Voces que No lo Son: Los Problemas del Concepto Pseudoalucinación.

Voices that are not: The problems of the concept of pseudo-hallucination.

Pablo López-Silva⁽¹⁾, Alvaro Cavieres Fernández⁽²⁾

The term pseudohallucination was originally introduced to characterize hallucinatory phenomena not exhibiting the paradigmatic features of hallucinations. In our context, and directly following Jaspers' description, the term has been used to characterize a specific type of auditory hallucination in schizophrenic patients i.e. the so-called voices. However, this formation is not shared in other contexts. This paper suggests that Jaspers' formulation is inexact and problematic when trying to describe the semiology, philosophical foundations, and aetiology of the phenomenon. In addition, we claim that this lack of etiological and nosological clarity lead to serious doubts about the real utility of the use of the term within current descriptive psychopathology. We conclude by proposing two potential alternatives that the use of the term might have within the field.

Keywords: Hallucinations; Pseudohallucinations; Jaspers; Voices; Schizophrenia
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2020; 58 (1): 29-39

Pseudoalucinaciones: Una Tradición Problemática

Una revisión a la situación actual de la psicopatología descriptiva revela que: (i) muchos términos acuñados históricamente por ésta se encuentran en desuso, (ii) otros términos, si bien en uso, reproducen problemas filosóficos, empíricos

y fenomenológicos, y, finalmente, (iii) pocos conceptos nuevos han sido incorporados de forma clara al campo. Todo esto inevitablemente lleva a preguntarnos por la real utilidad de la actual psicopatología descriptiva, entendida como una especie de lenguaje y como una herramienta en el diagnóstico y tratamiento de entidades clínicas.

Aceptado: 19/03/2019

Recibido: 15/08/2018

Pablo López-Silva agradece el apoyo financiero recibido desde el Proyecto FONDECYT N° 11160544 'La Arquitectura Agencial del Pensamiento Humano' otorgado por la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT) del Gobierno de Chile.

¹ Psicólogo, Dr. en Filosofía, Escuela de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Valparaíso, Chile.

² Psiquiatra, Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso, Chile

Tal como señalan Berrios y Olivares¹, para poseer un entendimiento comprensivo de los fenómenos psicopatológicos, los profesionales en el área necesitan entender: ‘por qué se definieron los síntomas de un modo particular’; así, los autores preguntan ‘¿[acaso] fueron dictados por la inevitable realidad del fenómeno?, ¿o fueron el resultado de un compromiso teórico que ya no es relevante para nosotros?’(p.153). Así, recalibrar la psicopatología descriptiva requiere considerar la historia de los términos que emplea para designar síntomas, conductas y alteraciones cerebrales y, luego, una profunda discusión de los conceptos teóricos que subyacen al campo, todo esto, acompañado por la cuidadosa observación clínica del fenómeno que busca entenderse^{2,3,4,5}.

El término pseudoalucinación fue introducido originalmente para designar cualquier fenómeno alucinatorio presente en el campo de la conciencia del sujeto que no exhibiese todas las características paradigmáticas de las alucinaciones. Entre otros aspectos, se incluyó en esta categoría a las alucinaciones con riqueza sensorial, insight o proyección en el espacio subjetivo interno^{6,7,8}. Tal como Berrios² indica, el empleo del término emerge históricamente como una sucesión de preguntas dicotómicas: ¿percepción o imaginación?, ¿voluntarios o involuntarios?, ¿espacio interno o externo?, ¿una modalidad sensorial o múltiples?, ¿continuos o discontinuos con la normalidad?, ¿leves o intensos?, ¿con o sin insight?, entre otras.

Ahora bien, en nuestro medio, y siguiendo directamente la descripción de Jaspers⁹, se ha empleado el término pseudoalucinación para referirse a un tipo específico de alucinaciones auditivas presentes en personas con esquizofrenia: las voces, otorgándole un valor semiológico especial¹⁰. Sin embargo, esta tradición diagnóstica no es compartida en otros contextos. Por ejemplo, el término

está completamente ausente en el CIE-10¹¹ y DSM-5¹². En efecto, este último, describe a las voces simplemente como alucinaciones, es decir, “experiencias similares en fuerza e impacto a la percepción, pero sin estímulo externos”.

