056		
N de casos válidos	208				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 15,55.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

TABLA PRESENCIA DE ALUCINACIONES – PRESENCIA DE ANSIEDAD

Tabla de contingencia presencia de alucinaciones – presencia de ansiedad

		Ansiedad						Total	
		Ausente	Leve	Moderado	Marcado	Grave	99		
Alucinaciones	Ausente	14	12	18	4	1	0	0	49
	Leve	2	1	1	0	0	0	0	4
	Moderado	3	4	9	1	1	0	0	18
	Marcado	8	14	25	10	1	0	0	58
	Grave	8	20	25	22	4	0	0	79
	99	0	0	0	0	0	7	0	7
	999	0	0	0	0	0	0	1	1
Total		35	51	78	37	7	7	1	216

Tabla de contingencia presencia de ansiedad – presencia de alucinaciones

		Ansiedad recodificada		Total
		Ausencia	Presencia	
Alucinaciones recodificada	Ausencia	14	35	49
	Presencia	21	138	159
Total		35	173	208

Tabla de contingencia presencia de alucinaciones – presencia ansiedad

		Ansiedad recodificada		Total
		Ausencia	Presencia	
Alucinaciones recodificada	Ausencia	40,0%	20,2%	23,6%
	Presencia	60,0%	79,8%	76,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,317 ^a	1	,012		
Corrección por continuidad ^b	5,267	1	,022		
Razón de verosimilitudes	5,753	1	,016		
Estadístico exacto de Fisher				,016	,013
Asociación lineal por lineal	6,287	1	,012		
N de casos válidos	208				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 8,25.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

TABLA PRESENCIA DE ALUCINACIONES – PRESENCIA DE DELIRIOS

Tabla de contingencia presencia de delirios – presencia de alucinaciones

		Delirios						Total	
		Ausente	Leve	Moderado	Marcado	Grave	99		
Alucinaciones	Ausente	25	11	6	4	3	0	0	49
	Leve	1	0	3	0	0	0	0	4
	Moderado	7	1	6	2	2	0	0	18
	Marcado	8	6	13	19	12	0	0	58
	Grave	12	4	12	15	36	0	0	79
	99	0	0	0	0	0	7	0	7
	999	0	0	0	0	0	0	1	1
Total		53	22	40	40	53	7	1	216

Tabla de contingencia presencia de delirios – presencia de alucinaciones

		Delirios		Total
		Ausencia	Presencia	
Alucinaciones	Ausencia	25	24	49
	Presencia	28	131	159
Total		53	155	208

Tabla de contingencia presencia de alucinaciones – presencia delirios

		Delirios		Total
		Ausencia	Presencia	
Alucinaciones	Ausencia	47,2%	15,5%	23,6%
	Presencia	52,8%	84,5%	76,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	22,020 ^a	1	,000		
Corrección por continuidad ^b	20,295	1	,000		
Razón de verosimilitudes	20,189	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	21,914	1	,000		
N de casos válidos	208				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 12,49.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

TABLA PRESENCIA DE ALUCINACIONES – SITUACIÓN LABORAL

Tabla contingencia presencia de alucinaciones - situación laboral

	Situación laboral								Total
	Activo	Estudiante	Labores del hogar	Paro sin subsidio	Paro con subsidio	Invalidez	Jubilado	99	
Alucinaciones Ausente	5	0	0	1	0	11	2	3	22
Leve	1	0	0	0	0	1	0	1	3
Moderado	2	0	0	3	2	2	3	3	15
Marca do	10	1	3	14	3	11	3	5	50
Grave	10	4	4	16	3	31	5	0	73
99	0	0	0	0	0	0	0	1	1
999	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Total	28	5	7	35	8	56	13	13	165

Tabla de contingencia presencia alucinaciones recodificada - situación laboral recodificada

	Situación laboral recodificada		Total
	Resto situaciones	Paro sin subsidio	
Alucinaciones recodificada Ausencia	18	1	19
Presencia	99	33	132
Total	117	34	151

Tabla de contingencia presencia alucinaciones recodificada - situación laboral recodificada

		Situación laboral recodificada		Total
		Resto situaciones	Paro sin subsidio	
Alucinaciones recodificada	Ausencia	15,4%	2,9%	12,6%
	Presencia	84,6%	97,1%	87,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,708 ^a	1	,054		
Corrección por continuidad ^b	2,663	1	,103		
Razón de verosimilitudes	4,786	1	,029		
Estadístico exacto de Fisher				,075	,041
Asociación lineal por lineal	3,684	1	,055		
N de casos válidos	151				

a. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,28.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

