



Terapia Psicológica

ISSN: 0716-6184

sochpscl@entelchile.net

Sociedad Chilena de Psicología Clínica
Chile

Langer, Álvaro I.; Cangas, Adolfo J.
Fundamentos y Controversias en la Diferenciación entre Alucinaciones en Población Clínica y Normal
Terapia Psicológica, vol. 25, núm. 2, diciembre, 2007, pp. 173-182
Sociedad Chilena de Psicología Clínica
Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78525208>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Fundamentos y Controversias en la Diferenciación entre Alucinaciones en Población Clínica y Normal

Foundations and Controversies in the Differentiation of Hallucinations in Clinical and Non-Clinical Populations

Álvaro I. Langer & Adolfo J. Cangas*
Universidad de Almería, España

(Rec: 8 de mayo 2007 - Acept: 21 de septiembre 2007)

Resumen.

En la actualidad las alucinaciones son un síntoma primordial en Psicopatología. De hecho, cierto tipo de ellas, pueden ser suficientes para el diagnóstico de trastornos graves como la esquizofrenia. Igualmente, pueden estar presentes en diversas entidades como la demencia, depresión, trastornos de personalidad, etc. Sin embargo, a pesar de su relevancia, también presentan una serie de dificultades que tienen que ver tanto con su significado como con la etiología de las mismas. Asimismo, en los últimos años han cobrado gran relevancia los estudios que analizan la continuidad de este tipo de experiencias entre la población sin un diagnóstico psicopatológico y la población clínica. De este modo, el objetivo del presente trabajo va encaminado a determinar cuáles son las principales aportaciones que se han hecho en los últimos años en este terreno y también cuáles son los principales problemas y conclusiones que se pueden sacar hasta el momento. Así, cuestiones fundamentales como ¿es escuchar voces patognomónico de un trastorno mental?, ¿tener un síntoma “psicótico” es la antesala a desarrollar un desorden clínico?, ¿las alucinaciones no auditivas siguen el mismo mecanismo que las auditivas?, ¿estamos hablando del mismo fenómeno alucinatorio en pacientes que en no pacientes, es decir, son comparables?, son aspectos centrales en la literatura actual que requieren una revisión.

Palabras Clave: Alucinaciones, continuidad, factores psicológicos, escuchar voces

Abstract.

Nowadays, hallucinations are an essential symptom in Psychopathology. In fact, some kind of them may be sufficient to a serious disorder diagnosis, such as schizophrenia, and may be present in several diseases such as dementia, depression or personality disorders. However, hallucinations present some difficulties related to their meaning and etiology. In recent years, studies analyzing the frequency of hallucinations in populations with no psychopathological diagnosis and in clinical ones have become important. For this reason, the present study aims at determining the principal contributions to this field in the last years, and the main problems and conclusions to date. Among relevant questions in this field requiring a revision, there can be found the following: is hearing voices patognomonic of a mental disorder? is having a psychotic symptom the previous step to a clinical disorder?; do non-auditory hallucination have the same mechanism than the auditory ones?; can the same hallucinatory phenomenon be found in diagnosed and in non-diagnosed people?

Key words: Hallucinations, continuity, psychological factors, hearing voices

* Este trabajo ha sido financiado por un proyecto de investigación concedido por el Ministerio de Educación y Ciencia de España al segundo autor (Ref. SEJ2006-02342/PSIC).

Correspondencia a: Adolfo J. Cangas, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento psicológico, Universidad de Almería. La Cañada de San Urbano s/n 04120, Almería, España. E-mail: alh750@alboran.ual.es o ajcangas@ual.es

Definición de alucinación

Una de las definiciones que más ha influido en la consideración del término “alucinación” es la dada por Ball (1890) al considerar que son “percepciones sin objeto”. Sin embargo anteriormente a él, Esquirol en 1838, se refirió al concepto de alucinación de la siguiente forma: “un hombre que tiene la convicción íntima de una sensación realmente percibida, y no hay ningún objeto cercano, al alcance de sus sentidos, para activar esa sensación, está en un estado de alucinación, es un visionario”. Cabe detenerse un momento en esta definición por varios motivos (Lanteri-Laura, 1991; Berríos, 1990, 1994): (a) sienta las bases de la acepción del término alucinación en medicina al agrupar en un concepto los fenómenos experimentados (en ausencia de estímulo) por las distintas vías sensoriales; (b) deja de manifiesto que los órganos de los sentidos y las vías sensoriales no es lo fundamental y que el problema tendría que ver más con las creencias, formando parte de una “convicción íntima”; (c) enuncia que se pueden tener alucinaciones sin estar *alienado* (con un trastorno mental) y en enfermos no alienados (por ejemplo, en el delirio febril), y (d) distingue claramente la alucinación de la ilusión, enfatizando en esta última una alteración periférica-sensitiva, en donde un objeto exterior es percibido de forma errada.

En esta misma línea cabe mencionar la obra de J. P. Falret (1864), el cual es uno de los primeros en diferenciar las alucinaciones auditivas, afirmando que la frecuencia es producto de la estrecha relación existente entre el pensamiento y su expresión mediante la palabra; además señala cómo aspectos culturales, como el misticismo y la superstición, condicionan a los sentidos.

De este modo, como se puede ver (y se irá perfilando más adelante) ya Esquirol (1938) y posteriormente Falret (1864), afirmaban cuestiones que son hoy fundamentales en la literatura actual. Por otro lado, los manuales diagnósticos internacionales, como el DSM IV-R, siguiendo la definición dada por Ball, mantendrán que las alucinaciones son “una percepción sensorial que tiene el convincente sentido de la realidad de una percepción real, pero que ocurre sin estimulación externa del órgano sensorial implicado” (APA, 2000, p. 914). Así, mantendrá una visión enfocada en una tradición perceptiva-sensorial, diferente a la propuesta por Esquirol (1938), sin hacer diferencias entre las distintas modalidades de alucinaciones (asumiendo que todas responden al mismo mecanismo) y no entrando en el tema de la relación del pensamiento y del lenguaje, como varios autores han planteado en relación a las alucinaciones auditivas.

Por otro lado, las teorías que mantendrán que las alucinaciones tienen mayor relación con una alteración en las creencias o con el juicio de la realidad tendrían fundamentalmente dos argumentos a su favor. El primero correspondería a la relación existente entre alucinaciones, delirios y estado anímico, fenómenos que se encuentran

estrechamente relacionados, observándose que frente a la mejoría de alguno de ellos se observa una disminución en la sintomatología de los restantes (Husting & Hafner, 1990; Weiss & Weiss, 1998). El segundo aspecto alude a que cuando una persona presenta sintomatología alucinatoria (que no sea producto de una lesión neurológica o efecto de alguna sustancia tóxica), se encuentra generalmente en un momento particularmente alterado a nivel personal o vivencial, y así es probable que estén alteradas diversas facetas de la vida de la persona, como son su sentido de relación con los demás, posibles expectativas truncadas, dificultades para relacionarse en nuevas demandas sociales, etc; de ahí precisamente que esta sintomatología en la esquizofrenia debute precisamente en épocas de mayor crisis o ante nuevas demandas, como es la adolescencia o adultez temprana (Harrop & Trower, 2001). Este último argumento apunta a que las alucinaciones no se pueden separar del contexto o circunstancias particulares en las que se encuentra la persona, resaltando que hay una historia individual, social y cultural que incide en el fenómeno alucinatorio (García & Pérez, 2003).