Hacia una Historia de las Pseudoalucinaciones

Friedrich Hagen¹³ utilizó por primera vez el término pseudoalucinación para referirse a las alucinaciones que ocurren en sujetos no diagnosticados y que conservan conciencia de su anormalidad. Sin embargo, el mismo autor reconoce estar continuando un debate de la Escuela Francesa protagonizado, entre otros, por Esquirol, Baillarger y Michéa². Posteriormente, el concepto es empleado por Kandisky¹⁴, quien, basándose en sus propias experiencias psicóticas, describe una manifestación patológica de la memoria y de la fantasía con plena riqueza sensorial, intrusiva y recibida con sensación de pasividad, diferenciándola así, de las alucinaciones verdaderas.

Lugaro¹⁵ plantea que las pseudoalucinaciones son representaciones puras y egodistónicas presentes en estados psicóticos crónicos como la esquizofrenia y que pueden originar delirios secundarios. Además, sugiere que, a diferencia de las alucinaciones - que resultarían de la irritación de los centros perceptivos - las pseudoalucinaciones, se originarían en los centros asociativos. Aparentemente, Lugaro intentaba conseguir una delimitación más clara del concepto de alucinaciones psíquicas, introducido anteriormente por Baillarger¹⁶. Este último distinguió entre alucinaciones psicosenoriales (producidas por la activación involuntaria de la imaginación y la memoria, la supresión de las sensaciones externas y la excitación interna de los sentidos), y alucinaciones psíquicas (en las que la sensorialidad era débil o inexistente

ya que no había participación del aparato sensorial).

Todas estas propuestas colocan el énfasis explicativo en los aspectos sensoriales del fenómeno. Rompiendo esta tendencia, Seglas¹⁷ propone explicar las pseudoalucinaciones como la exacerbación de la verbalización interna del pensamiento (lenguaje interior) o hiperendofasia, la que, al poseer claridad y precisión sensorial, se torna desconocido para el sujeto aunque carente de proyección externa. En razón de su origen, Seglas denomina a estas voces internas, como pseudoalucinaciones verbales, en las que además del componente auditivo, se pueden encontrar distintos grados de activación motora.

Uno de los mayores hitos dentro de la historia del concepto se produce cuando Jaspers – en su *Psicopatología General*⁹ – establece una separación tajante entre alucinaciones y pseudoalucinaciones. Mientras las alucinaciones son alteraciones de la percepción de la realidad objetiva externa, las pseudoalucinaciones son formas especiales de imaginación o representaciones (p89). De esto se desprende que las alucinaciones tienen carácter corpóreo, objetivo, proyectado en el espacio externo, mientras que las segundas son imaginarias, subjetivas y aparecen en el campo interno. Además, las percepciones están completas, con riqueza sensorial, se retienen fácilmente, y son independientes de la voluntad del sujeto. Sin embargo, es importante señalar que, según Jaspers, lo que separa percepción de representación “siempre sin transición...por un abismo”, son la corporeidad y exterioridad de las primeras..., “las representaciones, pueden adquirir sucesivamente, todos los otros caracteres que han sido atribuidos a las percepciones”.

La descripción de Jaspers quedará incorporada en el más importante de los textos de psicopatología de nuestro medio¹⁰, donde se le otorga una importancia

semiológica fundamental, ya que se afirma que “No existe la percepción de voces dentro de la cabeza” y luego ‘la mayor parte de los trastornos sensorio-perceptivos de los pacientes psiquiátricos corresponden a pseudoalucinaciones, y sólo una ínfima minoría presenta alucinaciones verdaderas’ (p56). Ahora bien, a pesar del peso histórico que este uso tiene en la psicopatología descriptiva local, acá deseamos sugerir que el término no ofrece ninguna guía respecto del origen de las voces en la esquizofrenia, ni tampoco, como veremos a continuación, se ajusta a todas las descripciones clínicas del fenómeno.

La Semiología de las Voces: Fenomenología y Progresión

Es fundamental señalar que nuestro cuestionamiento se origina al intentar establecer si las voces que escuchan las personas con esquizofrenia son alucinaciones o pseudoalucinaciones. En este sentido, la discusión es diagnóstica y refiere a la forma en que los psiquiatras usan claves fenomenológicas para clasificar el fenómeno dentro de categorías clínicas que guiarán su diagnóstico y tratamiento. Durante esta sección, revisaremos los aspectos más relevantes de las voces reportadas por los pacientes.

