
Pseudopercepción y Pseudoalucinación

J. L. González de Rivera

Psiquis, 1984; 5 (1): 1-5

Resumen

Revisando conceptos psicopatológicos e historias clínicas, el autor clasifica las pseudopercepciones o falsas percepciones en ilusiones, alucinaciones y pseudoalucinaciones, definiendo ilusión como «combinación de percepción real e imagen mental», alucinación como «experiencia anómala operativa como una percepción, que no puede ser validada por otros observadores y concomitante con percepciones normales, de las que el sujeto no puede diferenciarlas. Característicamente, el sujeto no es capaz de reconocer la ausencia de objeto perceptual, y tiende a otorgar valor compelerente a la «percepción anómala», y la pseudoalucinación como «fenómeno que, al ser descrito, recuerda una alucinación, pero que en realidad no lo es, por no contener los elementos esenciales de la misma».

Abstract

Pseudoperception and Pseudohallucination

The author classifies pseudoperceptions in illusions, hallucinations and pseudohallucinations, defining illusion as «combination of perception and mental image», hallucination as «morbid experience operative as a perception, no validated by other observers, and simultaneous with normal perceptions, from which can not be differentiated by the subject. Typically, the subject can not recognize the absence of perceptual object, and adscribes high compulsive value to the «anomalous perception», and pseudohallucination as «experience that, on being described by the patient, simulates a hallucination, but is lacking of its essential elements».

Cualquiera que sea nuestra decisión sobre el objeto y el método de la Psicopatología, nos queda poca duda de que su responsabilidad principal es la descripción y conceptualización de las manifestaciones propias de las alteraciones de las funciones psíquicas, o, lo que es lo mismo, de los signos y

síntomas de las enfermedades neuropsiquiátricas. Desgraciadamente, la dificultad propia del empeño se ha visto complicada por las preocupaciones filosóficas de los primeros psicopatólogos y descuidada por el atractivo de las explicaciones psicoanalíticas y neuroquímicas. Así, la observación detallada y la categorización realista no siempre han recibido el interés que merecen, y es frecuente encontrar términos psicopatológicos de definición difusa, que diferentes autores aplican de manera distinta y aún contradictoria. Uno de estos términos es el de Pseudoalucinación que, aunque bien claro en la psicopatología alemana y anglosajona, parece causar notable confusión entre los psicopatólogos españoles y franceses.

Antes de entrar en detalle, hemos de recordar la división habitual de las alteraciones perceptuales en distorsiones y decepciones sensoriales. En las distorsiones, existe un objeto real, que es percibido de manera constante, aunque alterada. En las decepciones ocurre una nueva percepción que no responde a un objeto real, aunque puede producirse en respuesta a estímulos externos, como ocurre en las alucinaciones funcionales y en las alucinaciones reflejas. A causa de este carácter falso de la percepción, algunos autores denominan a las decepciones sensoriales «pseudopercepciones», y aplican el término a la creación de imágenes o representaciones mentales que no corresponden a objetos presentes en ese momento en el mundo real. En este sentido, es correcta la argumentación de Castilla del Pino de que las pseudopercepciones son, en su esencia, trastornos del pensamiento y no de la percepción, aunque por *razones semiológicas* y didácticas continuemos clasificándolas entre estas últimas.

Pero para continuar comprendiendo este concepto psicopatológico es necesario poseer antes los conceptos de imagen mental y de mundo interno.

Por *imagen mental* se entiende la representación de las cualidades perceptibles de un objeto, sean visuales, sonoras, gustativas, olfatorias o incluso táctiles, en contraposición con el concepto o idea abstracta de ese objeto, y con la reacción, sea de tipo cognitivo, sensorial, emocional o vegetativo ante ese objeto. Así, por ejemplo, al evocar el recuerdo de su novio, una mujer puede tener una clara representación de su rostro, o pensar en sus cualidades, costumbres, etc. o experimentar un ligero escalofrío en la cintura. Lo primero es una imagen mental, lo segundo un proceso ideativo, y lo último una reacción psicofisiológica.