De esta forma las alucinaciones pueden ser entendidas básicamente desde dos posiciones diferenciadas en cuanto al origen: una sensorial (entendiendo a la alucinación como un trastorno de la percepción) y otra no sensorial (entendiendo la alucinación como una alteración en las creencias o pensamiento) (Berríos, 1994, 1996). Puede que la primera acepción tenga más sentido en las alucinaciones simples (por ejemplo, tras el consumo de tóxicos) pero la segunda, más ligada a las circunstancias experienciales de las personas, define mejor las alucinaciones que aparecen en problemas graves de comportamiento (como es el caso de la esquizofrenia), donde las mismas reflejan en gran medida los temores, creencias y dificultades de las personas que las experimentan.

Las alucinaciones en psicopatología

Las alucinaciones y específicamente las auditivas se pueden observar en diversos desórdenes y situaciones: trastornos afectivos, psicóticos, disociativos, de personalidad, orgánicos y de estrés postraumático (Altman, Collins & Mundy, 1997, Dhossche, Ferdinand, van Der Ende, Hostra & Verhulst, 2002, Romme & Escher, 1996, Ohayon, 2000, Tien, 1991), y situaciones sin tener un carácter psicopatológico, como puede ser en el inicio y fin de periodos de sueño (McKellar, 1968), privación sensorial (Zuckerman & Cohen, 1964) o hipnosis (Barber & Calverley, 1964; Bryant & Mallard, 2003). Sin embargo, es en la esquizofrenia donde más atención ha recibido y donde es considerado uno de sus síntomas más comunes (Sartorius, Shapiro & Jablensky, 1974), siendo un síntoma de primer rango en ausencia de enfermedad médica

(Schneider, 1959), y otorgándole gran importancia tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de esta condición.

Sin embargo, esta relevancia actual en los trastornos psicóticos no siempre ha sido así; por ejemplo, podemos observar cómo Bleuler (1911) consideraba a las alucinaciones como un “síntoma secundario” y que los aspectos más relevantes en la esquizofrenia corresponderían a la ambivalencia, alteraciones en la afectividad, alteraciones en la asociación (pensamiento) y autismo (repliegue sobre uno mismo). Este giro o relevancia de las alucinaciones en la actualidad vino promovido básicamente por la necesidad de tener un diagnóstico más fiable (en este sentido las alucinaciones son una conducta relativamente fácil de medir), por ser comportamientos llamativos y, sobre todo, porque se pueden reducir o eliminar a través de la medicación antipsicótica (Cangas, García, López & Olivencia, 2003).

Así mismo es necesario señalar que las alucinaciones, como se indicaba anteriormente, probablemente no tengan tanto que ver con alguna dificultad de la percepción o algún déficit en algún órgano sensorial, sino más bien implique una alteración en la apreciación o juicio de realidad. Desde esta perspectiva es necesario tener en consideración también la cultura o contexto sociocultural que marca o define lo que se va a entender como patológico o normal. La creencia actual de que las alucinaciones están relacionadas con una conceptualización patológica y grave (*loco*, esquizofrénico) no siempre ha sido así. Tal como señala Berríos (1994), es a partir del siglo XIX donde se entenderá a la alucinación como un fenómeno estrictamente médico y patológico, predominando las alucinaciones auditivas en forma de voces que estarían ligadas a los problemas de interacción social que habitualmente muestran estas personas (Rojcewicz & Rojcewicz, 1997). Por supuesto, existen referencias de fenómenos alucinatorios a lo largo de la historia de la humanidad, pero frecuentemente eran integrados y aceptados por la cultura. Por ejemplo, en la Edad Media eran frecuentes las visiones y locuciones que estaban integradas la mayoría de las veces en el contexto social, fundamentalmente religioso (Kroll & Bacrach, 1982; Sarbin & Juhasz, 1967).

Por otro lado, como se ha mencionado, es en la esquizofrenia donde las alucinaciones auditivas se presentan con mayor frecuencia [siguiendo a Slade y Bentall (1988), en esta alteración estarían presentes el 60% de los casos]. Sin embargo, para entender la esquizofrenia (al igual que las alucinaciones) no existe un acuerdo en la concepción de este trastorno, coexistiendo distintos modelos y teorías y presentando múltiples problemas su diagnóstico (Read, Mosher & Bentall, 2004). Es así como Bentall, Jackson y Pilgrim (1988) sugieren abandonar el concepto de esquizofrenia y centrarse en sus síntomas. Entre las ventajas que tendría el estudio del síntoma estarían, por ejemplo, los siguientes (Persons, 1986): (a) prevenir clasificaciones erróneas de los sujetos; (b) el estudio de importantes fenómenos que han sido ignorados por las categorías diagnósticas (c) facilitaría

el desarrollo teórico, al poder relacionar los síntomas más fácilmente con la etiología; (d) el estudio individualizado de cada uno de los elementos de la patología; (e) un reconocimiento de la continuidad entre el fenómeno clínico y la normalidad; (f) mejoras en la clasificación diagnóstica.

En síntesis, se podría señalar que actualmente coexisten los siguientes modelos en relación a la esquizofrenia: (a) la esquizofrenia como una unidad discreta, visión o aproximación categorial (por ejemplo, presente en el DSM-IV-TR o CI 10); (b) una visión dimensional de las psicosis (en donde sería más correcto hablar del espectro esquizofrénico); (c) un enfoque centrado en los síntomas psicóticos (alucinaciones, delirios) -no teniendo en rigor que ser una mirada dimensional, aunque se acerca más a esta- (Bentall *et al.*, 1988, Bentall, 1990); y (d) una propuesta de modelo o acercamiento centrado en la persona (Chadwick, Birchwood & Trower, 1996, Harrop & Trower, 2001). En este panorama, resulta interesante la propuesta de Peralta y Cuesta (2003), quienes plantean que el problema del diagnóstico (e implícitamente la definición) de la esquizofrenia es que habría una falsa asunción en creer que el desorden es categorial o es dimensional, siendo la esquizofrenia (en general los trastornos mentales) ambas, por lo que el punto crucial más bien sería lograr definir en qué circunstancias y para qué es más apropiado uno u otro. Para lo cual proponen un acercamiento desde un paradigma “Polidiagnóstico-Multidimensional”, el cual podría ser una alternativa a la falta de claridad de delimitación de la esquizofrenia en relación a otros desórdenes psicóticos (polidiagnóstico) y a las diversas formas del desorden (multidimensional).

En cualquier caso, también diversos autores han manifestado que las alucinaciones se pueden observar en personas que no presentan ningún tipo de trastorno psicopatológico (Barret & Etheridge, 1992; Van Os, Hanssen, Bijl & Ravelli, 2000; Ohayon, 2000), lo que ha llevado a proponer (o re-proponer) una continuidad del fenómeno alucinatorio entre la normalidad y la psicopatología.