La observación clínica directa muestra que las voces escuchadas por los pacientes no encajan fácilmente en las categorías entregadas por Jaspers. La fenomenología de las voces sugiere que éstas se perciben con distintos grados de frescura sensorial, objetividad, proyección interna o externa e insight¹⁸. Una observación fundamental, generalmente obviada es que, en un mismo sujeto, las voces pueden cambiar según su estado clínico.

Posiblemente, una de las mejores descripciones de las voces es la ofrecida por Kraepelin¹⁹, quien además de apuntar sus características, registra sus cambios durante

la evolución de la demencia precoz. Así, al comienzo de la enfermedad, los pacientes tienden a escuchar ‘simples ruidos, crujidos, zumbidos, timbres en los oídos, tañidos de campanas, golpes, corrimientos de mesas, crepitación de látigos, trompetas, cantos tiroleses, otros cantos, llantos de niños, silbidos de pajaritos, explosiones, chirridos’ (p33). Posteriormente, cuando la condición avanza:

Se desarrolla, gradual o repentinamente, el síntoma peculiarmente característico de la demencia precoz, a saber, el escuchar voces. A veces, son sólo susurros...a veces son fuertes o suprimidas. No es poco frecuente que las ilusiones estén conectadas con ruidos reales.. el reloj habla...el correr del agua es transformado en palabras. Las voces a menudo están relacionadas con el oído... las voces entraban por un oído y salían por el otro. Pero es especialmente característico de la demencia precoz que los propios pensamientos del paciente se le aparecen hablados en voz alta” (p.33-34)

También Jaspers⁹ consigna la presencia en las psicosis agudas de ‘melodías, ruidos y rechinar de máquina [...] y “Tanto aquí, como en las psicosis crónicas aparecen a menudo, las voces, los invisibles que gritan a los pacientes todo lo posible’(p.95); pero a su vez, advierte que ‘de las voces auténticas, hay que distinguir, las pseudoalucinaciones’ (p. 96) y entrega una descripción en que ambas estarían presentes en un mismo sujeto cuando señala que:

Un paranoico crónico, distinguía un hablar directo de las voces de afuera por paredes y tubos, del hablar directo en la que sus perseguidores le obligaban a oír algo interiormente, pero en lo cual esas voces internas, no están localizadas fuera ni son corpóreas (p.96).

Estudios recientes reflejan una amplia heterogeneidad en las descripciones de las voces realizadas por los pacientes, poniendo en tela de juicio las condiciones ofrecidas por Jaspers para distinguir entre alucinaciones y pseudoalucinaciones. Mientras algunos refieren una claridad similar a una conversación con otra persona²⁰, otros las reportan como ideas o ‘sensaciones silenciosas’^{21,22}. La mayoría consigue diferenciarlas de sus propios pensamientos^{20,23} y por lo general, tienen un volumen normal. Menos frecuentes son los susurros o gritos, y en general, las voces son referidas tanto al interior como exterior de la cabeza^{21,22}. Aunque muchos pacientes escuchan más de una voz, la mayoría refiere una voz masculina de edad mediana que da órdenes o insulta, pero también puede hacer comentarios positivos²⁴.

Mediante un análisis estadístico, Stephane et al.²⁵, concluyen que las voces en personas con esquizofrenia - pueden organizarse en dos clusters: (i) el primero de baja complejidad lingüística, contenido repetitivo, atribuido a sí mismo, ubicado en el espacio objetivo externo y asociado a estrategias de control y un (ii) segundo con alta complejidad lingüística, contenido sistematizado, múltiples voces, atribuidas a otros y ubicadas en el espacio subjetivo interno.

McCarthy-Jones y sus colaboradores²⁶ construyeron otro sistema de clasificación consistente en 4 grupos: (i) voces propiamente tal, constantes comentarios y ordenes, repetitivas, en primera o tercera persona y de carácter interno, (ii) pensamiento propio, en primera persona que no se dirigen al sujeto y con características similares a la memoria, (iii) alucinaciones no-verbales, descritas como ruidos sin sentido, y (iv) reproducciones, o fenómenos idénticos al recuerdo de alguien hablando.

