



CAPITULO 6: PSICOPATOLOGÍA DE LA PERCEPCIÓN E IMAGINACIÓN

- Las psicopatologías de la percepción y de la imaginación, constituyen temas centrales para la investigación psicopatológica, por varias razones:
 1. Los fenómenos que abarcan, suelen ser extraordinariamente llamativos y extraños.
 2. En muchos casos, estos fenómenos, conllevan anomalías en la imaginación.
 3. Porque se imbrican también con uno de los procesos mentales más importantes para la supervivencia y la adaptación: la percepción.

- La percepción, no implica una mera copia de la realidad, sino un **proceso constructivo**, mediante el que se interpretan los datos sensoriales.

Esta **interpretación activa**, se fundamenta en las experiencias previas, las expectativas y las predisposiciones personales.

Pinillos: "...Percibir entraña un cierto saber acerca de las cosas percibidas y sus relaciones".

La ilusión es un ejemplo de que la percepción no está determinada solamente por las características físicas del estímulo: *El contexto nos proporciona las reglas en las que se basan nuestras percepciones, y guía nuestras interpretaciones.*

- En el proceso de percepción intervienen el juicio y la interpretación ⇒ *Las inexactitudes perceptivas y los engaños o errores sensoriales son tan normales como lo contrario, al menos en términos de probabilidad.*
- **Interés de la investigación psicopatológica por las imágenes mentales:** Frente al rechazo por psicometristas como Galton, o de los conductistas, **Tolman** (neoconductista) afirmó que los **mapas cognitivos** constituían la guía fundamental del comportamiento.

2 opciones teóricas antagónicas sobre el modo de abordar el estudio de las imágenes mentales:

1. Una de naturaleza **dualista**: Defiende la existencia de un código representacional específico para el procesamiento de imágenes mentales, y otro para el procesamiento proposicional.
2. De naturaleza **reduccionista o uniforme**: Existencia de un único formato para las representaciones mentales, que subyace tanto a "las palabras" como a las "imágenes", y cuya *naturaleza es proposicional y abstracta.*



CAPITULO 6: PSICOPATOLOGÍA DE LA PERCEPCIÓN E IMAGINACIÓN

CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS PERCEPTIVOS Y DE LA IMAGINACIÓN

Los trastornos de la percepción y de la imaginación se suelen clasificar en **dos grupos**:

1. DISTORSIONES PERCEPTIVAS

- Solamente son posibles mediante el **concurso de los órganos de los sentidos** (se les llama sensoriales).
- Se producen cuando **un estímulo** que existe fuera de nosotros, **es percibido de un modo distinto a como cabría esperar** dadas las características formales del propio estímulo.

Dos posibilidades:

- a) **Percepción distinta** a la habitual y/o probable **teniendo en cuenta las experiencias previas, características contextuales, y el modo en que otras personas perciben ese estímulo** ⇒ *Distorsiones relativas al tamaño, forma, intensidad, distancia, etc.*
 - b) **Percepción diferente de la que se derivaría en caso de tener solamente en cuenta las características físicas del estímulo** ⇒ *Ilusiones.*
- La **anomalía** no suele residir en los órganos de los sentidos, sino en la **percepción que la persona elabora a partir de un determinado estímulo**: la **construcción psicológica** (interacción entre los procesos sensoriales y los conceptuales).

En algunos casos tienen su origen en trastornos de naturaleza orgánica, que suelen ser transitorios y que pueden afectar tanto a la recepción sensorial, como a su interpretación. Pese a ello, es más correcto calificarlas como perceptivas que como sensoriales (es la construcción que el individuo hace la que está primariamente alterada).

- A excepción de las ilusiones, las distorsiones perceptivas, **suelen afectar a una o más modalidades sensoriales, y pueden involucrar todos los estímulos de mundo sensorial que se halle afectado.**

2. ENGAÑOS PERCEPTIVOS

- Se produce una **experiencia perceptiva nueva** que:
 - a) Suele **convivir con el resto de las percepciones "normales"**.
 - b) **No se fundamenta en estímulos realmente existentes** fuera del individuo (alucinaciones).
 - c) **Se activa a pesar de que el estímulo que produjo la percepción inicial, ya no se halla físicamente presente.**
- Se han denominado también **"percepciones falsas", "aberraciones perceptivas" y "errores perceptivos"**.



CAPITULO 6: PSICOPATOLOGÍA DE LA PERCEPCIÓN E IMAGINACIÓN

EN DEFINITIVA:

- En los engaños perceptivos *el estímulo es sólo un supuesto*.
- En las distorsiones perceptivas, *los estímulos son un punto de partida necesario* (no suficiente).

- Lo común a los engaños y distorsiones es el hecho de que *la persona tiene una experiencia perceptiva*.

Tabla 6.1 Clasificación de las psicopatologías de la percepción y la imaginación

<p style="text-align: center;">Distorsiones perceptivas</p> <p>Hiperestusias versus hipoestusias: anomalías en percepción de la intensidad</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Hiperalgesias versus hipoalgesias: anomalías en la percepción del dolor (anestusias, analgesias...) <p>Anomalías en la percepción de la cualidad</p> <p>Metamorfopsias: anomalías en la percepción del tamaño y/o la forma</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Dismegalopsias anomalías en la percepción del tamaño: micropsias y macropsias.▪ Dismorfopsias: anomalías en la percepción de la forma▪ Autometamorfopsias: referidas al propio cuerpo. <p>Anomalías en la integración perceptiva: aglutinación y sinestesia versus escisión</p> <p>Ilusiones:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Sentido de presencia▪ Pareidolias <p style="text-align: center;">Engaños perceptivos</p> <p>Alucinaciones.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Variantes de la experiencia alucinatoria:<ul style="list-style-type: none">♦ Pseudoalucinaciones♦ Alucinaciones funcionales♦ Alucinaciones reflejas♦ Autoscopia♦ Alucinaciones extracampinas. <p>Pseudopercepciones o imágenes anómalas:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Imágenes hipnagógicas o hipnopómpicas▪ Imágenes mnémicas▪ Imágenes eidéticas▪ Imágenes consecutivas▪ Imágenes parásitas▪ Imágenes alucinoides



CAPITULO 6: PSICOPATOLOGÍA DE LA PERCEPCIÓN E IMAGINACIÓN

DISTORSIONES PERCEPTIVAS O SENSORIALES

A. ANOMALÍAS EN LA PERCEPCIÓN DE LA INTENSIDAD DE LOS ESTÍMULOS

- Pueden producirse tanto por **exceso (hiperestesias)**, como por **defecto (hipoestesias)**. La **ausencia absoluta de percepción de la intensidad estimular** se denomina **anestesia**.