Por «*mundo interno*» o mundo psíquico, o mundo mental, o «espacio subjetivo» o «espacio interno» se entiende el conjunto de imágenes, esquemas conceptuales y representaciones de todo tipo, tanto

de percepciones externas como de reacciones y estados propios, así como las relaciones que se establecen entre ellos, y las modificaciones que continuamente ocurren debido al dinamismo psíquico. El «mundo interno» constituye el campo de la conciencia, y se considera integrado por elementos mentales que se modifican y se relacionan entre sí, siguiendo ciertas leyes de funcionamiento mental. Al ser retenidas, las percepciones pasan a formar parte del mundo interno como imágenes, representaciones, esquemas conceptuales, etc. El «mundo interno» constituye un modelo más o menos exacto y acertado del mundo externo, es decir, del entorno del individuo, y su dinamismo se caracteriza generalmente por fenómenos de tipo automático e involuntario. La «percepción del mundo interno» constituye la introspección (percepción activa) y la interoscopia (percepción pasiva) y equivale a lo que, en lenguaje vulgar denominaríamos el «darse cuenta de lo que uno tiene por dentro». La imaginación y la fantasía tienen como función el recrear y reformar diferentes aspectos de este mundo interno. (Obsérvese el uso de metáforas perceptuales y espaciales en el tratamiento de un concepto —«mundo interno»— que es imaginario, irreal, anespacial y apercceptible. Más adelante volveremos sobre este tema y sus complicaciones).

La más sencilla y frecuente de las decepciones sensoriales es la ilusión, en la que existe percepción de un objeto externo real, pero interpretado incorrectamente. En la ilusión se produce una combinación entre la percepción del objeto y una imagen mental, construyéndose así una falsa percepción que reúne características de ambos. La causa habitual de este fenómeno está en el aumento relativo de la intensidad de las imágenes mentales, bien por un estado emocional alterado, bien por disminución de la claridad o intensidad de los estímulos perceptibles. Así, cuando un médico interno de guardia cree oír continuamente su nombre por los altavoces, tenemos un ejemplo de ilusión relacionada con su estado emocional (la angustia y expectativa de las primeras guardias) y, quizá, con disminución de la claridad perceptual (defectos de megafonía hospitalaria).

La *paraidolia* constituye un tipo especial de ilusión, en el cual aparecen ilusiones vívidas, persistentes y continuadas sin ningún esfuerzo consciente por parte del paciente. Este fenómeno constituye una combinación de fantasía excesiva y extraordinaria capacidad mental para la construcción de imágenes visuales. Un ejemplo habitual es cuando se ven imágenes muy claras de escenas diversas en las nubes o en manchas de la pared, etc.... sin esfuerzo consciente por parte del sujeto y, en ocasio-

nes, incluso en contra de su voluntad.

No es correcto establecer el carácter de un fenómeno como ilusión porque parezca relacionado con alteraciones del estado emocional. Así por ejemplo, un paciente severamente deprimido puede percibir gestos neutros como despectivos, y ello constituir una ilusión, pero en otras ocasiones este síntoma puede corresponder a una alteración en el contenido del pensamiento, con ideas de referencia. Es preciso distinguir las ilusiones de las interpretaciones erróneas, que son trastornos del pensamiento, y de las alucinaciones funcionales, en las que se presenta una verdadera alucinación como respuesta ante otro estímulo normalmente percibido. Tal es el caso de una paciente de Fish que, al gotear agua de un grifo, oía voces alucinatorias.

Las alucinaciones constituyen las decepciones sensoriales más importantes, en las cuales la nueva percepción que se produce no se corresponde con ningún objeto presente en el mundo real. La definición clásica de alucinación es: «una percepción sin objeto» (Esquirol). Jaspers propuso la siguiente definición: una percepción errónea, que no es una distorsión sensorial ni una mala interpretación de una percepción correcta, que se presenta sin objeto, y ocurre al mismo tiempo que las percepciones reales. Con la definición de Esquirol, los sueños podrían ser considerados como alucinaciones, pero no con la definición de Jaspers, puesto que indica que la alucinación debe producirse al mismo tiempo o concomitantemente con percepciones normales. Ambas definiciones dejan fuera un elemento importante, que se observa consistentemente en la clínica (al menos hasta que el paciente se habitúa o logra elaborar medios de adaptación y defensa). Se trata del poder persuasivo, o influencia compulsa, que la alucinación ejerce sobre el sujeto que la padece. Así, cuando un enfermo esquizofrénico oye una voz que le insta a tirarse por una ventana, no solamente no puede distinguir esa voz alucinatoria de las voces normales de las gentes que hablan a su alrededor, sino que además se siente forzado, en contra de su voluntad, a seguir sus órdenes, experimentando notable sufrimiento y esfuerzo al resistirse. La mayoría de los pacientes conservan suficiente juicio como para oponerse a este efecto de las alucinaciones, por medios a veces dramáticos. Así una enferma de López Ibor, al comienzo de una primera crisis esquizofrénica, se aferró a un semáforo y se negó angustiosamente a soltarse. Sólo más tarde, ya ingresada, refirió que una voz le repetía «tírate, tírate» refiriéndose al intenso tráfico de la zona, y que se tuvo que sujetar al semáforo para

impedirle obedecer tan peligrosa orden.