Finalmente, otro estudio describe la evolución de los síntomas alucinatorios,

en una población de sujetos en alto riesgo de psicosis²⁷. Los contenidos se van haciendo progresivamente más claros y persecutorios, y a su vez, disminuye la sensación de escuchar los pensamientos propios y aumenta la de escuchar voces de otros y junto con esto, progresivamente menos insight y proyección interna. En este contexto, es razonable pensar que estos cambios se relacionan con la progresión de la alteración neurobiológica, o bien, que las voces interactúan con otras dimensiones subjetivas, lo que finalmente influye en la forma en se reporta la experiencia.

La Neurobiología del Fenómeno de las Voces

Si bien aún no existe evidencia científica suficiente que permita vincular las características fenomenológicas con las causas de las voces, se han propuesto al menos, cinco tipos de alteraciones que podrían estar presente en tales casos: (i) hipervigilancia, (ii) trastorno de la memoria, (iii) trastornos en los mecanismos de control del pensamiento interno, (iv) epilepsia y (v) deaferenciación^{28,29,26}.

El empleo de técnicas funcionales muestra que, en personas con esquizofrenia que reportan estar escuchando voces, se produce una activación de la corteza frontal inferior y temporo-parietal correspondientes a las zonas de producción y comprensión del lenguaje respectivamente³⁰. Asimismo, la pérdida de la integridad funcional de las fibras que conectan las áreas de lenguaje de los lóbulos frontal y temporoparietal (fascículo arcuato) se asocia con la presencia de alucinaciones auditivas³¹. Por su parte, la electrofisiología muestra que, junto con la disminución de la conectividad fronto-temporo-parietal, existe una hiperconectividad en las áreas de percepción del lenguaje, lo que podría implicar una disminución del umbral para la percepción de una actividad espontánea generada en esta área y/o la proveniente

desde el lóbulo frontal³²

Lo que es importante de comprender es que, aun cuando la esquizofrenia se caracteriza por una alteración difusa de la conectividad neuronal³³, la activación de la corteza auditiva primaria parece ser un componente esencial de las alucinaciones, de manera similar a lo que ocurre en las alucinaciones auditivas en la epilepsia³⁴ y en la percepción normal de los estímulos externos.

Según Von Holst y Mittelstedt³⁵ y Sperry³⁶, los actos motores se acompañan de una copia eferente, la que produce una descarga corolaria inhibitoria en la zona sensorial de la corteza cerebral. El resultado de este mecanismo es la atenuación de la percepción de las acciones autogeneradas y una discriminación automática de los estímulos internos y externos. En el caso del habla, el lóbulo frontal envía una señal inhibitoria a la corteza auditiva, minimizando la percepción del propio hablar³⁷. Este mecanismo es deficitario en la esquizofrenia, específicamente, para los estímulos auditivos^{38,39}, sin depender de la expectativa ni de la sensación de agencia del individuo⁴⁰. Hallazgos similares se han reportado en personas con trastorno bipolar y síntomas psicóticos, pero no en familiares de primer grado de personas con esquizofrenia⁴¹.

Los datos anteriores son coherentes con las hipótesis referentes a la percepción del pensamiento interno, como el origen de las voces. Básicamente, algunos contenidos del pensamiento interno automático o pre-reflexivo, considerado este como un acto motor básico^{42,43} podrían hacerse perceptibles para el sujeto, por una mayor actividad del fascículo arcuato y una falla en la descarga corolaria, experimentándose como ajenos, al surgir espontáneamente y sin control, en el flujo de la conciencia⁴⁴. Al menos algunas de las características fenomenológicas de las alucinaciones, como las voces dialogadas,

comentario de actos, imposición de órdenes, contenidos no-repetitivos relacionados a circunstancias presentes de los pacientes, podrían ser compatibles con este origen⁴⁵.

Las anormalidades en la conectividad fronto-temporal y en la descarga corolatoria podrían originar las voces que escuchan las personas con esquizofrenia, quienes no serían capaces de suprimir los estímulos sensoriales asociados a su propio pensamiento. Este modelo no ofrece una posibilidad de distinción entre percepciones y representaciones, sin embargo, las alteraciones neuronales descritas pueden ser cuantitativas, lo que permite suponer diferencias fenomenológicas. Al respecto, es importante señalar que la mayoría de los trabajos no emplean instrumentos de evaluación de la gravedad o las características semiológicas de las voces.

¿Qué hacer con el Concepto de Pseudoalucinaciones?