Continuidad de la experiencia alucinatoria

Esta línea de trabajo se basa principalmente en estudios epidemiológicos, en los cuales se observa que un número importante de personas de la población general manifiestan presentar uno o más síntomas psicóticos. Para indicar esta continuidad las investigaciones han utilizado diferentes denominaciones para referirse a la experiencia alucinatoria: predisposición a las alucinaciones (*psychosis proneness*), experiencias psicóticas (*psychotic experiences*), esquizotipia (*schizotypy*), alto riesgo de estados mentales (*at-risk mental states*), etc.

Siguiendo a Johns y Van Os (2001), la distribución de estos síntomas en la población general varía según cómo se mida el fenómeno. En general se pueden distinguir dos aproximaciones. La primera apunta a medir en la población

general los mismos síntomas que se observan en pacientes con un trastorno psicótico. Asumiendo implícitamente que experimentar síntomas como alucinaciones y delirios no va inevitablemente asociado con la presencia del desorden sino, más bien, que su presencia depende de factores como la intrusividad, frecuencia y comorbilidad de los síntomas por un lado y de factores culturales y personales por el otro (como pueden ser estrategias de afrontamiento, tolerancia social y del funcionamiento social). El segundo acercamiento asume un rango de desorden a lo largo de un continuo, siendo la expresión del rasgo atenuado y en forma de signos y síntomas esquizotípicos. Señalando los autores que la elección del instrumento va a influir mucho en la distribución de estudios de prevalencia (Johns & Van Os, 2001).

En lo que se refiere a aspectos metodológicos, la mayoría de los trabajos anteriormente citados, se han elaborado a base de cuestionarios (autoaplicados) y entrevistas (estructuradas o semi-estructuradas), como por ejemplo: Escala Revisada de Alucinaciones (RHS; Morrison, Wells & Nothard, 2000) [adaptada de la Escala de Alucinaciones de Launay-Slade (Launay & Slade, 1981)]; Community Assesment of Psychiatric Experiences, (CAPE; Stefanis *et al.*, 2002); Composite International Diagnostic Interviewed, (CIDI; World Health Organization, 1990). Las mismas varían en el grado de psicopatología de los ítems y si preguntan por sintomatología psicótica en general (por ejemplo, CAPE) o de un síntoma específico, por ejemplo, alucinaciones (por ejemplo, Escala de Alucinaciones de Launay-Slade). Además habría que diferenciar las que miden (o fueron diseñados para medir) predisposición al síntoma (por ejemplo, a las alucinaciones) y las que miden el síntoma propiamente como tal. Una vez realizadas estas diferencias (de suma importancia a la hora de interpretar los datos y sacar conclusiones) podemos realizar un segundo nivel de análisis del tratamiento que se ha dado a las alucinaciones. De esta forma, puede existir el inconveniente de que frente a un mismo ítem como puede ser, por ejemplo, "*Escucho una voz que dice mis pensamientos en alto*", dos personas respondan afirmativamente pero queriendo expresar cosas bastante distintas o circunscritas a situaciones muy específicas; sin embargo, en el dato ambas contestaron positivamente, es decir, que una misma topografía de conducta (por ejemplo, decir que se oye una voz que dice mis pensamientos en alto) puede responderse con atribuciones causales tan distintas, como atribuirlo a una fuente externa o a uno mismo, lo que cambiaría bastante el devenir del fenómeno. Lo que en sí le da fundamento a la experiencia, es su creencia y respuesta emocional. Por lo que si nos quedamos únicamente con el dato que manifiesta el sujeto de mantener o no que se ha experimentado algo que en realidad no estaba presente, puede que existan falsos positivos en catalogar a personas que experimentan alucinaciones (o que escuchan voces). En este sentido, el estudio de Hanssen,

Bijl, Vollerbergh y Van Os (2003), da algunas luces sobre si los autorreportes pueden ser una herramienta válida para predecir un desorden psiquiátrico. El estudio basado en una muestra de 7076 sujetos de la población general, señala que la probabilidad de tener un desorden dada la presencia de una experiencia psicótica -utilizando únicamente el CIDI- al realizar un análisis de post test, es baja (rango 5,1 - 26,5%); sin embargo, al delimitar la muestra a individuos que han estado en contacto con servicios de salud mental, la probabilidad aumenta a un rango 13,3 - 41,1%. Concluyendo que el uso de autorreportes de experiencias psicóticas en la población general puede ser problemático al haber un alto riesgo de estigmatización en falsos positivos y pasar por alto falsos negativos. Sin embargo plantean que pueden ser una herramienta útil al ser usados en los servicios de salud mental, ya que los individuos ya han pedido ayuda.

Si hablamos de continuidad se esperaría que algunos sujetos que reportan experimentar uno o más comportamientos psicóticos transiten a un cuadro clínico y viceversa. En este sentido, un estudio enfocado en el curso de alucinaciones auditivas en un grupo de 80 niños (Escher, Romme, Buiks, Delespaul & Van Os, 2002), mostró que al cabo de 3 años, el 60% dejó de escuchar voces y que el estatus de paciente se asociaba a la influencia percibida en las conductas y sentimientos y evaluaciones afectivas negativas en relación a las voces. Predictores de la persistencia de las voces fueron la severidad, la frecuencia de las voces y la asociación con ansiedad y depresión.

Otros estudios longitudinales indican que individuos que presentan algún síntoma psicótico tienen un creciente riesgo de desarrollar un desorden clínico (Chapman, Chapman, Kwapil, Eckblad & Zinser, 1994; Poulton *et al.*, 2000). Es en este sentido que Johns y Van Os (2001) sugieren que es necesario distinguir entre una continuidad "auténtica" o una cuasicontinuidad o un cuasicontinuo entre el desorden y sus síntomas (Claridge, 1994). Donde en la primera habría una transición lineal entre tener un síntoma psicótico y llegar a ser un paciente con un desorden psicótico. Sin embargo, otra opción sería que los síntomas psicóticos se comportaran como en la hipertensión, donde un primer estadio de la enfermedad es asintomático, sin embargo al superar cierto umbral el riesgo de complicaciones aumenta en forma exponencial.

No obstante tomando estos resultados como válidos y basados en la hipótesis de la continuidad de la psicosis, las investigaciones se centran en descifrar cómo un individuo con uno o más síntomas psicóticos o cómo con tendencia a la psicosis (*psychotic-like*), llega a ser un paciente clínico.

Es así que existe un creciente número de investigaciones que abordan el rol de los mecanismos psicológicos involucrados en la respuesta a la experiencia, la cual estaría mediada cognitivamente por creencias y evaluaciones (Bentall, Haddock & Slade 1994; Chadwick *et al.*, 1996; Morrison, 2001), y en donde lo que agravaría la experiencia

sería el grado de molestia atribuido a la experiencia y la discapacidad experimentada por la misma.