Aparte de este poder de convicción, las alucinaciones tienen en común con las ideas delirantes el hecho de que en ambas se establecen relaciones sin pruebas objetivas adecuadas. Ya he mencionado que algunos autores, como Hillers y Castilla, consideran que en la alucinación no hay auténtica experiencia perceptual, sino que se trata en realidad de ideas delirantes expresadas en términos de percepciones. Por otra parte, la demostración en pacientes esquizofrénicos con alucinaciones auditivas de potenciales musculares en la laringe, al tiempo que el paciente refiere escuchar voces alucinatorias, parece indicar la existencia de vocalizaciones subsonoras inconscientes. Obviamente, las voces, y las alucinaciones en general, corresponden a contenidos de la conciencia que el paciente no sabe reconocer como propios, atribuyéndolos a una agencia externa. La diferencia con los fenómenos de influencia y de imposición del pensamiento radica en que en estos la experiencia es directa, sin intermedio perceptual, mientras que en la alucinación las representaciones disociadas de la conciencia son externalizadas de tal manera que adquieren el carácter de auténticas percepciones. Teniendo en cuenta todo lo que antecede, propongo definir la alucinación como «experiencia anómala operativa como una percepción, que no puede ser validada por otros observadores y que se presenta concomitantemente con percepciones normales, de las que el sujeto no puede diferenciarla. Característicamente, el sujeto no es capaz de reconocer la ausencia de objeto perceptual, y tiende a otorgar valor compulsa a la percepción anómala».

Pseudoalucinación. Inicialmente definida por Jaspers, este concepto parece derivarse más bien de razonamiento filosófico y de la lectura de la obra literaria de Kardinski, un sujeto extraordinariamente imaginativo. Jaspers comenzó por establecer la distinción entre percepciones verdaderas e imágenes mentales. Las *percepciones* son sustanciales, es decir, tienen corporeidad, aparecen en el espacio objetivo o exterior (yo prefiero emplear el término de «*espacio validable*», para referirnos al lugar donde, al menos teóricamente, distintos observadores pueden efectuar las mismas observaciones), están delineadas claramente (es decir, sus detalles son precisos), son constantes, persistiendo tanto como los sentidos del sujeto estén receptivos a los estímulos del objeto, tiene fidelidad sensorial (es decir, no se modifican aleatoriamente por sí mismas), y sus elementos sensoriales son completos, ricos y frescos. Finalmente, la percepción se produce independientemente de la voluntad. (Siempre, claro está, que los órganos de los sentidos estén receptivos

a los estímulos sensoriales). Las *imágenes mentales* son, por el contrario, incompletas, no claramente delineadas, inconstantes, se modifican espontáneamente, tienen que ser continuamente recreadas por el sujeto, y, generalmente, son dependientes de la voluntad. Según Jaspers, las *pseudoalucinaciones* son un tipo de imagen mental excepcionalmente claro y vívido, pero que sin embargo carecen de la corporeidad o sustancialidad de las percepciones verdaderas. Son experimentadas en estados de conciencia normales, el sujeto puede diferenciarlas de las percepciones reales y (probablemente aquí está el origen de los problemas de la confusión de tantos profesores hispanos y franceses) *no están localizadas en el espacio (objetivo) externo, sino en el espacio (subjetivo) interno*. Probablemente en este término «espacio interno» está la confusión de tantos estudiosos españoles y franceses, que interpretan literalmente la metáfora, y acostumbran a considerar como alucinaciones a las falsas voces que el sujeto oye a su alrededor y como pseudoalucinaciones a las que el sujeto refiere oír dentro de su cabeza o de otras partes de su cuerpo. Así, en algunos textos, como la Propedeútica Clínica Psiquiátrica de Cordova Castro y Villa Landa (página 61) se define la pseudoalucinación como «falsa percepción, de un objeto que no está presente en el medio ambiental habitual en el momento de producirse la vivencia. Se diferencia del alucinatorio únicamente en que el objeto se percibe donde normalmente no es perceptible. Los enfermos refieren que oyen ruidos *dentro* de la cabeza, en el vientre, etc., que ven personas o animales dentro del pecho, etc.». Otros tratados como el de Bernard y Trouve complican la situación hasta el absurdo, confundiendo y entremezclando pseudoalucinaciones, alucinaciones, fenómenos de pasividad, influencia, imposición de pensamientos, actos, emociones, etc. Como contraste, Schneider (página 135 y siguientes), Vallejo Ruiloba (página 195), Fish (página 19), y el mismo Jaspers (página 89), dejan bien claro las esenciales diferencias entre alucinaciones y pseudoalucinaciones. En primer lugar, y por pura coherencia etimológica, no puede aplicarse el término de *pseudoalucinación* a fenómenos que no difieren de las alucinaciones en lo esencial, sino en detalles accesorios. Claramente una voz alucinatoria es una voz alucinatoria, independiente de que el sujeto afirme que procede del planeta Marte o de sus intestinos. Lo que define la alucinación son las características de percepción no validada, que el sujeto no diferencia sensorialmente del conjunto de sus percepciones.