TABLA PRESENCIA DE ALUCINACIONES – DISPONIBILIDAD FAMILIAR

Tabla de contingencia presencia alucinaciones - disponibilidad familiar

		Disponibilidad familia			Total
		Nula	Posible	Segura	
Alucinaciones	Ausencia	9	18	11	38
	Presencia	24	60	62	146
Total		33	78	73	184

Tabla de contingencia presencia alucinaciones – disponibilidad familiar

		Disponibilidad familia			Total
		Nula	Posible	Segura	
Alucinaciones	Ausencia	27,3%	23,1%	15,1%	20,7%
	Presencia	72,7%	76,9%	84,9%	79,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,551 ^a	2	,279
Razón de verosimilitudes	2,593	2	,273
Asociación lineal por lineal	2,445	1	,118
N de casos válidos	184		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.

La frecuencia mínima esperada es 6,82.

TABLA PRESENCIA DE ALUCINACIONES – NIVEL DE ESTUDIOS

Tabla de contingencia presencia de alucinaciones – nivel de estudios

		Nivel estudios							Total
		Analfabetis mo	Sabe leer y escribir	Primari o	FP	BUP	Universita rio	ESO	
Alucinacion es	Ausente	0	5	15	6	3	1	0	30
	Leve	0	1	2	0	1	0	0	4
	Modera do	1	3	8	2	2	1	0	17
	Marcad o	2	6	27	3	11	3	0	52
	Grave	5	9	33	5	12	10	1	75
	99	0	0	0	0	1	0	0	1
	999	0	1	0	0	0	0	0	1
Total		8	25	85	16	30	15	1	180

Tabla de contingencia alucinaciones recodificada - nivel estudios recodificada

		Nivel de estudios recodificada		Total
		Sin estudios o primaria	Medio o superior	
Alucinaciones recodificada	Ausencia	20	10	30
	Presencia	98	50	148
Total		118	60	178

Tabla de contingencia alucinaciones recodificada - nivel estudios recodificada

		Nivel recodificada		Total
		Sin estudios o primaria	Medio o superior	
Alucinaciones recodificada	Ausencia	16,9%	16,7%	16,9%
	Presencia	83,1%	83,3%	83,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,002 ^a	1	,962		
Corrección por continuidad ^b	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,002	1	,962		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,571
Asociación lineal por lineal	,002	1	,962		
N de casos válidos	178				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 10,11.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

**TABLA PRESENCIA ALUCINACIONES – ANTECEDENTES
FAMILIARES PRIMER GRADO CON PSICOSIS**

Tabla de contingencia presencia alucinaciones - antecedentes

		Antecedentes 1º grado Psicosis			Total
		No antecedentes	Posible antecedente	Seguro antecedentes	
Alucinaciones	Ausente	31	6	7	44
	Leve	3	0	0	3
	Moderado	10	4	3	17
	Marcado	29	2	13	44
	Grave	49	3	10	62
	99	2	0	0	2
	999	1	0	0	1
Total		125	15	33	173

Tabla de contingencia presencia alucinaciones recodificada – antecedentes

		Antecedentes 1º grado Psicosis			Total
		No antecedentes	Posible antecedente	Seguro antecedentes	
Alucinaciones recodificada	Ausencia	31	6	7	44
	Presencia	91	9	26	126
Total		122	15	33	170

Tabla de contingencia presencia alucinaciones recodificada – antecedentes

		Antecedentes 1º grado Psicosis			Total
		No antecedentes	Posible antecedente	Seguro antecedentes	
Alucinaciones recodificada	Ausencia	25,4%	40,0%	21,2%	25,9%
	Presencia	74,6%	60,0%	78,8%	74,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,948 ^a	2	,378
Razón de verosimilitudes	1,826	2	,401
Asociación lineal por lineal	,044	1	,833
N de casos válidos	170		

a. 1 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,88.