En el trabajo de Krabbendam, Myin-Germeys, Back y Van Os (2005), los investigadores muestran que el riesgo de desarrollar un desorden clínico es más alto en los sujetos que desarrollan ideas delirantes (*delusional ideation*) que en aquellos que no. Similarmente el desarrollo de estado de ánimo depresivo incrementa el riesgo de inicio de un desorden clínico, sugiriendo que la ideación delirante y un estado de ánimo depresivo (*mood depressed*) pueden surgir como una respuesta secundaria a la experiencia alucinatoria, en el desarrollo de un desorden psicótico. Esta sugerencia iría en la línea de la propuesta por Maher (1974, 1988) de que ciertos delirios surgen secundariamente en un intento de explicar experiencias perceptivas anormales, dándose generalmente juntos (Peralta, de León & Cuesta 1992). Sin embargo, no todos los sujetos que manifiestan tener alucinaciones tienen delirios y viceversa, por lo que habrían otros mecanismos psicológicos que estarían influyendo. Igualmente cabría plantear que en la base esté la conducta depresiva (sobre todo si tenemos en cuenta ciertas características de personalidad, como es la evitativa) y que los delirios y las alucinaciones pueden ser también producto de estas alteraciones emocionales y cognitivas (Cangas, García, López & Olivencia, 2003).

Por otro lado, un aspecto fundamental para que se convierta en un problema clínico o no, son las estrategias de afrontamiento (*coping behavior*) que la persona despliega o moviliza. Estrategias activas de afrontamiento, como resolver problemas o buscar ayuda y distraerse, son reportadas como generadoras de control y mejoran el funcionamiento general en personas con el diagnóstico de esquizofrenia (Bak, Van der Spil, Gunther, Radstake, Delespaul & Van Os, 2001); igualmente es esencial el grado de aceptación de las voces, en el sentido que la diferencia no estaría tanto en “oír” o no voces sino en aceptar que se trata de una “experiencia más” y que, en cualquier caso, no paralice la realización de metas valiosas para la persona (García, Pérez & Cangas, 2006).

Otro factor puede ser la falta de apoyo social, la cual se asocia con el incremento del riesgo de desarrollar un desorden psiquiátrico (Stanfeld, Furher, Shipley & Marmot, 1999), pudiendo incrementar la molestia y dificultades ante el síntoma y por ende podría ser una factor más en explicar el tránsito hacia un desorden psicótico.

El caso de las alucinaciones auditivas: “La vuelta al síntoma”

En relación al origen y desarrollo, las investigaciones sugieren o separan lo que sería los factores antecedentes o desencadenantes de los que mantienen las alucinaciones auditivas. En este sentido habrían distintos aspectos de la

persona (cierta predisposición) que la hacen más o menos vulnerable a tener alucinaciones, pero que debe unirse a una serie de circunstancias (situaciones vitales) que sirven de “disparadores” a la persona en un momento determinado y contribuye a llevar a cabo una atribución errónea del propio comportamiento (Parnas, 1999). Además se debe diferenciar lo que son los primeros episodios o experiencias alucinatorias de las condiciones mantenedoras ya que cuando el *síntoma* se encuentra totalmente desarrollado no se necesitan situaciones desencadenantes intensas como, por ejemplo, elevados niveles de estrés, especialmente cuando la alucinación toma un sentido pragmático y cumple una función en la vida del sujeto, generándose una relación muy compleja con sus voces (Perona, 2004).

Entre los factores psicológicos que estarían presentes en el origen de las alucinaciones auditivas nos encontramos con aspectos de la personalidad, situaciones estresantes, procesos de reforzamiento, metacogniciones y creencias supersticiosas.

Personalidad

Los estudios que han analizado la influencia o relación de la personalidad con las alucinaciones auditivas encuentran, utilizando el cuestionario de personalidad de Eysenck (EPQ), que las personas que manifiestan tener alucinaciones puntúan más alto en neuroticismo (Jaker & Hemsley, 1987; Ramanathan, 1986; Young, Bentall, Slade & Dewey, 1986). Así mismo, Barret y Etheridge (1994), utilizando el Cuestionario Clínico Multiaxial de personalidad Millon I, encontraron que las personas con alucinaciones presentan puntuaciones más altas en alteraciones emocionales y eran más evitativas y pasivas que los no alucinadores. Por su parte aplicando el MCMI- II, López, Paíno, Martínez, Inda y Lemos (1996), obtuvieron que las personas con alucinaciones puntuaban alto en la mayoría de las escalas de este instrumento quedando, tras un análisis de regresión, que lo que mejor predecía el comportamiento alucinatorio era la personalidad límite, delirio psicótico y abuso de alcohol. Otro estudio llevado a cabo por Laroi, DeFruyt, van Os, Aleman, y Van der Linden (2005), utilizando el NEO-FFI, muestra que las alucinaciones auditivas (o la predisposición a las alucinaciones) se relacionarían con apertura a la experiencia y neuroticismo en una muestra de jóvenes.

Al parecer un elemento común que estaría en la base de todos estos estudios sería la inestabilidad emocional, como un elemento de personalidad propiciador o de riesgo. Sin embargo, los trabajos comentados, a nuestro juicio, poseen algunas dificultades: (a) se basan principalmente en una única medida obtenida a través de un cuestionario, por lo que sería conveniente utilizar un segundo criterio de evaluación, como podría ser el uso de entrevistas clínicas; (b) las muestras habitualmente utilizadas son básicamente estudiantes universitarios que, aunque puedan presentar

algún trastorno de personalidad, puede que las experiencias no sean igualables a las de la población clínica, especialmente cuando las comparamos con personas ingresadas por trastornos mentales; (c) también, los cuestionarios utilizados padecerían de los mismos problemas que la mayoría de la conceptualizaciones clásicas, es decir, delimitación de tipos de personalidad de manera exclusivamente formal, topográfica y descontextualizada (Luciano, Gómez & Valdivia, 2002).

Situaciones estresantes

Como se ha mencionado, y se argumenta desde diversos modelos de vulnerabilidad, se deben dar situaciones que el sujeto experimente como estresantes y que la persona considere que no posee los recursos suficientes para afrontarla, sintiéndose desbordado o sobrepasado por la experiencia, para que se produzcan las alucinaciones (entre otros factores). Es así como Romme y Escher (1989) realizan una clasificación basándose en situaciones habituales en el inicio de las alucinaciones, encontrando que predominaban las siguientes:

1. Situaciones intolerables o insatisfactorias (divorcios, pérdidas laborales, etc.).
2. Traumas recientes, por ejemplo, muerte de un familiar, sobre todo en situaciones no esperadas (como el suicidio de alguien cercano).
3. Aspiraciones conflictivas (metas que no se cumplen).
4. Amenazas, por ejemplo, bajo tortura.
5. Traumas infantiles.
6. Negación de emociones o aspectos indeseados por la persona.