Cuando Jaspers afirma que las pseudoalucinaciones tienen lugar en el espacio interior se refiere (y aquí creo yo está el error de nuestros colegas), al

mundo interno imaginario, no al espacio interno de dentro del cuerpo. El espacio de dentro del cuerpo es, al menos teóricamente, un espacio validable o espacio objetivo, es decir, diferentes observadores pueden compartir la misma observación. Si realmente una voz está hablando dentro del intestino o en el planeta Marte, distintos observadores podrían, al menos teóricamente, llegar a escucharla, y no solamente el paciente. Si, por el contrario, la voz solamente existe en el mundo interno imaginario (no en el espacio físico interior del cuerpo), el fenómeno no se desarrolla en un espacio validable puesto que, ni siquiera en teoría, otros observadores pueden tener acceso a la misma observación. La supuesta situación en el espacio físico del objeto alucinatoriamente percibido es un elemento secundario, accesorio y, por lo tanto, no puede utilizarse como criterio para establecer diferencias esenciales. En cambio, si un paciente refiere experiencias que parecen alucinatorias, pero reconoce que la percepción no es exactamente del mismo tipo que las percepciones normales habituales, o que, en realidad la percepción está en su imaginación, o es una imagen mental no exactamente igual que una percepción del mundo externo, etc., entonces, si tenemos los elementos suficientes para catalogar la experiencia como una falsa alucinación, esto es, una pseudoalucinación. Así, por ejemplo, uno de mis pacientes, durante un episodio de severa depresión tras la muerte de su esposa refería lo siguiente: «Me levanto relativamente bien por las mañanas, pero al poco tiempo de estar en el trabajo veo su rostro en el centro de mi pecho, y de ahí sale una oleada negra que me sube por dentro hacia la cabeza y a partir de ese momento estoy perdido, tengo ganas de llorar y ya soy incapaz de hacer nada». A primera vista, se podría pensar que este «ver el rostro de mi esposa» y «sentir una oleada negra» corresponden a alucinaciones visuales y propioceptivas. Sin embargo, interrogando más detalladamente al paciente queda perfectamente claro que el rostro de la esposa es una imagen visual, extraordinariamente vívida eso sí, pero netamente diferenciable de la percepción que el sujeto tiene de mi rostro o del de cualquier otra persona sentada frente a él durante la entrevista; más aún la oleada negra corresponde claramente a un fenómeno neurovegetativo de disritmia cardíaca y trastorno circulatorio, que el paciente colorea imaginativamente con su depresión. Otro paciente, un adolescente tardío con crisis de identidad y neurosis de angustia, que se esforzaba en combatir sus síntomas mediante afiliación a escuelas esotéricas de las más variada índole, me refería lo siguiente: «Hay veces en que, cierro los ojos, me relajo, espero un

rato, y entonces hay una voz divina que me habla desde dentro y me dice lo que tengo que hacer». En el curso de la entrevista queda claro que la voz no tiene la misma calidad que la mía o la de cualquier otra persona que hable con el paciente, y no constituye un fenómeno alucinatorio.

Como resumen quizá sea lo más sencillo definir provisionalmente la pseudoalucinación como «fenómeno que al ser referido por el paciente recuerda una alucinación, pero que en realidad no lo es, por no contener los elementos esenciales de la misma». La importancia práctica de esta diferencia es enorme, puesto que las pseudoalucinaciones no son diagnósticas de nada, quizá solamente indicativas de buena capacidad imaginativa y tendencia a la introspección, mientras que las alucinaciones son, según su tipo, casi patognomónicas de algunas condiciones.

Bibliografía

- CASTILLA DEL PINO C.: Introducción a la psiquiatría. - Tomo I. Psicopatología - Alianza Universidad, Madrid 1979.
- JASPERS K.: Psicopatología General (49 Edición Española) Editorial Beta, Buenos Aires, 1980.
- LOPEZ IBOR: Comunicación personal.
- HAMILTON M. (Ed.): Fish's Clinical Psycho-pathology. John Wriighth. Bristol, 1974.
- BERNARD P. y TROUVE S.: Semiología Psiquiátrica. Toray-Masson, Barcelona, 1978.
- CORDOVA CASTRO A. y otros: Propedeutica y Clínica Psiquiátricas. Instituto Cubano del Libro, La Habana. 1974.
- VALLEJO J. y otros. Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría. Salvat. Barcelona. 1980.
- SCHNEIDER K.: Patopsicología Clínica (4ª Edición Española). Paz Montalvo, Madrid. 1975.