Una modalidad: Percepción de los estímulos que causan *dolor*:

- *Hiperalgias.*
- *Hipoalgias.*
- *Analgesias.*

- La intensidad con la que percibimos los estímulos no sólo **depende del propio estímulo**, sino también de otros **factores externos o internos**: cansancio, habituación, nivel o intensidad estimular, características de nuestros órganos sensoriales, etc.

Puede hablarse de un **continuo o dimensión de percepción de la intensidad** de los estímulos **que varía como consecuencia de**:

1. **Las características del estímulo a percibir.**
2. **El contexto** el momento en que se produce la percepción.
3. **El sujeto que percibe** (receptor).

- **Lo que se halla alterado son las características del receptor** (no las del contexto o las del estímulo).

La anomalía puede tener:

- **Origen neurológico.**
- **Origen sensorial:** alteración transitoria de los órganos sensoriales (estados tóxicos).
- **Origen funcional (*trastornos mentales*):** En éste caso, la alteración sería claramente de naturaleza perceptiva, ya que, tanto los receptores neurales como los sensoriales funcionan correctamente.

- **La intensidad de las percepciones puede verse alterada en:**

- * **Depresiones:** Quejas sobre la incapacidad para sentir o notar los sabores, olores, sonidos.
Otros pueden presentar hiperacusia.
- * **Trastornos de ansiedad.**
- * **Migrañas.**
- * **Estados tóxicos** (ingestión aguda de alcohol).
- * En algunas **esquizofrenias**.
- * **Estados maníacos.**
- * **Extasis por drogas** (hiperestesias visuales: los colores parecen mucho más intensos).

- Estos pacientes pueden presentar una **amplia gama de síntomas** relacionados con anomalías en la percepción de la intensidad de los estímulos: **desde anestias, hasta hiperalgias y**



CAPITULO 6: PSICOPATOLOGÍA DE LA PERCEPCIÓN E IMAGINACIÓN

dolor psicógeno, sin que existan causas orgánicas que lo justifiquen (hay que ser cautos al aplicar un diagnóstico de "trastorno funcional" (sin causa orgánica))

B. ANOMALÍAS EN LA PERCEPCIÓN DE LA CUALIDAD

- Hacen referencia a:
 - Visiones coloreadas.
 - Cambios en la percepción del color de los objetos.
 - Menos o mayor nitidez de las imágenes.
- Pueden tener su origen en:
 - Uso de ciertas **drogas**: mescalina.
 - Uso de ciertos **medicamentos**: digital.
 - **Lesiones** de naturaleza neurológica.
 - **Trastornos mentales**: esquizofrenias o depresiones.

C. METAMORFOPSIAS: ANOMALÍAS EN LA PERCEPCIÓN DEL TAMAÑO Y/O FORMA

- Distorsiones en la percepción visual de la forma ⇒ *dismorfopsias*.
- Distorsiones en la percepción visual del tamaño ⇒ *megalopsias*: los objetos se perciben a escala reducida (o muy lejanos), o a escala aumentada (o muy cercanos).
- Distorsiones en la percepción del propio cuerpo ⇒ *Autometamorfopsias*.
- Las personas *suelen ser conscientes de sus anomalías* y, sus reacciones emocionales varían desde el agrado al terror y la ira..
- En la mayoría de los casos, las *metamorfopsias se asocian a distorsiones en la percepción de la distancia* (ver los pies muchos más grandes y a una distancia mucho mayor).
- Se presentan en una amplia gama de situaciones:
 - **Trastornos neurológicos** (*epilepsia, lesiones parietales, o estados orgánicos agudos*)
 - **Drogas** (*mescalina*).
 - Poco frecuentes en los *episodios agudos de esquizofrenia y en los trastornos neuróticos*.

D. ANOMALÍAS EN LA INTEGRACIÓN PERCEPTIVA

- Son **poco frecuentes**.
- A veces aparecen *en estados orgánicos y en la esquizofrenia*.
- **Incapacidad para establecer los nexos existentes entre dos o más percepciones procedentes de modalidades sensoriales diferentes**. Ejemplo: *Viendo TV, competición entre lo que se oye y lo que se ve*.
Las conexiones entre ambas modalidades sensoriales (auditiva y visual) fracasan. Se tiene la sensación de que provienen de fuentes diferentes y de que atraen al mismo tiempo sus recursos atencionales.
- Se denomina *escisión perceptiva* ⇒ El objeto percibido se desintegra en fragmentos o elementos.



CAPITULO 6: PSICOPATOLOGÍA DE LA PERCEPCIÓN E IMAGINACIÓN

Puede ceñirse sólo a las formas: *morfosis*.

Disociación entre el color y la forma: *metacromías*.

- El fenómeno opuesto a la escisión es la *aglutinación*: distintas cualidades sensoriales se funden en una única experiencia perceptiva, produciendo incapacidad para distinguir entre diferentes sensaciones.

Una forma especial: la *sinestesia*: asociación anormal de las sensaciones en la que una sensación se asocia a una imagen que pertenece a un órgano sensorial diferente. Ejemplo: "Audición coloreada" (ver colores cuando se escucha música).

E. ANOMALÍAS EN LA ESTRUCTURACIÓN DE ESTÍMULOS AMBIGUOS: LAS ILUSIONES

- Ilusión: "*Percepción equivocada de un objeto concreto*".
Son perceptos que no se corresponden con las características físicas objetivas de un estímulo concreto.

Desde un punto de vista psicológico, son el resultado de la tendencia de las personas a organizar, en un todo significativo, elementos más o menos aislados entre sí o con respecto a un fondo: Ilusiones de Müller-Lyer, ilusiones por contraste, figuras reversibles, etc.

- Elementos comunes:
 1. *Predisposición personal a interpretar la estimulación en un sentido y no en cualquiera de los otros posibles.*
 2. *Ambigüedad o falta de definición clara de esa estimulación y/o de la situación en que se produce.*

Los estímulos que estamos percibiendo, se combinan con una imagen mental concreta.