Por otro lado, diversos estudios han relacionado las alucinaciones con traumas infantiles como abusos sexuales y negligencias (Read, Van Os, Morrison & Ross, 2005; Kilcommons & Morrison, 2005). Sin embargo encontramos el inconveniente que resulta ser un factor muy general que, de hecho, se ha relacionado con distintas patologías como por ejemplo, estrés post traumático, trastornos alimenticios, adicciones, etc. (McLean, Toner, Jackson, Desrocher & Stuckless, 2006; Hund & Espelage, 2006). Por lo que correspondería a un factor común de riesgo psicopatológico, más que un factor específico de manifestar alucinaciones, resultando importante no caer en relaciones lineales de causalidad entre el concepto de trauma y alucinaciones.

Procesos de reforzamiento

Se ha planteado que las alucinaciones auditivas, al ser entendidas como una conducta operante, estarían gobernadas por sus consecuencias bajo ciertas condiciones, al igual que otros patrones comportamentales. En concreto, estarían presentes procesos de reforzamiento positivo y

negativo (Lying & Andronis, 1984). Desde esta perspectiva, las alucinaciones pueden desempeñar distintas funciones, por ejemplo, aliviar la ansiedad de una decisión o un pensamiento inaceptable, pueden hacer sentir a la persona más “especial” o “valiosa”, pueden provocar compañía, proporcionar un sentimiento de comprensión, que bajo ciertas circunstancias puede ser altamente reforzante para la persona (Knudson & Coyle, 1999; Miller, O'Connor & DiPasquale, 1993). Estos factores se podrían agrupar en dos apartados (no excluyentes entre sí) (Cangas, García, Perona & Olivencia, 2006; Perona, 2004):

- Función socio-emocional: consistiría en formas especializadas y sutiles de evitación de determinados eventos privados, situando una problemática emocional “fuera”, quedando de esta forma como un asunto entre las voces y otras personas, con lo que la gravedad y angustia sería menor que si la problemática la asumiese el propio individuo.
- Función socio-instrumental: se harían cargo de lo social (del rol social) del sujeto, siendo las voces sustitutos autorreguladores de la conducta, controlando y dirigiendo el comportamiento, pudiendo ayudar a una persona a tomar determinadas decisiones ante un problema social o instrumental.

Metacogniciones

En los últimos años se ha estudiado la influencia de las metacogniciones en las alucinaciones auditivas, entendiendo las metacogniciones como las creencias que se tienen sobre el propio pensamiento. Los primeros en plantear esta influencia fueron Morrison, Haddock y Tarrier (1995), señalando que ciertas creencias metacognitivas pueden favorecer la atribución de pensamientos intrusivos a una fuente externa, reduciendo de esta forma la disonancia cognoscitiva. La investigación de Baker y Morrison (1998), utilizando el cuestionario de metacogniciones MCQ (Cartwright-Hatton & Wells, 1997), comparó tres grupos pacientes: esquizofrénicos con alucinaciones, pacientes esquizofrénicos sin alucinaciones y no pacientes, señalando que los pacientes con alucinaciones mostraban puntuaciones más altas en incontrolabilidad y peligrosidad de los pensamientos y creencias positivas sobre la utilidad de la preocupación. Tras realizar un análisis de regresión, las creencias metacognitivas que con más peso estadístico predecían la aparición de alucinaciones eran: la incontrolabilidad y la peligrosidad de los propios pensamientos. Estos resultados han sido confirmados en otras investigaciones, tanto con población clínica como con predisposición a las alucinaciones (Cangas, Errasti, García, Álvarez & Ruiz, 2006; García, Cangas, Pérez, Fidalgo & Gutiérrez, 2006). El estudio de Lobban, Haddock, Kinderman y Wells (2002), utilizando una versión modificada del MCQ (para ser utilizada con pacientes esquizofrénicos), controló estadísticamente los

niveles de ansiedad y depresión (introduciendo un grupo control de pacientes con desórdenes ansiosos y un grupo de no pacientes), señalando que los pacientes esquizofrénicos con alucinaciones se diferenciarían de los pacientes esquizofrénicos sin alucinaciones, en que los primeros presentarían menor confianza cognitiva. Sugiriendo que la ansiedad relativa a pensamientos intrusivos, sumado a una baja confianza cognitiva y la creencia en la importancia de la consistencia de los pensamientos (*consistency in thoughts*) puede contribuir a la aparición de alucinaciones auditivas. Sin embargo, no sería claro si las creencias metacognitivas tendrían un rol causal en las alucinaciones y, si lo tuvieran, se esperaría que fueran distintas que las encontradas en los trastornos de ansiedad que no presentan alucinaciones auditivas. Morrison y Wells (2003), compararon pacientes esquizofrénicos con alucinaciones auditivas, pacientes psicóticos con delirios de persecución, pacientes con desorden de pánico y un grupo de no pacientes; los análisis mostraron que los pacientes con alucinaciones auditivas puntuaban más alto en metacogniciones disfuncionales que los otros grupos. Específicamente en: creencias positivas sobre preocupación, creencias negativas sobre la incontabilidad y peligro, creencias sobre baja confianza cognitiva y creencias negativas que incluían superstición, castigo y responsabilidad.

También se ha documentado la influencia de cierto tipo de metacogniciones en otras alteraciones psicopatológicas, como los trastornos de ansiedad (Wells & Carter, 2001), el trastorno obsesivo compulsivo (Wells & Papageorgiou, 1998) o hipocondría (Bouman & Meijer, 1999). De este modo, puede que más que una medida específica de las alucinaciones, cierto tipo de metacogniciones (las definidas por el MCQ) se relacionarían más a una medida general de vulnerabilidad o factor de riesgo psicopatológico. De hecho, los resultados señalan similitudes en el tipo de metacogniciones (por ejemplo, entre ansiedad y alucinaciones auditivas).

Creencias supersticiosas (fusión pensamiento-acción).

En un reciente estudio, (García, Pérez, Soto, Perona & Cangas, 2006), siguiendo la línea de investigación propuesta por Morrison *et al.* (1995), compararon las metacogniciones de seis grupos de pacientes. Pacientes con esquizofrenia con alucinaciones actuales; pacientes con esquizofrenia que nunca habían presentado alucinaciones; pacientes con esquizofrenia que no habían presentado alucinaciones en seis meses; pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC); grupo clínico de control y una muestra no clínica. Encontraron en general una correspondencia con las investigaciones anteriores, que tanto los alucinadores actuales como los pacientes con TOC presentaban creencias negativas relacionadas con la incontabilidad de los

pensamientos. La diferencia más importante entre pacientes alucinadores actuales y pacientes con TOC, se relacionó con la autoconciencia cognitiva. Los pacientes diagnosticados con TOC, presentaban puntuaciones más altas que el resto de los grupos. De todas formas, ambos grupos, verían sus pensamientos como incontrolables y peligrosos, y consideraban que dichos pensamientos podían tener un efecto directo en el comportamiento. Los autores plantean que este tipo de creencias metacognitivas están relacionadas con lo que se ha denominado “fusión del pensamiento-acción” (en inglés, TAF). Esta expresión se refiere al conjunto de sesgos cognitivos, que tendría que ver con una relación causal defectuosa, entre los propios pensamientos y la realidad externa, incrementado de esta forma el sentido de responsabilidad personal (Shafran, Thordason & Rachman, 1996). Diversos estudios han demostrado la relación entre TAF y TOC. Los autores plantean que la baja autoconciencia cognitiva de los pacientes con alucinaciones, en contraste a la alta autoconciencia de los pacientes con TOC, es lo que podría explicar por qué los primeros atribuirían más fácilmente pensamientos discrepantes a una fuente externa.

