

ALUCINACIONES EN POBLACIÓN NORMAL: INFLUENCIA DE LA IMAGINACIÓN Y DE LA PERSONALIDAD

Ana María López Rodrigo, María Mercedes Paíno Piñeiro,
Pedro C. Martínez Suárez, Mercedes Inda Caro y Serafín Lemos Giráldez
Universidad de Oviedo

Se pretende valorar en este estudio la hipótesis de las alucinaciones como fenómeno continuo. Dicha hipótesis considera a las alucinaciones como un extremo del continuo de la experiencia consciente normal, que incluye la imaginación vívida, las ensañaciones y los pensamientos. La muestra estaba formada por 222 estudiantes universitarios que contestaron anónimamente al Cuestionario de Alucinaciones de Barret y Etheridge, la escala QMI de Imaginación Vívida de Betts y el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCM-II). Los resultados indican que los sujetos con experiencias alucinatorias presentan una mayor imaginación vívida y puntúan más alto en la mayoría de las escalas del Inventario de Millon, comparados con los no alucinadores. No se ha obtenido, sin embargo, una distribución normal de los fenómenos alucinatorios, lo que arroja dudas sobre la naturaleza dimensional de dichas experiencias.

Hallucinations in normal population: Imagery and personality influences. The present study was designed to gather data to the continuum hypothesis of hallucinations. According to this hypothesis, hallucinations can be considered to be one end of a continuum of normal conscious experience that include vivid imagery, daydreams and thoughts. Subjects were 222 college students who anonymously completed the Barret and Etheridge Hallucination Questionnaire, the Betts QMI Vividness of Imagery Scale, and Millon's Clinical Multiaxial Inventory (MCMII-II). The results suggest that hallucinators have more vivid imagery and higher scores on most Millon's Inventory scales compared to non-hallucinators. Nevertheless, it was not found a normal distribution of the hallucinatory experiences, which casts doubt on their dimensional nature.

Son numerosas las investigaciones que parecen apoyar la existencia de una continuidad entre los trastornos psicopatológicos y la personalidad normal, demostrando que los trastornos de la personalidad representarían la parte extrema en el

continuo de rasgos de la personalidad normal (Livesley, Jackson & Schroeder, 1992; Trull, 1992). Estos trabajos se enmarcan dentro de un modelo dimensional de clasificación, el cuál se opone a las distinciones que se vienen haciendo tradicionalmente entre síndromes clínicos y trastornos de la personalidad en los sistemas categoriales tradicionales, al considerar que estas diferencias no se dan de forma tan evidente en el conjunto de la población

Correspondencia: Serafín Lemos Giráldez
Departamento de Psicología
Facultad de Psicología
Universidad de Oviedo
Aniceto Sela, s/n. 33005 (Spain)

con problemas psicopatológicos. De ahí surgirán críticas a la distinción que hace en las últimas versiones DSM entre el eje I y el eje II, por considerar que dicha separación de los trastornos de la conducta anormal no es, ni mucho menos, tan clara (Millon, 1981; Rutter, 1987; Livesley y Schroeder, 1990). Desde el punto de vista de la dimensionalidad y, por tanto, desde la defensa de la existencia de un continuo entre la conducta normal y la conducta anormal, es discutible el hecho de formular categorías diagnósticas diferentes en base a los síntomas, si se tiene en cuenta que muchos síntomas son comunes a varios síndromes (Slade y Bentall, 1988). A pesar de todo, no se puede olvidar el hecho de que desde los sistemas clasificatorios existentes, como el DSM-IV, las alucinaciones se incluyen fundamentalmente entre los síntomas de las psicosis funcionales.

Sin dejar de lado este marco de la dimensionalidad, cabe esperar que determinados fenómenos como las alucinaciones se puedan dar, no sólo en los individuos con trastornos psicopatológicos, sino también en la población general. Sin embargo, se han ligado frecuentemente a la psicopatología, y suelen ser vistas como experiencias perceptuales disfuncionales. Así, las condiciones y procesos patológicos que se asocian habitualmente con las alucinaciones son de varios tipos: alteraciones en los sistemas sensoriales (básicamente las ligadas a la edad), alteraciones fisiológicas (fiebre, deprivación, etc.), condiciones médicas y tratamientos, alteraciones del sistema nervioso central (lesiones cerebrales, encefalopatías, etc.) y, sobre todo, la esquizofrenia y las psicosis afectivas.