- Tipos:
 - *Pareidolia* ⇒ *El individuo proporciona una organización y significado a un estímulo ambiguo o poco estructurado*: caras que vemos en el perfil de una montaña. No son patológicas.
 - *Sentido de presencia* ⇒ *Sensación de que no se está solo aunque no haya nadie, ni ningún estímulo que apoye esa sensación.*
Frecuente en ciertas situaciones como el *cansancio físico extremo o la soledad* con disminución drástica de estimulación ambiental.
También puede aparecer asociado a *estados de ansiedad y miedo patológicos, esquizofrenia, histeria y trastornos mentales de origen orgánico.*
- Según **Hamilton**, las ilusiones tienen importancia diagnóstica por 3 motivos:
 1. Por su probable *asociación con otros signos o síntomas.*
 2. Porque son *indicativas de un estado emocional elevado.*
 3. Porque pueden *alertar al clínico acerca de la existencia de una base etiológica para la falta de claridad perceptiva.*



CAPITULO 6: PSICOPATOLOGÍA DE LA PERCEPCIÓN E IMAGINACIÓN

- Las ilusiones son el resultado de una combinación entre *predisposiciones internas o subjetivas* (*deseos, motivos, emociones, cansancio*) y *predisposiciones externas* (*características físicas del estímulo, contexto o fondo*).

Se pueden concebir como *identificaciones y/o interpretaciones nuevas (reconstrucciones)*.

ENGAÑOS PERCEPTIVOS

A. ALUCINACIONES

- Constituyen los **trastornos más característicos** de la psicopatología de la percepción y la imaginación, y es **uno de los síntomas de trastorno mental por excelencia**.

No siempre indican la presencia de un trastorno mental: Algunas personas sanas pueden experimentarlas en ciertas situaciones, pueden ser provocadas bajo condiciones estímulares especiales. Históricamente han constituido incluso un objeto de deseo.

Concepto de alucinación:

- Las alucinaciones son difíciles de entender y explicar: lo que el clínico llama alucinación es una experiencia sensorial normal para el paciente.
- La **primera definición** se atribuye a **Esquirol** (1832): "En las alucinaciones todo sucede en el cerebro.....,.....imágenes que la memoria recuerda sin la intervención de los sentidos".
- En 1890, **Ball** las definirá como "**percepciones sin objeto**". Esta definición sigue manteniéndose hoy en muchos textos. A su amparo surgieron multitud de modelos y teorías explicativas que tienen en común la insistencia en los aspectos perceptivos de la alucinación ("falsa percepción"). Constituyen la "**postura perceptualista**", con **3 acercamientos**:
 1. **Las alucinaciones son imágenes intensas**, por tanto, serían más bien un trastorno de la imaginación. *El sujeto percibe la imagen con tanta intensidad, que cree que ha adquirido un carácter perceptivo*. Psiquiatras de la escuela francesa como **Falret**.
 2. **Las alucinaciones son un fenómeno más sensorial que perceptivo**. El matiz se sitúa en las *estimulaciones externas, tan intensas, que harían que el sujeto tuviera un recuerdo y experimentara como si la estimulación estuviera realmente presente*. **Baillarger y Glodstein**.
 3. Las características fundamentales de las alucinaciones son **corporeidad** (tienen cualidades objetivas) y **espacialidad** (aparecen en el espacio objetivo exterior y no en el espacio subjetivo). **Son percepciones corpóreas vivenciadas en el espacio externo**. **Jaspers**.

Los **planteamientos perceptualistas** han recibido **críticas**:

- El paciente que alucina distingue perfectamente entre su imaginación y sus experiencias alucinatorias.



CAPITULO 6: PSICOPATOLOGÍA DE LA PERCEPCIÓN E IMAGINACIÓN

- Se trata de una **conceptualización incompleta**: No hace referencia al **aspecto de la conciencia**. Autores como **Reed**, consideran que el atributo esencial de las alucinaciones es la *convicción de realidad de la experiencia que mantiene el individuo*.
- Se trata de una **conceptualización inexacta y contradictoria**: Si las condiciones necesarias para la percepción son la presencia de un objeto además de una estimulación sensorial adecuada, las alucinaciones no pueden ser clasificadas de percepciones.

Pese a ello, la definición de Ball ha tenido mucho más éxito del que cabría suponer.

- Más recientemente **Scharfetter**: "Se diagnostica la presencia de alucinaciones (pseudopercepciones) cuando...,...son una modalidad de experiencia próxima a la percepción sensorial".
- El **Oxford Textbook of Psychiatry**: "Una alucinación es un percepto que se experimenta sin presencia de estímulo externo...".
- **DSM-IV-TR**: "**Percepción sensorial sin estímulo externo del receptor correspondiente**".
- Un **segundo grupo de definiciones**, subraya la importancia, ya señalada por **Esquirol**, de la "**convicción íntima**", frente a los componentes sensoriales ⇒ La alucinación sería un fenómeno de creencia, de juicio y, por tanto, debería ser considerada como un **trastorno de naturaleza intelectual**.
Este grupo de definiciones se ha denominado "**postura intelectualista**".
 - Enfatizan dos aspectos de la creencia alucinatoria:
 1. La creencia de que se percibe algo (juicio psicológico).
 2. La creencia de que lo que se percibe es real (juicio de realidad).
 - Estos aspectos, permiten distinguir entre:
 1. Alucinación psicopatológica.
 2. Alucinación experimental: Alteración del juicio perceptivo o psicológico pero no del juicio de realidad.

Choca con la constatación de que el sujeto, cuando recuerda su alucinación, la recuerda siempre con carácter perceptivo ("yo escuchaba", "yo veía").
- Un **tercer grupo** lo constituyen los que consideran, siguiendo a Esquirol, que **la alucinación es una alteración tanto de pensamiento como de percepción** ⇒ "**postura mixta**".
Un representante: **Marchais**: "Percepciones sin objeto que implican la convicción del paciente".
- Todos éstos planteamientos se enmarcan dentro de la psicopatología de corte tradicional. La investigación psicológica se ha interesado muy poco por las alucinaciones.



CAPITULO 6: PSICOPATOLOGÍA DE LA PERCEPCIÓN E IMAGINACIÓN

- Una excepción la constituye **Horowitz** (1975): ofrece una visión diferente de la tradicional que, adoptando un esquema típico del modelo del procesamiento de la información, intenta estructurar los aspectos involucrados en el fenómeno alucinatorio, sobre la base de anomalías en 3 procesos de conocimiento: *codificación, evaluación y transformación*.