A la luz de nuestro análisis, el uso del término pseudoalucinaciones, para referirse a las voces en la esquizofrenia en nuestro medio presenta varios problemas. Primero, la comprensión biológica actual del fenómeno no permite distinguir entre alucinaciones y pseudoalucinaciones como dos fenómenos separados, por lo que el uso del término pseudoalucinación podría tildarse de innecesario desde un punto de vista puramente naturalista.

Un segundo problema es que la distinción planteada por Jaspers, no parece aplicarse de forma clara a las voces reportadas en primera persona. En este sentido, creemos que toda categoría nosológica debiese respetar la forma en que la experiencia es comunicada, de manera tal que sus características fenomenológicas sirvan como guía principal para el establecimiento de distinciones diagnósticas⁴. Acá, el asunto principal es que los atributos del fenómeno voces son graduales y no hacen posible establecer un

parámetro claro y unívoco para distinguir alucinaciones de pseudoalucinaciones, por lo que, distinciones en este sentido serían arbitrarias, o peor aún, antojadizas.

Por otra parte, a nivel teórico y práctico, una separación tajante entre representación y percepción, no parece sostenible. Tal distinción, implicaría que las pseudoalucinaciones, en tanto estados representacionales, serían episodios puramente cognitivos (como las creencias o los juicios), lo cual no es consistente con las descripciones fenomenológicas de los pacientes. En otras palabras, de dónde podría provenir su sensorialidad, más que de un acto perceptual, aunque este sea anormal.

Jaspers señala también que mientras las alucinaciones surgen como alteraciones en la percepción del mundo externo, las pseudoalucinaciones emergen como formas especiales de imaginación o representación. Además de que los estados puramente cognitivos no poseen la cualidad sensorial reportada por los pacientes, existe, al menos otro problema con esta idea, dada por la sensación de voluntariedad i.e. la experiencia de agencia y control respecto de la producción de ciertos contenidos en la mente de un sujeto.

Ante esto debemos preguntarnos ¿qué hacer con el concepto de pseudoalucinación?, Creemos que, considerando los problemas actuales del uso del término en nuestro medio, hay dos alternativas disponibles que podrían guiar su reasignación. Por una parte, una alternativa radical, que implicaría su total abandono; por otra, una opción conservadora, que considere su reinterpretación, como un fenómeno perteneciente a un continuo fenomenológico y nosológico, desde el cual entender en forma longitudinal el fenómeno de las alucinaciones.

La alternativa radical es atractiva por no existir evidencia de que la alteración biológica de la esquizofrenia, de origen

diferenciadamente a dos fenómenos separados. Desde este punto de vista, se podría abandonar el término simplemente en base a su indiferenciación. Además, eliminar categorías que no parecen tener un origen orgánico bien definido, evita obstaculizar la delimitación conceptual, empírica, y fenomenológica de conceptos, que si poseen un origen más claro, como por ejemplo, las alucinaciones. De esta forma, todas las características que parecen darle vida al concepto de pseudoalucinación podrían ser integradas en el concepto de alucinación permitiendo una caracterización más compleja de este.

De esta manera, no habría lugar para distinciones entre pseudoalucinaciones y alucinaciones, porque no existe distinción categorial entre e intra individuos con esquizofrenia. Parecería más plausible hacer converger el fenómeno, la alteración y los términos empleados para referirse a las voces con un único término.

Sin embargo, abandonar, en forma radical, una categoría históricamente heredada, puede conllevar perder algunos insights que ésta podría contener. Incluso con su indiferenciación, el concepto de pseudoalucinación podría captar información relevante sobre el fenómeno de las voces. Pero, ¿Cómo retener el término, con los diversos problemas ya descritos?

Una alternativa conservadora, ofrece mantener el concepto de pseudoalucinación, como parte de un continuo fenomenológico, al cual también pertenecen las alucinaciones. Recordemos que la fenomenología de las voces, examinada anteriormente, muestra complejidades y variaciones en todas sus características. Estos datos sugieren la idea de que las causas biológicas, podrían tener una gradiente de severidad, como lo demuestra el hecho de que, comúnmente, las voces no desaparecen, sino más bien, se modifican o integran a la psiquis del sujeto. A partir de esto, sería posible que voces alucinatorias

y voces pseudoalucinatorias refieran a dos categorías que instanciarían dos momentos evolutivos de un continuo.