En cuanto al concepto de alucinación, en el DSM-IV se define este fenómeno como una "percepción sensorial que posee la viveza de realidad de una verdadera percepción pero que ocurre en ausencia de es-

timulación real del órgano sensorial relevante" (APA, 1994). Es importante destacar también el punto de vista cognitivo defendido por Slade y Bentall, que concretan en la siguiente definición "de trabajo": *la alucinación es una experiencia similar a la percepción que ocurre en ausencia de un estímulo apropiado, tiene toda la fuerza e impacto de la correspondiente percepción real y no es susceptible de ser dirigida ni controlada voluntariamente por quien la experimenta* (Slade y Bentall, 1988, p.23).

A partir de esta definición es posible diferenciar las alucinaciones de otras experiencias similares como las ilusiones. Mientras que la experiencia ilusoria implica la existencia de un error de percepción en función del contexto, en el fenómeno alucinatorio existe un error de percepción en función de aparentes estímulos internos, lo cuál da lugar a consecuencias más graves. En segundo lugar, otro aspecto característico es la fuerza o impacto de la experiencia, lo que es tomado como criterio para diferenciar las alucinaciones de las pseudoalucinaciones; existiendo en la alucinación la convicción de que dicho fenómeno tiene su origen fuera de uno mismo, esto es, que se produce en el mundo real. El tercer punto de la definición, la ausencia de control por parte del individuo, intenta distinguir entre las alucinaciones y otras clases de imágenes mentales vividas; a diferencia de lo que ocurre con la imaginación, en la alucinaciones existe una imposibilidad, o por lo menos una dificultad, de alterar o disminuir la experiencia por deseo expreso de la persona.

De cualquier modo, existen investigaciones, fundamentalmente de tipo correlacional, que han intentado analizar las diferencias entre los sujetos que experimentan alucinaciones y los que podríamos denominar "imaginadores" normales. Seith y Molholm (1947) habían demostrado que,

contrariamente a lo que se podría plantear, las personas con alucinaciones tienen unas imágenes mentales muy débiles. Sin embargo, hay otro grupo de autores, que defienden que alucinaciones e imaginación vívida guardan relación, y se habla de cosas tales como que este tipo de experiencias son, simplemente, imágenes mentales muy exageradas. Por ejemplo, Mintz y Alpert (1972), argumentaron que el individuo que alucina se caracteriza por tener unas imágenes mentales anormalmente vividas y una escasa habilidad para distinguir entre lo real y lo imaginario. El principal defensor de esta perspectiva, Horowitz (1975), propuso que las experiencias alucinatorias son imágenes mentales derivadas de fuentes internas de información que son evaluadas incorrectamente como si surgieran de fuentes externas y que aparecen como intrusiones en el proceso perceptivo. De todas formas, no se han encontrado resultados concluyentes para determinar la existencia o no de relación entre las experiencias de tipo alucinatorio y una elevada capacidad imaginativa.

La presencia de alucinaciones en población normal, y no sólo en esquizofrénicos, ha despertado el interés en algunos autores por investigar variables que pudieran estar ayudando a la aparición de la alucinación. Los estudios más recientes sobre la incidencia de las alucinaciones en población no clínica han sido llevados a cabo por Barrett (1993) y Barrett y Etheridge (1992, 1994); quienes encontraron que casi la mitad de su muestra tenía experiencias alucinatorias una vez al mes, lo cual no estaba relacionado con la conformidad social. Por otro lado, también llegaron a la conclusión de que los “alucinadores” tienen mayor imaginación vívida que los “no-alucinadores”, pero no mejor control de sus imágenes. Barrett y Etheridge (1994) relacionaron las alucinaciones con distintos tipos de personalidades disfun-

cionales y sus resultados indicaban que los “alucinadores” diferían de los “no-alucinadores” en las dimensiones emocional y social, aunque no encontraron relación entre las experiencias alucinatorias y una patología subyacente.