"Las alucinaciones son imágenes mentales que 1) Se producen en forma de imágenes, 2) proceden de fuentes internas de información, 3) son evaluadas, incorrectamente, como procedentes de fuentes externas de información, 4) habitualmente, se producen como una intrusión".

- Mucho más recientemente y también, desde una perspectiva cognitiva, **Slade y Bentall**, proponen una conceptualización comprensiva de las alucinaciones a la que llaman "definición de trabajo":

"La alucinación es una experiencia similar a la percepción que a) Ocurre en ausencia de un estímulo apropiado, b) tiene toda la fuerza e impacto de la correspondiente percepción real, y, c) no es susceptible de ser dirigida ni controlada voluntariamente por quien la experimenta".

Estos 3 criterios permiten establecer diferencias entre las alucinaciones y otras experiencias similares.

Criterio a): *Util para diferenciar entre ilusión y alucinación* (estímulo *apropiado*). La persona que experimenta una alucinación se encuentra en un mundo pleno de estímulos sensoriales, pero, entre ellos, no se encuentra el que da origen a la alucinación.

Criterio b): *Para diferenciar entre alucinación y pseudoalucinación*. El que alucina tiene la convicción de que lo que experimenta es real y, externo y objetivo. **Bentall** cataloga ésta convicción como "ilusión de la realidad".

Criterio c): *Distingue entre alucinación y otra clase de imágenes mentales vívidas*. Esta falta de control sobre las alucinaciones es lo que hace que el sujeto las viva con miedo y angustia. Se trata de un criterio que no es exclusivo de las alucinaciones (delirios, ideas obsesivas, imágenes parásitas).

Clasificación de las alucinaciones

Tabla 6.2

según su complejidad

elementales

complejas

según sus contenidos

miedos, deseos, recuerdos, experiencias anteriores...

contenidos culturales y/o religiosos

situaciones vitales especiales: reclusión, conflictos...

relacionadas con los contenidos de los delirios o de otras psicopatologías

**CAPITULO 6: PSICOPATOLOGÍA DE LA PERCEPCIÓN E IMAGINACIÓN**

según la modalidad sensorial

auditivas

visuales

táctiles o hápticas

olfativas

gustativas

somáticas o viscerales (cenestésicas)

cinestésicas o de movimiento

multimodales o mixtas

variantes fenomenológicas de la experiencia alucinatoria

pseudo alucinaciones

alucinaciones funcionales

alucinaciones reflejas

autoscopia

alucinaciones extracampinas

1. Según su complejidad:

- **Elementales:** impresiones difusas, sencillas e indiferenciadas como ruidos, luces, zumbidos, relámpagos, etc.
- **Complejas:** percepción de cosas concretas como voces, personas, animales, escenas, etc.

2. Según sus contenidos:

- Miedos, deseos, recuerdos, experiencias anteriores, etc.
- Contenidos culturales o religiosos.
- Situaciones vitales especiales: reclusión, conflictos, etc.
- Relacionadas con los contenidos de los delirios o de otras patologías.

3. Según la modalidad sensorial:

Modalidades sensoriales de alucinación que aparecen más frecuente en distintos trastornos. Tabla 6.3

F: frecuente

O: ocasional

R: raro

	Modalidad sensorial					
	Audio	Visual	Táctil	Gustat	olfat	Mixta
Tipo de trastorno						
Auras epilépticas	F	F	O	O	O	O
Delirium	F	F	F	R	R	F
Alucinosis alcohólica	F	O	O	R	R	R
Tumor cerebral	F	F	R	R	O	O
Trastorno paranoide	F	O	R	R	R	R
Esquizofrenia	F	F	O	O	O	F
Manía	F	O	O	R	R	O
Depresión mayor	F	O	R	R	O	O
Drogas	R	F	O	R	R	O
Histeria (Tr de conversión)	F	F	O	R	R	



CAPITULO 6: PSICOPATOLOGÍA DE LA PERCEPCIÓN E IMAGINACIÓN

Las dos más comunes: la auditiva y la visual.

- **Auditiva:** Las más comunes son las verbales. Pueden ir desde las alucinaciones más elementales o "**acoasmas**" (pitidos, ruidos, cuchicheos), hasta alucinaciones más estructuradas o "**fonemas**" (palabras con significado).
 - "**Eco del pensamiento**": El paciente oye sus propios pensamientos expresados en voz alta a medida que los piensa.
 - "**Eco de la lectura**": El sujeto oye la repetición de lo que está leyendo.
 - "**Alucinaciones imperativas**": Cuando las voces dan órdenes. En la depresión mayor, psicosis exógenas y estados orgánicos.
 - "**Alucinaciones en segunda persona**": "Vas a morir", "Eres un cobarde". Típicas de la depresión (desdeñosas).
 - "**Alucinaciones en tercera persona**": "Es homosexual", "No sabe hablar". En esquizofrenia (El esquizofrénico a veces protesta contra las voces, lo que no ocurre con el depresivo).
 - "**Alucinosis alcohólica**": Estados orgánicos.
- **Visuales:** Imágenes elementales o "**fotopsias o fotomas**" (destellos, llamas, ect inmóviles o en movimiento, con carácter geométrico, colores vivos o incoloras).
Complejas: figuras humanas, escenas de animales. Tamaño natural, reducido o *liliputienses*, o gigantesco o *gulliverianas* ⇒ No confundir con macropsias y micropsias.
 - Las alucinaciones visuales poseen cierta perspectiva ⇒ se experimentan con mayor **realismo**.
 - Cuando están intensamente coloreadas, se acompañan de un **tono afectivo de exaltación o euforia (en delirios místicos en estado de éxtasis) o tono afectivo pasional (en delirios eróticos)**.
 - A veces aparecen en forma de visiones escénicas. Son típicas las visiones **religiosas del infierno o de la crucifixión** (en estados confusionales y en los delirios tóxicos).
 - **Fenómeno de autoscopia** ⇒ Verse a sí mismo como un doble reflejado en un cristal ("imagen del espejo fantasma").
En la **autoscopia negativa** ocurre lo contrario: El paciente no se ve a sí mismo cuando se refleja su imagen en un espejo (en estados orgánicos como la **epilepsia del lóbulo temporal**, en esquizofrenia suelen ser pseudoalucinaciones).
 - En nuestra cultura, son más características de los estados orgánicos agudos con pérdida de conciencia (**delirium tremens, estados producidos por alucinógenos**).
Son **poco comunes en la esquizofrenia** pero, puede que las alucinaciones auditivas que presentan, se acompañen de pseudoalucinaciones visuales.
- **Olfativas:** Poco frecuentes (A veces se toman como alucinaciones lo que en realidad son ilusiones interpretadas de un modo delirante por el sujeto).
 - Pueden darse en la **depresión**, en la **esquizofrenia**, en la **epilepsia** (aura) y en otros estados orgánicos como **lesiones en el uncus del lóbulo temporal**.
 - Los sujetos que las sufren **dicen "oler" algo extraño**, casi siempre desagradable.
 - Pueden atribuir la procedencia de los olores **al mundo exterior** (los juzgan como una agresión o persecución). Otros, mantienen que **los producen ellos mismos**.
 - Lo más común es que aparezcan **conjuntamente con alucinaciones gustativas**.