Recurriendo nuevamente a Berríos⁴⁶ una de las ideas a la base de esta alternativa es que la biología relacionada con las voces podría dar origen a distintos fenómenos conscientes, dependiendo de la forma en que tal elemento causal es impregnado por otras dimensiones del sujeto, tales como, creencias culturales, recursos psicológicos, estados de ánimo, funcionamiento de funciones ejecutivas, conocimiento previo, entre muchas otras.

Conclusiones

El concepto de pseudoalucinación fue introducido originalmente para designar cualquier fenómeno alucinatorio, que se presentara sin cumplir todas las características clásicas. Tras una serie de vaivenes conceptuales, Jaspers introduce la idea de que mientras las alucinaciones son alteraciones de la percepción de la realidad objetiva externa, las pseudoalucinaciones serían formas especiales de representaciones. De esta forma, las alucinaciones tendrían carácter corpóreo, objetivo y se proyectarían en el espacio exterior, mientras que las segundas serían imaginarias, subjetivas y aparecerían en el campo interno del sujeto. En este trabajo hemos sugerido que el empleo, en nuestro medio, de la formulación Jasperiana para denominar pseudoalucinaciones a las voces de las personas con esquizofrenia, es altamente problemática y que existirían dos alternativas que podrían guiar el futuro del término, eliminar su uso, o integrarlo en un continuo fenomenológico con el concepto de alucinación.

Es importante señalar que ambas alternativas poseen fortalezas y debilidades. Nuestra tarea acá ha sido solamente señalar ambos potenciales caminos con el fin de

informar decisiones y debates futuros respecto del uso del término. Por una parte, la alternativa radical debe argumentar que abandonar el término, es mejor que su profundización fenomenológica y empírica. Por su parte, la alternativa conservadora debe justificar el uso del concepto mediante la correspondencia entre las características semiológicas expresadas (e.g. voces de

hombres, una o más voces, internas o externas, etc.) y las alteraciones biológicas de base, incluso aunque exista un espectro dimensional dentro del fenómeno de las voces. La profundización de estos aspectos, es clave para la comprensión cabal del fenómeno voces.

Resumen

El término pseudoalucinación fue introducido originalmente para designar cualquier fenómeno alucinatorio que no exhibiese todas las características paradigmáticas de las alucinaciones. En nuestro medio, y siguiendo directamente la descripción de Jaspers, se ha empleado el concepto para referirse a un tipo específico de alucinaciones auditivas presentes en personas con esquizofrenia: las voces, otorgándole un valor semiológico especial. Sin embargo, esta tradición diagnóstica no es compartida en otros contextos. El presente trabajo sugiere que la formulación Jasperiana para referirse a las voces como pseudoalucinaciones es inexacta y problemática en lo relativo al valor semiológico asignado, sus bases filosóficas y el origen biológico del fenómeno observado. Junto con esto, proponemos que la falta de claridad etiológica y nosológica que caracterizan esta conceptualización ponen en duda la utilidad de su uso dentro de la psicopatología descriptiva actual. A modo de conclusión, revisamos dos alternativas que el empleo del término podría tomar dentro del campo.

Palabras Claves: Alucinaciones; Pseudoalucinaciones; Jaspers; Voces; Esquizofrenia

Referencias Bibliográficas

1. Berrios G, Olivares Diez J. Psicopatología Descriptiva: Aspectos Cualitativos y Cuantitativos. Revista de Psicología (PUCP). 1995;13(2):143-159.
2. Berrios G. The History of Mental Symptoms : Descriptive Psychopathology since the Nineteenth Century. Cambridge University Press; 1996.
3. Cooper R. Classifying Madness : A Philosophical Examination of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. New York Springer; 2005.
4. López-Silva P. La relevancia filosófica del estudio de la esquizofrenia. Cuestiones metodológicas y conceptuales. Rev Colomb Psiquiatr. 2014;43(3):168-174.
5. Bolton D. What Is Mental Disorder? : An Essay in Philosophy, Science, and Values. Oxford:Oxford University Press; 2008.
6. Villagrán J, Luque R. Pseudoalucinación:un análisis crítico. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 1994;50:391-402.
7. van der Zwaard R, Polak M. Pseudo-hallucinations: A pseudoconcept? A review of the validity of the concept,