Con respecto al mecanismo responsable de la aparición de las alucinaciones, Slade y Bentall (1988) y Bentall (1990) han concluido que estos fenómenos tienen un origen común tanto en las personas normales como en los pacientes psiquiátricos. Su hipótesis es que el fenómeno alucinatorio representa un fallo en lo que ellos llaman *proceso de discriminación de la realidad*, lo que implicaría que una experiencia generada internamente es atribuida a una fuente externa. Existe otra tendencia a la hora de explicar este tipo de fenómenos alucinatorios, que es la de aquellos autores que mantienen la idea de que las alucinaciones guardan estrecha relación con alteraciones funcionales de la personalidad; las cuales son consideradas por Millon (1986) dentro de un continuo de normalidad-anormalidad. Barrett y Etheridge (1994) se enmarcan en esta línea de investigación.

Son múltiples las teorías que han intentado explicar el fenómeno de las alucinaciones, como las de corte biologicista, que tratan de explicarlas en términos de alteraciones en el Sistema Nervioso Central (SNC), atendiendo a influencias tan distintas como el componente genético (Kety, 1974), variables de tipo neuropsicológico (Scheibel y Scheibel, 1962; West, 1962, 1975) o a mecanismos neuroquímicos específicos (dopamina, 5-HT y determinados opiáceos endógenos).

El otro grupo de teorías explicativas de las alucinaciones son las teorías *psicológicas*, de las cuales cabría destacar los siguientes enfoques: a) Teorías del *Condicionamiento*, que explican las alucinaciones en términos de sugestionabilidad (Hef-

ferline, Bruno y Camp, 1972); b) Teorías de la “destilación” (*seepage theories*), que explican las alucinaciones en términos de una especie de “filtrado” o “destilación” donde la actividad mental que normalmente es preconsciente se hace consciente. Destacan los experimentos de privación sensorial realizados por West (1962, 1975) y Fritz (1979); c) Teorías de las *imágenes mentales*, que entienden las alucinaciones como imágenes mentales que el individuo atribuye erróneamente a fuentes externas; y d) Teorías de la *subvocalización*, que proponen la existencia de una relación entre las alucinaciones auditivas y el *lenguaje interno* de los sujetos (Gould, 1950; Green y Preston, 1981).

Queda pendiente un modelo integrador que recoja de cada enfoque aquellas ideas que estuviesen suficientemente comprobadas por la evidencia empírica y que fuese capaz de explicar por qué, en circunstancias normales, la mayor parte de las personas pueden distinguir de forma correcta entre hechos reales e imaginarios. Un intento en este sentido fue realizado por Slade y Bentall (1988).

El propósito de este estudio es el someter a prueba si las experiencias alucinatorias responden al principio de dimensionalidad y si aparecen en alteraciones psicológicas no psicóticas. De este modo, se intentarán detectar posibles diferencias (si las hubiere) entre un grupo de “alucinadores” y un grupo de “no-alucinadores” en cuanto a imaginación y varios tipos de alteraciones de la personalidad descritas por Millon, analizando también los rasgos de tipo neurótico y psicótico.

Método

Sujetos

La muestra está formada por 222 estudiantes universitarios que no recibieron

ningún tipo de gratificación por su colaboración (71 varones y 151 mujeres en edades comprendidas entre 17 y 26 años y pertenecientes al primer y tercer curso de las carreras de Psicología e Informática).

Instrumentos

Se han utilizado los siguientes instrumentos:

a) *Escala QMI de Imaginación Vívida de Betts* (Richardson, 1969), en su adaptación experimental de S. Lemos y P.C. Martínez (Universidad de Oviedo). Esta prueba consta de 35 breves descripciones de contenidos que el individuo tiene que tratar de imaginar, correspondientes a siete modalidades sensoriales: visual (p. ej., “el sol metiéndose en el horizonte”), auditiva (p.ej., “el maullido de un gato”), cutánea (p. ej., “la arena”), cinética (p.ej., “alcanzar un estante alto”), gustativa (p. ej., “naranjas”), olfativa (p. ej., “cuero nuevo”) y orgánica (p. ej., “dolor de garganta”). Se valoran en una escala de 1 (máximo) a 7 (mínimo) la viveza de cada imagen.

b) *Cuestionario de Alucinaciones* de Barrett (1994) (forma C), adaptado por S. Lemos y P.C. Martínez. Este cuestionario recoge 22 experiencias alucinatorias de distinto tipo, como el oír el propio nombre cuando nadie está presente, oír los propios pensamientos en voz alta, oír voces que proceden de un lugar en el que no hay nadie, u oír voces de parientes o amigos fallecidos. Se valora la frecuencia con que se experimentan dichos fenómenos en una escala de 1 (nunca) a 5 (muy a menudo). En su versión original, se utilizaba una escala tipo Lickert de 1 (“en una o dos ocasiones”) a 7 (“al menos una vez al día”).