CAPITULO 6: PSICOPATOLOGÍA DE LA PERCEPCIÓN E IMAGINACIÓN

- **Gustativas:** Perciben gustos desagradables (podrido, excrementos) y las atribuyen tanto a una *fente exterior* como a *su propio cuerpo*. Poco frecuentes.
 - En diversos trastornos (*histeria, alcoholismo crónico, epilepsia del lóbulo temporal, episodios maníacos, irritabilidad del bulbo olfatorio e incluso un tumor*), aunque son más típicas de la *esquizofrenia (acompañadas del delirio de ser envenenados)*, las *depresiones severas* y los *estados delirantes crónicos*.
- **Táctiles o hápticas:** Pueden manifestarse en cualquier parte del cuerpo. Los pacientes se sienten *tocados, pellizcados, manoseados, quemados*.
 - Se dividen en:
 1. **Activas:** El sujeto cree que ha tocado un objeto inexistente. Poco frecuentes. En *delirium tremens* (sensación de que toca insectos o hilos).
 2. **Pasivas:** El paciente cree que alguien o algo le agarra, le toca, le quema.
 - Diversas modalidades:
 1. **Térmicas:** *Percepción anormal y extrema de calor o frío*.
 2. **Hídricas:** *Percepción de fluidos*.
 3. **Parestesias:** *Sensaciones de hormiguelo*.
 4. Aquellas en las que el paciente tiene la falsa sensación de haber sido tocado por algo, incluida la estimulación genital. Con frecuencia en la *esquizofrenia*.
 5. Una forma específica: la **formicación**: sensación de que pequeños *animales o insectos reptan por debajo o encima de la piel*. También se han catalogado como **delirios dermatozoicos, zoopáticos o enterozoicos**. Característicos de estados orgánicos como la *abstinencia del alcohol o la psicosis cocaínica*.
- **Somáticas o viscerales (cenestésicas):** *Sensaciones procedentes del propio cuerpo o que afectan a sus órganos internos y externos (genitales), o a sus miembros distales (brazos, piernas)*.
 - Presentes en la *esquizofrenia*.
 - Una variante: *la que se asocia a los delirios zoopáticos*.
 - Estas alteraciones están relacionadas con una alteración de la conciencia del Yo en su vertiente somática o "**Yo corporal**" (El propio cuerpo se percibe de una manera especial).
- **Alucinaciones cinestésicas:** *Percepciones de movimiento de ciertas partes del cuerpo que realmente no se están moviendo*.
 - Aunque se pueden presentar en la *esquizofrenia*, se dan con mayor frecuencia en **trastornos neurológicos (enfermedad de Parkinson)**, o ante la **retirada de** tratamientos psicofarmacológicos con **benzodicepinas**.



4. Variantes de la experiencia alucinatoria:

- **Pseudoalucinación:**

- Descritas por **Griesinger** como *alucinaciones pálidas*.
- **Kahlbaum** como *alucinaciones aperceptivas*.
- **Hagen** (1868) como *pseudoalucinaciones*.
- Se encuentran a medio camino entre las imágenes y las alucinaciones (comparten características de ambos tipos de experiencia mental): *Reconocimiento de subjetividad* por parte del que las experimenta, *mismos elementos sensoriales* que las alucinaciones (viveza, frescura sensorial), *no dependen de la voluntad* de la persona para ser experimentadas.
- Se producen normalmente en las modalidades auditiva y visual, y se asocian a estados hipnagógicos e hipnopómpicos, trance, privación sensorial, drogas, etc, es decir, están ligadas a situaciones en las que se produce una disminución de la claridad de consciencia o del estado de alerta.
- La nota más característica: *ausencia de la convicción de la realidad* por parte de la persona ⇒ *las describe como visiones o imaginaciones*.
- Pueden darse en personas sanas en momentos de crisis: "*alucinaciones de viudedad*" (sería mejor clasificarlas como pseudoalucinaciones pues, la persona que las sufre no las considera reales).
- Según **Jaspers**: "*Las pseudoalucinaciones son una clase de imágenes mentales que, aunque claras y vívidas, no poseen la sustancialidad de las percepciones*".
Reed: Las personas que experimentan pseudoalucinaciones no describen sus perceptos como escenas reales, sino como visiones.
- **Sedman**, confirmó la existencia de pseudoalucinaciones al modo jasperiano, pero también encontró pacientes que sufrían alucinaciones, pero luego las definían como experiencia subjetivas y no como percepciones auténticas.
⇒ **¿Pseudoalucinación o alucinación?: La cuestión estribaría en la cualidad de realidad de la experiencia.**
- **Kräupl-Taylor**, señala que el término de pseudoalucinación se ha utilizado de dos maneras:
 1. Para hacer referencia a alucinaciones que un sujeto reconoce como *percepciones no reales (pseudoalucinaciones percibidas)*.
 2. Para referirse a *imágenes introspectivas* de gran viveza y nitidez (*pseudolucinaciones imaginadas*).
- **Hare**: La **diferencia entre alucinación y pseudoalucinación depende de la ausencia o presencia de insight**. Dado que el insight es un fenómeno fluctuante y parcial, no debería ser considerado como una **cuestión** de todo o nada, sino **de grado** (**Jaspers** señalaba que se podían dar transiciones graduales entre verdaderas alucinaciones y pseudoalucinaciones). En términos actuales se podría explicar como un **continuo o dimensión de convicción de la realidad de la experiencia alucinatoria**.
El concepto de pseudoalucinación es superfluo. Es más útil calificar las experiencias alucinatorias según criterios dimensionales de claridad perceptiva, convicción, juicio de realidad, duración, etc.