Igualmente, TAF puede ser entendida como un tipo específico de pensamiento mágico o de creencia supersticiosa. En pacientes con TOC, ha sido ampliamente documentado. Se sugiere que si ambos grupos poseen las mismas metacogniciones, en concordancia con TAF, se puede asumir la presencia de pensamiento mágico o de creencias supersticiosas, por ejemplo creencias sobre la omnipotencia de las voces (Birchwood & Chadwick, 1997).

Conclusiones

Una vez realizado este recorrido teórico sobre el tema de las alucinaciones, intentaremos responder algunas de las interrogantes formuladas al inicio de este trabajo. En primer lugar, a partir de la exposición mantenida, parece claro que escuchar voces no es patognomónico de un trastorno mental, ya que también se pueden dar tanto en enfermedades orgánicas como en situaciones y contextos específicos ligados, por ejemplo, al consumo de drogas, hipnosis, privación sensorial... Además, también es necesario resaltar que las alucinaciones auditivas no son patrimonio de la esquizofrenia, observándose en diferentes desórdenes mentales, como depresión, trastorno de personalidad, estrés posttraumático, etc. Así mismo, el presentar un síntoma psicótico no sería necesariamente la antesala inequívoca de desarrollar un desorden psicótico, siendo necesaria la presencia de una serie de factores y variables que diferencian y matizan la experiencia entre la población clínica y normal, tales como la sensación de control, la molestia y discapacidad asociada; la presencia o ausencia de comorbilidad (depresión y ansiedad); una explicación delirante de la experiencia alucinatoria frente a una explicación circunstancial; las estrategias de afrontamientos desplegadas (activas vs. pasivas

o sintomáticas); la ausencia o presencia de redes de apoyo social; ciertas metacogniciones, como creencias sobre incontrolabilidad y peligrosidad de los pensamientos; estilo de personalidad (principalmente la inestabilidad emocional) o el grado de fusión de pensamiento-acción (TAF) mostrado. Estos aspectos vienen a desmenuzar la experiencia, resaltando la importancia de los factores personales y culturales a la hora de otorgarle un significado particular.

En relación a lo mecanismos generativos de las alucinaciones auditivas, existiría cierto consenso en establecer que se producirían al atribuir eventos internos a una fuente externa (Slade & Bentall, 1988; Bentall, 1990; Morrison et al., 1995; Baker & Morrison, 1998), mediando en la respuesta mecanismos cognitivos relacionados con las creencias y evaluaciones (Bentall et al., 1994; Chadwick et al., 1996; Morrison, 2001). Lo anterior vendría a destacar que cierto tipo de alucinaciones (las auditivas), se alejarían de la definición dada por el DSM IV acercándose más a la concepción propuesta por Esquirol, al señalar que el problema tendría que ver más con las creencias, formando parte de una “convicción íntima” (Lanteri-Laura, 1991). En este sentido, la clasificación realizada por Berríos (1994, 1996) sobre cómo pueden ser entendidas las alucinaciones en cuanto al origen (posición sensorial - posición enfocada en las creencias), podría ayudar a comprender las dificultades en la definición y clasificación de las alucinaciones. Siendo la primera acepción más cercana a las alucinaciones simples y la segunda relacionada con los problemas graves del comportamiento, como puede ser el caso de la esquizofrenia.

Como se ha mencionado en los últimos años han recobrado interés los estudios que analizan la continuidad de este tipo de experiencias entre la población sin un diagnóstico psicopatológico y la población clínica, aspecto que, en cualquier caso, tiene una larga tradición en psiquiatría (Strauss, 1969). Una de las dificultades encontradas es la metodología que se ha utilizado para medir las alucinaciones, basándose principalmente en el uso de cuestionarios autoaplicados. Siendo necesario tener presente las distintas atribuciones que se le puede dar a la experiencia, acercándonos o alejándonos de lo que categorialmente se entiende por alucinación.

Igualmente, parece más coherente distanciarse del término alucinación, con el fin de *normalizar* esta experiencia, y utilizar otro como “*escuchar voces*”, el cual ha sido utilizado en las investigaciones anteriormente (Romme & Escher, 1989, 1996; Romme, Honig, Noorthoorn & Escher, 1992; Barrett & Etheridge, 1992; Escher, Hayward, Kingdon, Pembroke & Thomas, 2006), que favorecería una serie de ventajas:

- No asumir que todas las alucinaciones obedecen al mismo mecanismo generativo, desagrupando lo que Esquirol asoció bajo el término alucinación.
- El que escucha voces siempre es alguien, una persona,

la cual experimenta, piensa y siente su vivencia; en otras palabras, devuelve la palabra a los expertos: “las personas que escuchan voces” (a diferencia de alucinación donde “los otros” son los expertos).

- Refuerza el sentido de pertenencia de la experiencia al Sí mismo (YO), que es a ella o él a quien le sucede. Por lo tanto responsabiliza.
- Al ser una persona, se acerca a la continuidad de la experiencia humana, a la cotidianidad, es decir, hegemoniza la vivencia, siendo el escuchar voces una experiencia radicalmente humana.
- Se aleja de la terminología médica y patologizante, evitando la continua estigmatización por la asociación a la locura.

Por otro lado, también es importante señalar que una de las propuestas terapéuticas actuales consistiría, más que en luchar contra las voces, en promover su aceptación, con la finalidad de buscar precisamente un “distanciamiento” de la persona con esa experiencia y que no le paralice (García et al., 2006). Se trataría así más de cambiar su función (no tanto su presencia o contenido). En este sentido, la aceptación no sería una forma de resignación o indolencia sino una nueva relación, centrando la actuación en los valores y deseos de la persona y normalizando la experiencia de su vida (Escher et al., 2006).