c) *Inventario Clínico Multiaxial de Th. Millon (II)* (MCMII-II), (Millon, 1987) en su adaptación castellana de A. Avila-Espada y M. García García (Universidad de Sa-

lamanca). Dicho inventario consta de 175 ítems a los que es necesario responder en términos de verdadero o falso. Consta de 25 escalas clasificadas en 5 grupos : 3 escalas de Validación, 10 escalas Básicas de la Personalidad, 3 escalas de Personalidad patológica, 6 Síndromes Clínicos de gravedad moderada y 3 Síndromes Clínicos de gravedad severa.

Procedimiento

Los sujetos recibieron una vaga información del objeto de estudio y se les invitó a participar voluntaria y anónimamente completando las pruebas sorpresivamente en una única sesión, en clases previamente pactadas con sus profesores. El orden de administración de las pruebas fue el siguiente: Escala de Imaginación Vívida (QMI), Cuestionario Barrett de Alucinaciones y MCMI-II. De la Escala de Imaginación Vívida se obtuvieron 7 puntuaciones correspondientes a los distintos tipos de contenidos (visual, auditivo, cutáneo, cinético, gustativo, olfatorio y orgánico). Del cuestionario de Barrett se obtuvieron cinco puntuaciones correspondientes a los distintos tipos de experiencias alucinatorias (auditivas, visuales, gustativas, táctiles y olfativas), y del cuestionario MCMI-II se derivaron las puntuaciones de cada una de las 25 escalas que lo componen.

Resultados

En base a las puntuaciones del Cuestionario de Alucinaciones de Barrett, se formaron dos grupos con los individuos cuyas puntuaciones estaban situadas en el 20% superior e inferior de la escala, los cuáles constituyen los dos niveles escogidos de nuestra primera variable independiente (VI). Así, 52 “alucinadores” y 49 “no-alucinadores” fueron seleccionados para posteriores análisis. Como variable

dependiente (VD) se tomaron las 7 modalidades sensoriales que componen la Escala QMI de Imaginación Vívida y la suma de todas ellas. Se decidió aplicar una prueba “t” para dos muestra independientes con el fin de poder hacer las correspondientes comparaciones de medias, puesto que los niveles de la VD imaginación se distribuyeron normalmente. Los resultados demostraron que el grupo de alucinadores tenían una imaginación vívida significativamente mayor en todas las subescalas excepto en la auditiva y la cinética (Tabla 1); lo que parece indicar que las personas que refieren experiencias alucinatorias tienen mayor capacidad imaginativa general excepto para los sonidos y sensaciones de movimiento.

Tabla 1
Medias y desviaciones típicas en las escalas de Imaginación Vívida obtenidas por sujetos «alucinadores» y «no-alucinadores», valores «t» de Student y significación estadística

Grupos						
Escalas	Alucinadores		No-alucinadores		t	P
	Media	DT	Media	DT		
Visual	10.6000	3.3262	12.9627	4.7245	2.74	**
Auditiva	13.8261	4.7530	14.6923	6.0148	0.78	NS
Cutánea	10.9556	3.6740	14.0557	5.9025	3.15	**
Cinética	11.3478	3.9283	12.1346	5.1222	0.84	NS
Gustativa	13.2667	4.9286	16.6923	6.1406	3.00	**
Olfativa	12.0870	4.2155	15.2308	5.9561	2.98	**
Orgánica	10.8478	3.6695	13.1765	5.4762	2.43	*
Total	83.0227	20.6437	99.1400	27.0404	3.21	**

La relación entre capacidad imaginativa y puntuación en las escalas es inversa; reflejando las medias más bajas una mayor imaginación.
*= $p \leq .05$; **= $p \leq .01$; ***= $p \leq .0001$; NS= no significativa

Con objeto de comprobar la posible bidireccionalidad de la causalidad, se llevó a cabo el análisis inverso, esta vez tomando como VI la puntuación total de la escala de Imaginación Vívida, estableciendo un grupo de “imaginadores” y otro de “no-imaginadores” con el mismo procedimiento anterior. Ante la exigencia de una prue-

ba no-paramétrica, al comprobarse que la puntuación global en la escala de alucinaciones no se distribuía normalmente, se decidió aplicar la prueba “U” de Mann-Whitney. La no obtención de claras diferencias significativas (Tabla 2) no permite concluir que dicha relación sea bidireccional, puesto que el tener una alta capacidad imaginativa no implicaba de forma consistente la existencia de experiencias de tipo alucinatorio. Los datos indican, sin embargo, cierta covariación entre alucinaciones y capacidad imaginativa.