CAPITULO 6: PSICOPATOLOGÍA DE LA PERCEPCIÓN E IMAGINACIÓN

- **Slade y Bentall:** Problema de los pacientes que han presentado en repetidas ocasiones alucinaciones (crónicos). Estos aprenden que lo que están presentando es una alucinación. Las pseudoalucinaciones son verdaderas alucinaciones que aparecen en personas con una larga historia de experiencias alucinatorias. Señalan que para que una experiencia sea calificada como alucinación es éstos casos, *sólo se requiere que la experiencia se parezca en todos los aspectos a la percepción real correspondiente*, pero sin exigir que el sujeto crea que pertenece al mundo exterior.
- **Alucinación funcional:** *Un estímulo desencadena la alucinación*, pero *éste estímulo es percibido al mismo tiempo que la alucinación y en la misma modalidad sensorial* (oír la voz de Dios al tiempo que oye las campanadas del reloj). La percepción correcta del estímulo se superpone a la alucinación. Se denomina funcional porque *la aparición de la falsa percepción está en función de estímulos externos*. Frecuente en la **esquizofrenia crónica**.
- **Alucinación refleja:** Según **Hamilton**, se trata de *una variedad mórbida de la sinestesia*, en la cual, *una imagen basada en una modalidad sensorial específica* (imagen de un rostro humano), *se asocia con una imagen alucinatoria basada en otra modalidad sensorial diferente* (sentir una punzada en el corazón).
- **Alucinación negativa:** Lo contrario a la alucinación: *El sujeto no percibe algo que existe*. Según **Reed**, la experiencia que más se parece es la **contrasugestión hipnótica** (Se le dice al sujeto que no lleva ropa encima, y se comporta como si fuera cierto). Mientras que el paciente que sufre las alucinaciones ordinarias, actúa en consonancia con su experiencia, *el que experimenta alucinaciones negativas, no percibe el objeto, pero tampoco se comporta como si su ausencia fuera real* (dice que no ve a una persona, pero hace ademán de esquivarla). Tiene aspectos comunes con la **sugestión**. **Kihlstrom y Hoyt:** Señalan que *el estímulo ha de ser procesado hasta algún punto* antes de que la persona pueda construir una alucinación negativa.
- **Autoscopia** (El **fenómeno del "doble"**): Suele estar *acompañada de sensaciones cinestésicas y somáticas*, que confirman a al sujeto que la persona que está viendo es él mismo. También puede darse la **autoscopia negativa** (no ver la propia imagen cuando se refleja en el espejo). Se presenta en pacientes con **estado delirantes**, en algunos **esquizofrénicos**, en **estados histéricos**, en **lesiones cerebrales**, en **estados tóxicos**. También pueden darse en sujetos normales alterados emocionalmente, exhaustos o muy deprimidos.
- **Alucinación extracampina:** *Alucinaciones que se experimentan fuera del campo visual* (ver a alguien sentado detrás de él cuando está mirando de frente). Hay que distinguirla de la experiencia de "sentido de presencia".



CAPITULO 6: PSICOPATOLOGÍA DE LA PERCEPCIÓN E IMAGINACIÓN

Guías para el diagnóstico de las experiencias alucinatorias

Existen problemas para asegurar que se está ante un caso de alucinación o de otro engaño perceptivo.

Es **difícil establecer concomitantes conductuales fiables** ⇒ El clínico se tiene que basar sobre todo en los autoinformes de los pacientes.

- Según **Luwig**, para asegurar la fiabilidad del informe verbal, es necesario tener en cuenta aspectos como:
 - *La consistencia de dicho informe.*
 - *El grado en que la conducta se ve afectada* por la experiencia alucinatoria.
 - *El grado de convicción* de la misma.
 - Su *concordancia con otros signos o síntomas.*

También señala una serie de **indicios y consejos**:

- a) **Tener en cuenta la claridad del informe verbal** ⇒ Generalmente, *cuanto más vaga es la experiencia, más borroso es el informe*. Hay *menos dudas en las alucinaciones visuales o auditivas* (el lenguaje cotidiano suele ser más rico para describir esas experiencias).
 - b) **No presuponer que un paciente que presenta delirios, también presentará alucinaciones** (sólo el 35%). Sin embargo, el 90% de los que sufren alucinaciones, presentan delirios (Cuando se sufre una alucinación, se intenta buscar algún tipo de explicación, que es en lo que consisten los delirios que se producen como consecuencia de una alucinación).
 - c) Aproximadamente, *en el 20% de los pacientes, las alucinaciones son mezcla de distintas modalidades sensoriales* ⇒ debemos preguntar por posibles "sensaciones" en otras modalidades.
 - d) Tener en cuenta la cronicidad de la enfermedad ⇒ **cuanto más crónica, menos perturbadoras suelen ser las alucinaciones** (es posible incluso que llegue a no informar espontáneamente de ellas).
 - e) **Cuanto menos formadas estén las alucinaciones**, más probable es que se deban a *causas bioquímicas, neurofisiológicas o neurológicas*. Cuanto **más complejas y formadas**, más probable que se trate de síntomas nucleares de trastornos como la *esquizofrenia*.
 - f) Los **distintos trastornos tienen diferentes probabilidades de presentar uno o más de los diversos tipos de alucinaciones**.
- Las alucinaciones se acompañan de ciertos **concomitantes comportamentales, emocionales y fisiológicos**:

Según **Soreff**, la gama de **respuestas emocionales** que un paciente puede desarrollar ante sus experiencias alucinatorias, son:

1. **Terror**: Típico especialmente de los estados orgánicos (mentales o no) y de la esquizofrenia aguda. En muchos casos se acompaña de agitación motora.



CAPITULO 6: PSICOPATOLOGÍA DE LA PERCEPCIÓN E IMAGINACIÓN

2. **Desagrado:** Se sienten inquietos por la sensación, pero no necesariamente alarmados. Los deprimidos consideran sus voces como un castigo merecido.
3. **Agrado:** Especialmente bajo los efectos de drogas, fármacos o episodios psicóticos de naturaleza exógena, pueden experimentar un sentimiento de alegría, bienestar o satisfacción.
4. **Indiferencia:** En los crónicos. Las reconocen como su síntoma, su problema. Algunos llegan a negar que las tengan por miedo al tratamiento.
5. **Curiosidad:** Personas que quieren saber la causa, el significado y el curso de la sensación.