Referencias

- Altman, H., Collins, M. & Mundy, P. (1997). Subclinical hallucinations and delusions in nonpsychotic adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 413-420.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th edn.revised) (DSM-IV-TR). Washington, DC: APA.
- Bak, M., van der Spil, F., Gunther, N., Radstake, S., Delespaul, P. & van Os, J. (2001). MACS-II: does coping enhance subjective control over psychotic symptoms? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103, 460-464.
- Baker, C. & Morrison, A.P. (1998). Metacognition, intrusive thoughts and auditory hallucinations. *Psychological Medicine*, 28, 1199-1208.
- Ball, B. (1890). *Leçons sur les Maladies Mentales*, 2^a ed., Paris: Asselin et Houzeau.
- Barber, T.X. & Calverley, D.S. (1964). An experimental study of «hypnotic» (auditory and visual) hallucinations. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 68, 13-20.
- Barret, T.R. & Etheridge, J.B. (1992). Verbal hallucinations in normals. I: people who hear “voices”. *Applied Cognitive Psychology*, 6, 379-387.
- Barret, T.R. & Etheridge, J.B. (1994). Verbal hallucinations in normals. III: dysfunctional personality correlates. *Personality and Individual Difference*, 16, 57-62.
- Bentall, R.P. (1990). The illusion of reality: A review and integration of psychological research on hallucinations. *Psychological Bulletin*, 107, 82-95.
- Bentall, R.P., Haddock, G. & Slade, P.D. (1994). Psychological treatment for auditory hallucinations: from theory to therapy. *Behavior Therapy*, 25, 51-66.
- Bentall, R.P., Jackson, H.F. & Pilgrim, D. (1988). Abandoning The concept of schizophrenia: some: implications of validity arguments of psychological research into psychotic phenomena. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 303-314.
- Berríos, G.E. (1990). A theory of hallucination. *History of Psychiatry*, 1, 145-50.

- Berrios, G.E. (1994). Hallucinations: selected historical and clinical aspects. En Critchley, E. (Ed.). *The Neurological Boundaries of Reality*. London: Farrand Press.
- Berrios, G.E. (1996). *The History of Mental Symptoms. Descriptive Psychopathology Since the Nineteenth Century*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Birchwood, M. & Chadwick, P. (1997). The omnipotence of voices: testing the validity of a cognitive model. *Psychological Medicine*, 27, 1345-1353.
- Bleuler, E. (1911/1950). *Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias*. Buenos Aires: Hormé.
- Bouman, T.K. & Meijer, K.J. (1999). A preliminary study of worry and metacognitions in hypochondriasis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 6, 96-101.
- Bryant, R.A. y Mallard, D. (2003). Seeing is believing: the reality of hypnotic hallucinations. *Consciousness and Cognition*, 12, 219-230.
- Cangas, A.J., García, J.M., López, M. & Olivencia, J.J. (2003). Social and personality variables related to the origin of auditory hallucinations. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3, 181-194.
- Cangas, A.J., García, J.M., Perona, S. & Olivencia, J.J. (2006). Origen de las alucinaciones auditivas. En: Cangas, A.J., Gil, J. & Peralta, V. *Esquizofrenia: Avances en la Investigación*. Bogotá: Psicom Editores.
- Cangas, A.J., Errasti, J.M., García, J.M., Álvarez, M. & Ruiz, R. (2006). Metacognitive factors and alterations of attention related to predisposition to hallucinations. *Personality and Individual Differences*, 40, 487-496.
- Cartwright-Hatton, S. & Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: The metacognitions questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 279-296.
- Chadwick, P., Birchwood, M. & Trower, P. (1996). *Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia*. Nueva York: Wiley.
- Chapman, L.J., Chapman, J.P., Kwapil, T.R., Eckblad, M. & Zinser, M.C. (1994). Putatively psychosis-prone subjects 10 years later. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 171-183.
- Claridge, G. (1994). Single indicator of risk for schizophrenia: probable fact or likely myth?. *Schizophrenia Bulletin*, 20, 151-168.
- Dhossche, D., Ferninand, R., van der Ende, J., Hofstra, M.B. & Verhulst, F. (2002). Diagnostic outcome of self-reported hallucinations in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*, 32, 619-627.
- Escher, S., Hayward, M., Kingdon, D., Pembroke, L. & Thomas, P. (2006). Learning to live with voices. *Mental Health Today*, 6, 18-20.
- Escher, S., Romme, M., Buiks, A., Delespaul, P. & Van Os, J. (2002). Independent course of childhood auditory hallucinations: a sequential 3-year follow-up study. *British Journal of Psychiatry*, 181, 10-18.
- Esquirol, J.E. (1838). *Des Maladies Mentales Considérées sous les Rapports Médicaux, Hygiéniques et Médico-légaux*. París: Baillière.
- Falret, J.P. (1864). *Des Maladies Mentales et des Asiles d'aliénés*. París: Bailière.
- García, J.M. & Pérez, M. (2003). Reivindicación de la persona en la esquizofrenia. *Revista Internacional de Psicología Clínica y Salud*, 3, 107-122.
- García, J.M., Pérez, M. & Cangas, A.J. (2006). Aproximación al abordaje clínico de los síntomas psicóticos desde la aceptación. *Apuntes de Psicología*, 24, 293-307.
- García, J.M., Cangas, A.J., Pérez, M., Fidalgo, A. & Gutiérrez, O. (2006). The role of metacognitions and thought control techniques in predisposition to auditory and visual hallucinations. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 309-317.
- García, J.M., Pérez, M., Soto, C., Perona, S. & Cangas, A.J. (2006). Metacognitions in Patients with Hallucinations and Obsessive-Compulsive Disorder: The Superstition Factor. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1091 - 1104.
- Hanssen, M.S.S., Bijl, R.V., Vollebergh, W. & Van Os, J. (2003). Self-reported psychotic experiences in the general population: a valid screening tool for DSM-III-R psychotic disorders? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 369-377.
- Harrop, C. & Trower, P. (2001). Why does schizophrenia develop at late adolescence. *Clinical Psychology Review*, 21, 241-266.
- Hund, A.R. & Espelage, D.L. (2006). Childhood emotional abuse and disordered eating among undergraduate females: mediating influence of alexithymia and distress. *Child Abuse and Neglect*, 30, 393-407.
- Husting, H.H. & Hafner, R.J. (1990). Persistent auditory hallucinations and their relationship to delusions and mood. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 264- 267.
- Jaker, S. & Hemsley, D.R. (1987). Personality and reports of hallucination and imagery in a normal population. *Perceptual and Motor Skills*, 64, 765-766.
- Johns, L.C. & van Os, J. (2001). The continuity of psychotic experiences in the general population. *Clinical Psychology Review*, 21, 1125-1141.
- Kilcommons, A.M. & Morrison, A.P. (2005). Relationships between trauma and psychosis: an exploration of cognitive and dissociative factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 351-359.
- Knudson, B. & Coyle, A. (1999). Coping strategies for auditory hallucinations: a review. *Counselling Psychology Quarterly*, 12, 25-38.
- Krabbendam, L., Myin-Germeys, I., Bak, M. & van Os, J. (2005). Explaining transitions over the hypothesized psychosis continuum. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 180-186.
- Kroll, J. & Bachrach, B. (1982). Visions and psychopathology in the Middle Ages. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 170, 41-49.
- Lanteri-Laura, G. (1991/1994). *Las Alucinaciones*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Laroi, F., DeFruyt, F., van Os, J., Aleman, A. & Van der Linden, M. (2005). Associations between hallucinations and personality structure in a non-clinical sample: Comparison between young and elderly samples. *Personality and Individual Differences*, 39, 189-200.
- Launay, G. & Slade, P.D. (1981). The measurement of hallucinatory predisposition in male and female prisoners. *Personality and Individual Differences*, 2, 221-234.
- Layng, T.V. & Andronis, T. (1984). Toward a functional analysis of delusional speech and hallucinatory behavior. *The Behavior Analyst*, 7, 139-156.
- Lobban, F., Haddock, G., Kinderman, P. & Wells, A. (2002). The role of metacognitive beliefs in auditory hallucinations. *Personality and Individual Differences*, 32, 1351-1363.
- López, A.M., Paíno, M.M., Martínez, P.C., Inda, M. & Lemos, S. (1996). Alucinaciones en población normal: influencia de la imaginación y de la personalidad. *Psicothema*, 8, 269-278.
- Luciano, M.C., Gómez, I. & Valdivia, S. (2002). Consideraciones acerca del desarrollo de la personalidad desde un marco funcional-contextual. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 2, 173-197.
- Maher, B.A. (1974). Delusional thinking and perceptual disorder. *Journal of Individual Psychology*, 30, 98-113.
- Maher, B.A. (1988). Anomalous experience and delusional thinking: the logic of explanations. En T.F. Oltmanns y B.A. Maher (eds). *Delusional Beliefs*. New York: Wiley.
- McKellar, P. (1968). *Experience and Behavior*. Harmondsworth: Penguin Press.
- McLean, L.M., Toner, B., Jackson, J., Desrocher, M. & Stuckless, N. (2006). The relationship between childhood sexual abuse, complex post-traumatic stress disorder and alexithymia in two outpatient samples: examination of women treated in community and institutional clinics. *Journal of Child Sexual Abuse*, 15, 1-17.
- Miller, L.J., O'Connor, E. & DiPasquale, B.A. (1993). Patients' attitudes toward hallucinations. *American Journal of Psychiatry*, 150: 584-588.
- Morrison, A.P. (2001). The interpretation of intrusions in psychosis: An integrative cognitive approach to hallucinations and delusions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 257-276.
- Morrison, A. P. & Wells, A. (2003). A comparison of metacognitions in patients with hallucinations, delusions, panic disorder and non-patient controls. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 251-256.
- Morrison, A.P., Haddock, G. & Tarrier, N. (1995). Intrusive thoughts and auditory hallucinations: a cognitive approach. *Behavioural and Cognitive psychotherapy*, 23, 265-280.
- Morrison, A.P., Wells, A., & Nothard, S. (2000). Cognitive factors in predisposition to auditory and visual hallucinations. *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 67-78.
- Ohayon, M.M. (2000). Prevalence of hallucinations and their pathological associations in the general population. *Psychiatry Research*, 97, 153-164.