Tabla 2
Medias y desviaciones típicas en la escala total de alucinaciones del Cuestionario de Barrett obtenidas por sujetos «imaginadores» y «no-imaginadores», valor U de Mann-Whitney y significación estadística

Grupos						
Escala	Imaginadores		No-imaginadores		U	P
	Media	DT	Media	DT		
Total Aluc.	35.2955	9.9664	31.1163	7.1154	717.0	0.0514

Para el siguiente análisis se eligieron como VDs las diez subescalas clínicas del MMCM-II, de las cuales cinco valoran el espectro neurótico de la personalidad y otras cinco valoran el espectro psicótico. Se decidió aplicar la prueba “t” para dos muestras independientes dado el cumplimiento de la normalidad de dichas variables. Se encontró una alta significación estadística en la mayoría de las variables; lo que demuestra que los “alucinadores” puntúan más alto en la mayor parte de las escalas de las personalidades anormales y de los síndromes clínicos, aunque con algunas excepciones puntuales.

Para verificar la posible relación entre imaginación y patrones de personalidad anormal se realizó un análisis complementario eligiendo para ello las diez variables psi-

Tabla 3
Medias y desviaciones típicas en las escalas del MCMI-II obtenidas por sujetos «alucinadores» y «no-alucinadores», valores «t» de Student y significación estadística

Grupos							
Escalas		Alucinadores		No alucinadores		t	P
		Media	DT	Media	DT		
Neuróticas	Pers. fóbica	25.5435	11.9419	18.7115	9.7041	-3.12	**
	Pers. histriónica	36.2609	10.0054	30.93231	9.8615	-2.66	**
	Pers. compulsiva	31.0435	8.5634	32.0385	8.8472	0.56	NS
	Ansiedad	14.0000	10.7435	7.0000	6.7446	-3.81	***
	Somatoforme	18.8696	9.1763	11.9423	7.0389	-4.22	***
Psicóticas	Pers. esquizoide	19.4565	7.4138	17.9038	6.0237	-1.14	NS
	Pers. esquizotípica	21.9348	11.5459	15.0962	9.2445	-3.21	**
	Pers. paranoide	32.0435	9.3546	24.8654	10.6551	-3.52	***
	Pensam. psicótico	17.6087	8.5075	10.9615	8.7200	-3.81	***
	Delirio psicótico	15.7174	5.3319	10.9231	6.1224	-4.11	***

*=p≤.05; **≤.01; ***=p≤.001; NS= no significativa

copatológicas anteriores y como VI los dos grupos “imaginadores” y “no imaginadores”. De nuevo se aplicó la prueba “t” para dos muestras independientes, puesto que las variables se distribuían normalmente. Los resultados (Tabla 4) parecen indicar que la

Tabla 4
Puntuaciones en las escalas del MCMI-II para «imaginadores» y «no-imaginadores», valores «t» de Student y significación estadística

Grupos							
Escalas		Imaginadores		No-imaginadores		t	P
		Media	DT	Media	DT		
Neuróticas	Pers. fóbica	22.0909	13.686	23.1395	10.629	-0.40	NS
	Pers. histriónica	38.9545	7.240	29.6977	10.091	4.91	***
	Pers. compulsiva	31.9091	8.580	33.0233	8.058	-0.62	NS
	Ansiedad	11.2636	11.113	7.6744	7.240	1.84	NS
	Somatoforme	16.4773	9.067	12.3023	7.714	2.31	*
Psicóticas	Pers. esquizoide	17.2955	7.1482	20.9070	7.3576	-2.32	*
	Pers. esquizotípica	19.0000	12.8008	17.8837	8.6305	0.48	NS
	Pers. paranoide	32.7500	9.1781	26.8837	9.2381	2.92	**
	Pensam. psicótico	15.4773	9.7061	13.0930	6.9857	1.32	NS
	Delirio psicótico	15.0909	5.3301	12.0233	5.4663	2.65	**

*=p≤.05; **≤.01; ***=p≤.001; NS= no significativa

capacidad imaginativa no está relacionada con el hecho de que un individuo puntúe alto en uno o más rasgos de tipo neurótico a excepción de la *personalidad histriónica*, no siendo posible llegar a conclusiones definitivas sobre la relación entre imaginación y las personalidades del espectro psicótico.