Respuestas conductuales:

1. **Retirada:** El paciente se encierra en su propio mundo, en sus pensamientos, visiones y creaciones. Puede deberse tanto a que le produzcan placer y alegría, como dolor y molestia (aislarse para protegerse).
2. **Huida:** Escapa de voces acusadoras, de las imágenes amenazantes. Están en un estado de gran agitación motora: corren, se tapan los oídos.
3. **Violencia:** Luchar con enemigos imaginarios, atacar a otros siguiendo las indicaciones de una orden (alucinaciones imperativas).

Respuestas fisiológicas: Dependen del tipo de trastorno que presente el paciente. En síndromes de abstinencia alcohólica, suelen ir acompañadas de taquicardia e incremento de la temperatura. En otros casos, componentes típicos de ansiedad.

Cómo y donde aparecen las experiencias alucinatorias:

En términos generales, **la presencia de alucinaciones debe hacernos sospechar** (en nuestra cultura), **de un estado psicopatológico** que conlleva ruptura con la realidad, indicativo de un proceso más o menos transitorio, y cuya etiología puede ser orgánica o no.

Principales trastornos en los que están presentes las alucinaciones:

Esquizofrenia:

- Presentan una **amplia variedad de trastornos perceptivos: ilusiones, alteraciones en la intensidad y calidad de la percepción, pseudoalucinaciones, y alucinaciones parcial y/o totalmente formadas.**
- **Luwig:** El 75% de los pacientes en su primer ingreso, informan de alucinaciones en más de una modalidad: **las auditivas son las más frecuentes**, seguidas de las visuales, somáticas, olfativas, táctiles y gustativas.



CAPITULO 6: PSICOPATOLOGÍA DE LA PERCEPCIÓN E IMAGINACIÓN

- Durante los episodios agudos, las alucinaciones auditivas suelen ser **acusadoras, demandantes o imperativas**. Cuando el trastorno está en remisión, pueden adoptar un **contenido más positivo** y se tiene mayor control sobre ellas.
- **Kurt Schneider**, propuso una **"guía diagnóstica práctica para la esquizofrenia"**. Los **síntomas específicamente alucinatorios son**:
 - a) El paciente oye comentarios continuos sobre sus propias acciones.
 - b) Las voces hablan sobre el paciente en tercera persona.
 - c) El paciente oye sus propios pensamientos (eco de pensamiento).

Los dos primeros tipos son suficientes para el diagnóstico de esquizofrenia o de trastorno psicótico no especificado, según el DSM-IV.

- Si las alucinaciones son visuales, **se suelen diferenciar de las que se presentan en las psicosis orgánicas en dos aspectos**:
 1. En que suelen ir **acompañadas de alucinaciones en otras modalidades**.
 2. **Tienden a presentarse casi continuamente, excepto durante el sueño** (en las psicosis orgánicas, se presentan con mayor frecuencia durante la noche).

Trastornos afectivos mayores:

- El tipo de experiencia alucinatoria **más frecuente suele ser la auditiva**. Su presencia constituye uno de los criterios más importantes para calificarlos como severos o para añadirles la connotación de episodios con características psicóticas (DSM-III-R y DSM-IV).

1. Episodio depresivo:

En la depresión mayor, los pacientes pueden experimentar diversas alteraciones perceptivas: ilusiones, cambios en la imagen corporal y alucinaciones.

Las alucinaciones **no son frecuentes (25%)**, normalmente **auditivas** y, frecuentemente, en consonancia con su estado de ánimo.

En la modalidad visual: escenas de cementerios, infiernos, torturas, etc.

En la modalidad olfativa: huele a cadáver, a cementerio o se queja de que todo huele igual.

Gustativas: aparecen junto a las anteriores con los mismos contenidos.

2. Episodio maníaco:

Sólo en un **25% de los pacientes**.

Normalmente en la modalidad **auditiva** (*las voces le comunican una misión o status especial*), o **visual** (*visiones inspiradoras o panorámicas*).

Más **breves en su duración** y **no de naturaleza imperativa** (en contraste con la esquizofrenia).



CAPITULO 6: PSICOPATOLOGÍA DE LA PERCEPCIÓN E IMAGINACIÓN

Síndrome orgánico del estado de ánimo:

- Similares a las que se presentan en trastornos del estado de ánimo.
- *Más frecuentes en la forma maníaca que en la depresiva.*
- Causas de éste síndrome: Sustancias (reserpina, metildopa, alucinógenos), alteraciones endocrinas (hipo/hipertiroidismo, hipo/hiperadrenocorticalismo), trauma craneal.

Deficiencias sensoriales:

- Sobre todo en **reducciones de la agudeza visual o auditiva**, especialmente en la vejez.
- Casos de **alucinaciones después de varios años de sordera progresiva**: incluyen *componentes formados o no formados*.
Sobre todo *en situaciones y/o periodos de bajo ruido ambiental*.
Pueden llegar a controlarse con entrenamiento en concentración o en subvocalización.
Ningún caso en sordos totales.
Fármacos antipsicóticos poco eficaces.
Barraquer-Bordás: Han descrito un caso de desaparición total de las alucinaciones asociadas a sordera central, después de un ataque.
- **Alucinaciones en la ceguera progresiva y en la pérdida visual por lesiones de quiasma óptico: Síndrome de "Charles Bonnet"** ⇒ Trastorno alucinatorio que se da en ancianos con patología orgánica central o periférica. Presencia de *alucinaciones liliputienses*.
Frecuentemente al anochecer, con ausencia de delirios y de alucinaciones de otras modalidades.
Han intentado explicarse a partir de estudios de privación sensorial: Los **bajos niveles de estimulación**, causan desinhibición de los circuitos relacionados con la percepción ⇒ **trazos perceptivos de acontecimientos previamente experimentados son "liberados" hacia la conciencia: "alucinaciones liberadas o emitidas"**.
Los datos no son concluyentes: En condiciones de alta estimulación, también pueden producirse.

Variaciones fisiológicas:

- *Temperatura corporal anormal*: alta o baja.
- *Deprivación de alimento y bebida*.
- *Exceso de alimento o bebida*: **Noonan y Ananth**: Describieron un caso de beber compulsivo de agua que presentó alucinaciones auditivas y visuales.
- *Hiperventilación*.