**Tabla de contingencia presencia alucinaciones
recodificada - antecedentes recodificada**

		Antecedentes recodificada		Total
		No	Sí	
Alucinaciones recodificada	Ausencia	25,4%	27,1%	25,9%
	Presencia	74,6%	72,9%	74,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,050 ^a	1	,823		
Corrección por continuidad ^b	,001	1	,976		
Razón de verosimilitudes	,050	1	,823		
Estadístico exacto de Fisher				,847	,483
Asociación lineal por lineal	,050	1	,823		
N de casos válidos	170				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 12,42.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

TABLA INTENSIDAD DE LAS ALUCINACIONES – CONSUMO DE TÓXICOS

Tabla de contingencia intensidad – consumo de tóxicos

		Intensidad					Total
		No presentes	Susurros	Voz normal	Fuertes	Gritos	
Consumo	No valorable	0	3	4	6	1	14
Tóxicos	No	0	24	41	24	10	99
	Solo primer episodio	1	6	8	3	3	21
	Frecuentemente	0	22	28	21	5	76
Total		1	55	81	54	19	210

Tabla de contingencia intensidad – consumo de tóxicos

		Intensidad recodificada		Total
		Susurros o voz normal	Fuertes o gritos	
Consumo de tóxicos	No	63,7%	36,3%	100,0%
	Si	66,7%	33,3%	100,0%
Total		65,1%	34,9%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,199 ^a	1	,656		
Corrección por continuidad ^b	,090	1	,764		
Razón de verosimilitudes	,199	1	,656		
Estadístico exacto de Fisher				,666	,382
Asociación lineal por lineal	,198	1	,657		
N de casos válidos	209				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 33,53.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

TABLA INTENSIDAD DE LAS ALUCINACIONES - CONSUMO DE TABACO

Tabla de contingencia intensidad – consumo de tabaco

		Intensidad					Total
		No presentes	Susurros	Voz normal	Fuertes	Gritos	
Consumo de tabaco	No	0	9	19	8	2	38
	Diario	2	32	42	25	5	106
	Esporádica mente	0	0	4	2	1	7
	No valorable	0	5	9	1	0	15
Total		2	46	74	36	8	166

Tabla de contingencia intensidad – consumo de tabaco

		Intensidad recodificada		Total
		Susurros o voz normal	Fuertes o gritos	
Consumo de tabaco	No	73,7%	26,3%	100,0%
	Si	70,3%	29,7%	100,0%
Total		71,1%	28,9%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,161 ^a	1	,689		
Corrección por continuidad ^b	,037	1	,847		
Razón de verosimilitudes	,163	1	,687		
Estadístico exacto de Fisher				,836	,429
Asociación lineal por lineal	,160	1	,690		
N de casos válidos	149				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 10,97.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

TABLA INTENSIDAD DE LAS ALUCINACIONES – CONSUMO DE ALCOHOL

Tabla de contingencia intensidad – consumo de alcohol

		Intensidad					Total
		No presentes	Susurros	Voz normal	Fuertes	Gritos	
Consumo alcohol	No	0	23	36	21	5	85
	Diario	0	2	11	5	1	19
	Fines semana	1	4	5	3	0	13
	Esporádicamente	0	2	4	0	0	6
	No valorable	1	9	13	1	2	26
Total		2	40	69	30	8	149

Tabla de contingencia intensidad – consumo de alcohol

		Intensidad recodificada		Total
		Susurros o voz normal	Fuertes o gritos	
Consumo de alcohol	No	69,4%	30,6%	100,0%
	Si	75,7%	24,3%	100,0%
Total		71,3%	28,7%	100,0%

Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,494 ^a	1	,482		
Corrección por continuidad ^b	,236	1	,627		
Razón de verosimilitudes	,504	1	,478		
Estadístico exacto de Fisher				,522	,317
Asociación lineal por lineal	,490	1	,484		
N de casos válidos	122				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 10,61.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

TABLA INTENSIDAD DE LAS ALUCINACIONES – CONSUMO DE OTRAS DROGAS

Tabla de contingencia intensidad – consumo de otras drogas

		Intensidad					Total
		No presentes	Susurros	Voz normal	Fuertes	Gritos	
Consumo de otras drogas	No	1	35	44	22	6	108
	Diario	0	1	9	5	2	17
	Fines semana	0	1	4	0	0	5
	Esporádica mente	1	0	3	2	0	6
	No valorable	0	3	9	2	0	14
Total		2	40	69	31	8	150

Tabla de contingencia intensidad – consumo de otras drogas

		Intensidad recodificada		Total
		Susurros o voz normal	Fuertes o gritos	
Consumo de otras drogas	No	73,8%	26,2%	100,0%
	Si	66,7%	33,3%	100,0%
Total		72,4%	27,6%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,554 ^a	1	,457		
Corrección por continuidad ^b	,253	1	,615		
Razón de verosimilitudes	,538	1	,463		
Estadístico exacto de Fisher				,476	,302
Asociación lineal por lineal	,550	1	,458		
N de casos válidos	134				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 7,46.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