Finalmente, se realizaron análisis de Regresión Múltiple para valorar hasta qué punto las patologías descritas en el MCMI-II explican la presencia de experiencias alucinatorias o una elevada capacidad imaginativa. Se llevaron a cabo cuatro análisis, con la totalidad de los sujetos del estudio, para relacionar las experiencias alucinatorias y la imaginación vívida con los trastornos de la personalidad y con los síndromes clínicos descritos por Millon (Tabla 5). Se utilizaron como variables criterio la puntuación total de la Escala de Alucinaciones de Barrett y la puntuación total de la Escala QMI de imaginación vívida en sendos análisis; mientras que los predictores fueron en cada análisis las puntuaciones obtenidas en los trastornos de la personalidad y en los síndromes clínicos del MCMI-II. A raíz de estos últimos resultados podría afirmarse que, en general, elevadas puntuaciones en algún trastorno de la personalidad o síndrome clínico, apenas explican la varianza de experiencias de tipo alucinatorio ni la capacidad imaginativa; con la excepción de la *personalidad límite* y los síndromes de *delirio psicótico* y de *abuso de alcohol*, que explican algo más del 10% y del 16% de la varianza observada en la experiencia alucinatoria, respectivamente. La varianza explicada de la capacidad imaginativa, a partir de idénticos predictores, ha sido notablemente más baja

Discusión

De los datos presentados en los estudios se puede deducir, en primer lugar, que las personas con más experiencias alucinatorias tienen una imaginación vívida supe-

rior. Ahora bien, conviene matizar que en dichas experiencias alucinatorias en población normal, es probable que no tenga lugar una pérdida del sentido de la realidad tal y como ocurre en población clínica; por lo que podría estimarse que dichas experiencias corresponden más bien al concepto de pseudoalucinaciones; sin embargo, mantendremos igualmente el término “alucinación” para ceñirnos así a la terminología empleada en los instrumentos utilizados y en otros trabajos similares.

Tabla 5
Resultados de los análisis de Regresión Múltiple

Variable criterio: TOTAL ALUCINACIONES R ² = 0.109				
Predictores	r	beta	C	C%
Pers. Límite	.3301	.3301	0.109	10.9
Test de Durbin-Watson = 1.8147				
Variable criterio: TOTAL ALUCINACIONES R ² = 0.1618				
Predictores	r	beta	C	C%
Delirio Psicótico	.3156	.1782	0.056	5.6
Abuso alcohol	.3707	.2847	0.106	10.6
Test de Durbin-Watson = 1.798				
Variable criterio: TOTAL QMI R ² = 0.534				
Predictores	r	beta	C	C%
Pers. Histriónica	-.2311	-.2311	0.0534	5.34
Test de Durbin-Watson = 1.7857				
Variable criterio: TOTAL QMI R ² = 0.28				
Predictores	r	beta	C	C%
Abuso de alcohol	-.1675	-.1675	0.028	2.8
Test de Durbin-Watson = 1.7651				

Si consideramos separadamente las distintas subescalas de imaginación vívida, comprobamos que siempre hay diferencias entre los grupos de “alucinadores” y “no-alucinadores”, pero en los contenidos auditivo y cinético los resultados no han resultado significativos, pudiendo estas diferencias deberse al azar y carecer de valor explicativo, o bien deberse a que estas dos modalidades sensoriales puedan ser, en general, más difíciles de imaginar que las demás por su escasa representación mental. No se puede olvidar el hecho de que las puntuaciones obtenidas en el cuestionario de Imaginación Vívida dependen, en gran medida, de las características personales de cada individuo y del autoconcepto que éste tenga sobre su capacidad imaginativa.

Una hipótesis explicativa acerca de la relación entre alucinación e imaginación es que ésta se deba a que las personas con un mayor número de experiencias de tipo alucinatorio almacenen la información de forma diferente a los individuos no propensos a alucinar. Puesto que las experiencias imaginativas se construyen basándonos en la información que tenemos almacenada en la memoria, se podría suponer que esa información sensorial es más rica en detalles en las personas que tienen más experiencias alucinatorias, o simplemente que esos procesos de memoria diferentes faciliten un mejor acceso a esa información sensorial almacenada.