En resumen, las variaciones fisiológicas extremas, así como las variaciones en la estimulación externa (alta o baja), pueden provocar alucinaciones.

Enfermedades del SNC:

Existe una amplia gama de condiciones que afectan al SNC y que producen alucinaciones: **Síndrome postcontusional** (golpe violento en la cabeza), **migrañas**, **meningiomas**, **encefalitis vírica**. Las experiencias alucinatorias **variarán en función de la localización del tumor o del daño**.



CAPITULO 6: PSICOPATOLOGÍA DE LA PERCEPCIÓN E IMAGINACIÓN

1. Lesiones focales del cerebro:

- **Baldwin, Lewis y Bach** demostraron que, *para que se produzcan alucinaciones, debe estar intacto el córtex temporal*.
- Las alucinaciones que se producen como consecuencia de un tumor cerebral suelen ser *de gran viveza*.
- **La modalidad variará en función del área afectada:**
Lóbulo temporal ⇒ Fenómeno del doble, alucinaciones negativas, olfativas, auditivas o visuales.
Lóbulo occipital: Alucinaciones visuales (Flashes de luz).
Lesiones del hipocampo: distorsiones liliputienses, cambios en la imagen corporal y olores desagradables.

2. Epilepsia del lóbulo temporal:

- Los episodios comienzan con una experiencia alucinatoria elemental, normalmente en la **modalidad olfativa o gustativa** (también pueden aparecer visuales y auditivas).

Complicaciones quirúrgicas:

1. **Quetamina:** Anestésico general que produce alucinaciones, normalmente visuales. Se han descrito experiencia de **flash-backs**, después de transcurridas varias semanas tras su utilización.
2. **Miembro fantasma:** Aparece inmediatamente después de la amputación. **Alucinaciones cinestésicas**. Suelen producirse en los miembros más distales (dedos).
3. **Dolor fantasma:** **Sentir dolor en el miembro que ha sido extirpado**. Solo se da en los casos en los que ya existía alguna patología (infrecuente en amputaciones debidas a accidentes).

Falta tabla 6.4 pag 155. Trastornos que cursan con la aparición de anomalías perceptivas

B. PSEUDOPERCEPCIONES O IMÁGENES ANÓMALAS

Mayor y Moñivas: "Hay que **distinguir entre** las representaciones que tienen su origen en estímulos exteriores (**perceptos**) y, las que se originan sin su presencia (**imágenes**)".

Las pseudopercepciones pueden concebirse como imágenes:

- O se producen en ausencia de estímulos concretos (Imágenes hipnopómpicas e hipnagógicas y alucinoides).
- O se mantienen y/o activan después de que el estímulo que las produjo ya no se encuentre presente (Imágenes mnémicas, consecutivas o postimágenes y parásitas).

1. **Imágenes hipnopómpicas e hipnagógicas:**

Imágenes que aparecen en estados de semiconsciencia entre la vigilia y el sueño: hipnagógica (en el adormecimiento) e hipnopómpicas (en el despertar).



CAPITULO 6: PSICOPATOLOGÍA DE LA PERCEPCIÓN E IMAGINACIÓN

Se caracterizan por:

- Su *autonomía* (sin control alguno por parte del individuo).
- Son *vívidas y realistas*, aunque su contenido puede carecer de significado.
- Se pueden dar en todas las modalidades sensoriales (más frecuentes las auditivas y visuales).
- *Tanto en población normal como clínica*: fiebres agudas, episodios depresivos, ansiedad, estados tóxicos.
- Son *difíciles de detectar* (se atribuyen al soñar).
- Se trata de impresiones sensoriales *poco elaboradas*: destellos, luces, sonido brusco.

Se diferencian de las alucinaciones en:

- Por el contexto de fluctuación de conciencia en que se producen.
- Porque el individuo que las padece es consciente de lo irreal de esas imágenes.
-

2. Imágenes alucinoides:

Se caracterizan por:

- Son *subjetivas y autónomas*.
- Poseen un claro *carácter de imagen y plasticidad*.
- Se dan *en el "espacio negro de los ojos cerrados"* (fenómeno de Müller o imágenes de la fiebre), o *en el espacio físico externo* a causa de intoxicaciones o uso de drogas (fantasiopsias).
- También *se pueden dar en la modalidad auditiva*.
- El individuo *no les otorga juicio de realidad*.

3. Imágenes mnémicas:

- *Imágenes de nuestros recuerdos* que pueden presentarse de un modo transformado (a veces la persona pueden recombinarlas en función de sus deseos).
- Su naturaleza es eminentemente *subjetiva* y son experimentadas con *poca nitidez o viveza*.
- Un tipo especial: *Imágenes eidéticas* ("recordar sensorial"): *representaciones exactas de impresiones sensoriales que quedan fijadas en la mente de la persona*. Pueden provocarse voluntariamente o irrumpir involuntariamente.
Jaspers: Estas imágenes son *imaginadas (no corpóreas)* y tienen *determinación espacial (objetivas)*, pero el sujeto *no las vivencia como reales*.
Más habituales en la infancia y en culturas primitivas.

4. Imágenes consecutivas o postimágenes:

- Consecuencia de un *exceso de estimulación sensorial inmediatamente antes de la experiencia*.
- Se diferencian del eidetismo en que *solamente duran unos segundos* (las eidéticas pueden ser evocadas transcurrido mucho tiempo).
- *La imagen que se produce tiene las propiedades opuestas a la original*, por lo que a veces se llaman negativas (después de mirar un color intenso oscuro, se ve uno claro).
- El individuo *no las considera como reales* y *rara vez revisten características patológicas*.



CAPITULO 6: PSICOPATOLOGÍA DE LA PERCEPCIÓN E IMAGINACIÓN

5. Imágenes parásitas:

- Se diferencian de las mnémicas por su **autonomía**, y de las consecutivas por su **subjetividad**.
- Se parecen en que son **consecuentes a un estímulo que ya ha desaparecido**.
- Se denominan parásitas porque "aparecen" cuando el individuo no fija su atención en ellas, y desaparecen cuando se concentra en su experiencia.
- **Modalidad especial: "Imagen obsesiva"**: Persiste a pesar de que la persona focalice su atención en ella.
- Ejemplo: canciones que se fijan en nuestra mente, de las que no podemos deshacernos.