- Peralta, V. & Cuesta, M.J. (2003). The diagnosis of schizophrenia: old wine in new bottles. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3, 141-152.
- Peralta, V., de Leon, J. & Cuesta, M.J. (1992). Are there more than two syndromes in schizophrenia? A critique of the positive-negative dichotomy. *British Journal of Psychiatry*, 161, 335-343.
- Parnas, J. (1999). From predisposition to psychosis: progression of symptoms in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99, 20-29.
- Perona-Garcelán, S. (2004). A psychological model for verbal auditory hallucinations. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 129-153.
- Persons, J. (1986). The advantages of studying psychological phenomena rather than psychiatric diagnoses. *American Psychologist*, 41, 1252-1260.
- Poulton, R., Caspi, A., Moffitt, T.E., Cannon, M., Murray, R. & Harrington, H. (2000). Children's self-reported psychotic symptoms and adult schizophreniform disorder: a 15 year longitudinal study. *Archives of General Psychiatry*, 57, 1053-1058.
- Ramanathan, A. (1986). An exploratory study on the relation between neuroticism and certain aspects of auditory hallucinations in schizophrenics. *Indian Journal of Psychiatry*, 28, 69-72.
- Read, J., Mosher, L. & Bentall, R. (2004). *Models of Madness: Psychological, social and biological approaches to schizophrenia*. Nueva York: Brunner-Routledge.
- Read, J., Van Os, J., Morrison, A.P. & Ross, C.A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 330-350.
- Rojcewicz, S. & Rojcewicz, R. (1997). The "human" voices in hallucinations. *Journal of Phenomenological Psychology*, 28, 1-41.
- Romme, M.A. & Escher, S. (1989). Hearing Voices. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 109-216.
- Romme, M.A. & Escher, S. (1996). Empowering people who hear voices. En G. Haddock y P.D. Slade (Eds.), *Cognitive-Behavioural interventions with psychotic disorders*. Londres: Routledge.
- Romme, M.A., Honig, A., Noorthoorn, E.O. & Escher, S. (1992). Coping with hearing voices: an emancipatory approach. *British Journal of Psychiatry*, 161, 99-103.
- Sarbin, T.R. & Juhasz, J.B. (1967). The historical background of the concept of hallucination. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 3, 339-358.
- Sartorius, N., Shapiro, R. & Jablensky, A. (1974). The international pilot study of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 1, 21-25.
- Schneider, K. (1959). *Clinical Psychopathology*. Nueva York: Grune and Stratton.
- Shafraan, R., Thordarson, D.S., & Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 379-391.
- Slade, P.D. & Bentall, R.P. (1988). *Sensory deception: A scientific analysis of hallucination*. Baltimore: The Johns Hopkins University.
- Stanfeld, S.A., Furber, R., Shipley, M.J. & Marmot M.G. (1999). Work characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from the Whitehall II Study. *Occupational and Environmental Medicine*, 56, 302-307.
- Stefanis, N.C., Hanssen, M., Smirnis, N.K., Avramopoulos, D.A., Evodokimidis, I.K., Stefanis, C.N., Verdoux, H. & van Os, J. (2002). Evidence that three dimensions of psychosis have a distribution in the general population. *Psychological Medicine*, 32, 347-358.
- Strauss, J.S. (1969). Hallucinations and delusions as points on continua functions. *Archives of General Psychiatry*, 21, 581-586.
- Tien, A. (1991). Distributions of hallucinations in the population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 26, 287-292.
- Van Os, J., Hanssen, M., Bijl, R.V. & Ravelli, A. (2000). Strauss (1969) revisited: a psychosis continuum in the general population? *Schizophrenia Research*, 45, 11-20.
- Weiss, K. M. & Weiss, K. M. (1998). Treatment of auditory hallucinations: what to do when pharmacotherapy is inadequate. *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 2, 188-205.
- Wells, A. & Papageorgiou, C. (1998). Relationships between worry, obsessive-compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 899-913.
- Wells, A. & Carter, K. (2001). Further test of a cognitive model of generalized anxiety disorder: Metacognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression and nonpatients. *Behavior Therapy*, 32, 85-102.
- World Health Organization (1990). *Composite International Diagnostic Interview (CIDI) Version 1.0*. Geneva: World Health Organisation.
- Young, H.F., Bentall, R.P., Slade, P.D. & Dewey, M.E. (1986). Disposition towards hallucination, gender and IQ scores. *Personality and Individual Differences*, 7, 247-249.
- Zuckerman, M. & Cohen, N. (1964). Sources of reports of visual and auditory sensations in perceptual-isolation experiments. *Psychological Bulletin*, 62, 1-20.