Si los “alucinadores” tienen una gran imaginación vívida, podría esperarse que ocurriese también lo contrario, esto es, que los individuos que poseen una elevada capacidad imaginativa experimentasen asimismo frecuentes fenómenos de tipo alucinatorio. Sin embargo, no se ha obtenido clara bidireccionalidad en la causalidad, de lo que se deduce una primera conclusión doble: a) la persona que experimenta frecuentemente experiencias de tipo

alucinatorio posee gran imaginación; y b) el que una persona tenga una elevada capacidad imaginativa no quiere decir que vaya a alucinar, o en todo caso dicha relación es más débil. En cualquier caso, tal y como se desprende de los resultados, no parece que los fenómenos alucinatorios sean algo ajeno a la imaginación del individuo, pero hay que tener presente que tal vez ésta no sea la única variable que tenga influencia y que, por lo tanto, sería recomendable estudiar otros factores ajenos a la imaginación que puedan estar interviniendo en los fenómenos alucinatorios.

Pero, ¿cuáles son estos factores que diferencian a los individuos con una mayor frecuencia de experiencias de tipo alucinatorio del resto de los sujetos? ¿Podría tratarse tal vez de variables de tipo psicopatológico? Dirigiendo el foco de atención a las características psicopatológicas que configuran el inventario MCMII-II, se ha encontrado una mayor presencia de este tipo de trastornos en los individuos con más experiencias alucinatorias. Tradicionalmente las alucinaciones se han ligado a los trastornos de tipo psicótico; sin embargo, los resultados nos muestran que las personas, por así llamarlas, “alucinadoras”, puntúan más alto en prácticamente todos los síndromes, incluidos los de tipo neurótico.

Llama la atención que la relación entre el grupo de personas que presentan alucinaciones y las personalidades del espectro psicótico resultase altamente significativa en todos los casos excepto en la *personalidad esquizoide* y la *personalidad compulsiva*. Los individuos con una personalidad esquizoide se caracterizan por la ausencia de deseo o la incapacidad para experimentar en profundidad placer o dolor; son apáticos, indiferentes y tienen escasas necesidades afectivas y emocionales. Estas características podrían explicar de algún modo estos resultados. Entra también

dentro de lo posible que este tipo de personas no presten excesiva atención a sus experiencias alucinatorias, en caso de tenerlas. Una característica de la personalidad compulsiva puede ser también, precisamente, la pobre imaginación.

A la luz de los resultados, podría suponerse entonces que los trastornos de la personalidad o determinados síndromes clínicos constituirían un factor añadido que podría explicar la presencia de fenómenos de tipo alucinatorio.

Los resultados de los análisis de Regresión Múltiple, no obstante, indican que los trastornos de la personalidad añaden relativamente poco a la explicación de las alucinaciones y de la capacidad imaginativa, con excepción de la *personalidad límite*, en el primer caso. Quizás esta excepción se explique por la profunda ambivalencia cognitiva y afectiva que les caracteriza y que tal vez les lleve a tener un peculiar sistema de representación sensorial.

También indican los resultados que solamente el *delirio psicótico* (factor que, como se ha indicado, discrimina entre “alucinadores” y “no-alucinadores”) y el *abuso de alcohol* (son conocidas las encefalopatías alcohólicas subagudas, entre las que se encuentra la alucinosis alcohólica) tienen un peso moderado en la explicación de las alucinaciones, lo cuál ciertamente es de esperar.

A modo de conclusión, diremos que nuestros resultados suponen de algún modo una crítica al punto de vista dimensional de las experiencias alucinatorias. En primer lugar, no debe pasar desapercibido el hecho de que las experiencias alucinatorias no se distribuyen normalmente en la población estudiada. Además, es evi-

dente que las personas que tienen más experiencias de tipo alucinatorio se sitúan por encima de las demás en el continuo de la imaginación y en el continuo que representa cada uno de los tipos de personalidad anormal. Si los datos concluyesen ahí, podría defenderse aún cierta dimensionalidad de los fenómenos alucinatorios; sin embargo, esos factores no bastan para explicar la presencia de alucinaciones en un sujeto; lo que obliga a hipotetizar la existencia de alguna otra característica en los individuos con este tipo de experiencias. Supuestamente, existen otros factores añadidos en las personas que se sitúan en la parte alta del continuo de las alucinaciones que implica un salto cualitativo con respecto a los sujetos de la parte baja e intermedia de dicho continuo; por lo tanto, no parece tener gran sentido sostener la existencia de un continuo *ausencia-presencia* de alucinaciones, ya que estos resultados cuestionan bastante el enfoque psicológico de la dimensionalidad; sin embargo, no zanján del todo la cuestión, siendo necesarios estudios posteriores que intenten determinar con exactitud cuáles puedan ser los factores moderadores necesarios para que se produzcan las experiencias de tipo alucinatorio; tal vez variables de naturaleza psicopatológica, cognitiva o de otro tipo; por lo que se abre un interesante campo de investigación.

Agradecimientos

La realización del presente trabajo ha sido posible gracias a la ayuda TA94/206-2 concedida al último autor por la Universidad de Oviedo.

Referencias

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed)*. Washington, D.C.: APA.
- Barrett, T. R., & Etheridge, J. B. (1992). Verbal hallucinations in normals, I: People who hear "voices". *Applied Cognitive Psychology*, 6, 379-387.
- Barrett, T. R. (1993). Verbal hallucinations in normals, II: Self-reported imagery vividness. *Personality and Individual Differences*, 15, 61-67.
- Barrett, T. R., & Etheridge, J. B. (1994). Verbal hallucinations in normals-III: Dysfunctional personality correlates. *Personality and Individual Differences*, 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.
- Frith, C. D. (1979). Consciousness, information processing and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 134, 225-235.
- Gould, L. N. (1950). Verbal hallucinations as automatic speech. *American Journal of Psychiatry*, 107, 110-119.
- Green, P., & Preston, M. (1981). Reinforcement of vocal correlates of auditory hallucinations by auditory feedback: a case study. *British Journal of Psychiatry*, 139, 204-208.
- Hefferline, R. F., Bruno, L. J., & Camp, J. A. (1972). Hallucinations: an experimental approach. In F. J. McGuinan & R. A. Schoonover (Eds.), *The psychophysiology of thinking: studies of covert processes*. New York: Academic Press.
- Horowitz, M. (1975). Hallucinations: an information processing approach. In R. K. Siegel & L. J. West (Eds.), *Hallucinations: behaviour, experience and theory*. New York: Wiley.
- Kety, S. S. (1974). From irrationality to reason. *American Journal of Psychiatry*, 131, 957-962.
- Livesley, W. J., Jackson, D. N., & Schroeder, M. L. (1992). Factorial structure of traits delineating personality disorders in clinical and general population samples. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 432-440.
- Livesley, W. J., & Schroeder, M. L. (1990). Dimensions of personality disorder: The DSM-III-R cluster A diagnosis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 627-635.
- Millon, T. (1981). *Disorders of personality: DSM-III, Axis II*. New York: Wiley.
- Millon, T. (1986). A theoretical derivation of pathological personalities. In T. Millon & G. L. Klerman (Eds.), *Contemporary directions in psychopathology* (pp. 639-699). New York: Guilford Press.
- Mintz, S., & Alpert, M. (1982). Imagery vividness, reality testing, and schizophrenic hallucinations. *Journal of Abnormal Psychology*, 79, 310-316.
- Rutter, M. (1987). Temperament, personality and personality disorders. *British Journal of Psychiatry*, 150, 443-458.
- Scheibel, M. E., & Scheibel, A. B. (1962). Hallucinations and brain stem reticular core. In L. J. West (Eds.), *Hallucinations: behaviour, experience and theory*. New York: Grune & Stratton.
- Seith, P. F., & Molholm, H. B. (1947). Relation of mental imagery to hallucinations. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 57, 469-480.
- Slade, P. D., & Bentall, R. P. (1988). *Sensory deception: A scientific analysis of hallucination*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Trull, T. J. (1992). DSM-III-R personality disorders and the five-factor model of personality: An empirical comparison. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 553-560.
- West, L. J. (1962). A general theory of hallucinations and dreams. In L. J. West (Eds.), *Hallucinations: behaviour, experience and theory*. New York: Grune & Stratton.
- West, L. J. (1975). A clinical and theoretical overview of hallucinatory phenomena. In R. K. Siegel & L. J. West (Eds.), *Hallucinations: behaviour, experience and theory*. New York: Wiley.

Aceptado el 20-XII-95