- related to associate symptomatology. *Compr Psychiatry*. 2001;42(1):42-50.
8. Sanati A Pseudohallucinations: a critical review *Dialogues in Philosophy, Mental and Neuro Sciences* 5 (2):42-47.
9. Jaspers K, Saubidet RO, Santillán DA. *Psicopatología General*. Fondo de Cultura Económica; 1993.
10. Capponi R. *Psicopatología y Semiología Psiquiátrica*. Primera Ed. Santiago, Chile: Editorial Universitaria; 1987.
11. CIE-10. *Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992.
12. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association; 2013.
13. Hagen F. Zur theorie der hallucination. *Allg Z Psychiatr*. 1868;25:1-107.
14. Kokoulina Ekaterina AT. La psicosis del psiquiatra: la vida y obra del Dr. Kandinsky. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2012;32(113):39-53.
15. Lugaro E. Sulle pseudo-allucinazioni (allucinazione psichiche di Baillager). Contributo a lla psicologia della demenza paranoide. *Riv Patol Nerv Ment*. 1903;8:1-87.
16. Baillager J. *Physiologie des hallucinations: les deux theories*. *Ann Med Psychol (Paris)*. 1886;4:19-39.
17. Seglas J. Alucinacioness psíquicas y pseudo alucinaciones verbales. *J Psychol*. 1914:289-315.
18. McCarthy-Jones S. The phenomenology of heraring voices in people with psychiatric disorders. In: *Hearing Voices. The Histories, Causes and Meaning of Auditory Verbal Hallucinations*. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press; 2012:101-133.
19. Kraepelin E. *La Demencia Precoz*. Buenos Aires: Editorial Polemos; 2008.
20. Leudar I, Thomas P, McNally D, Gliniski A. What voices can do with words: pragmatics of verbal hallucinations. *Psychol Med*. 1997;27(4):885-898.
21. Nayani T, David A. The auditory hallucination: a phenomenological survey. *Psychol Med*. 1996;26(1):177-189.
22. Moritz S, Larøi F. Differences and similarities in the sensory and cognitive signatures of voice-hearing, intrusions and thoughts. *Schizophr Res*. 2008;102(1-3):96-107.
23. Hoffman RE, Varanko M, Gilmore J, Mishara AL. Experiential features used by patients with schizophrenia to differentiate “voices” from ordinary verbal thought. *Psychol Med*. 2008;38(8):1167-1176..
24. Garrett M, Silva R. Auditory hallucinations, source monitoring, and the belief that voices are real. *Schizophr Bull*. 2003;29(3):445-457.
25. Stephane M, Thuras P, Nasrallah H, Georgopoulos A. The internal structure of the phenomenology of auditory verbal hallucinations. *Schizophr Res*. 2003;61(2-3):185-193.
26. McCarthy-Jones S, Trauer T, Mackinnon A, Sims E, Thomas N, Copolov D. A new phenomenological survey of auditory hallucinations: evidence for subtypes and implications for theory and practice. *Schizophr Bull*. 2014;40(1):231-235..
27. Marshall C, Lu Y, Lyngberg K, Deighton S, Cadenhead K, Cannon T et al. Changes in symptom content from a clinical high-risk state to conversion

- to psychosis. *Early Interv Psychiatry*. August 2017 doi: 10.1111/eip.12473. [Epub ahead of print].
28. Behrendt R. Underconstrained perception: a theoretical approach to the nature and function of verbal hallucinations. *Compr Psychiatry*. 39(4):236-248.
29. Bentall R. The illusion of reality: a review and integration of psychological research on hallucinations. *Psychol Bull*. 1990;107(1):82-95..
30. McCarthy-Jones S. Neuroscience and hearing voices: it's the brain, stupid? In: *Hearing Voices. The Histories, Causes and Meaning of Auditory Verbal Hallucinations*. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press; 2012:191-222.
31. Jardri R, Sommer I. Functional Brain Imaging of Hallucinations: Symptom Capture Studies. In: *The Neuroscience of Hallucinations*. New York, NY: Springer New York; 2013:375-391.
32. Ford J, Hoffman R. Functional Brain Imaging of Auditory Hallucinations: From Self-Monitoring Deficits to Co-opted Neural Resources. In: *The Neuroscience of Hallucinations*. New York, NY: Springer New York; 2013:359-373.
33. Uhlhaas P. Dysconnectivity, large-scale networks and neuronal dynamics in schizophrenia. *Curr Opin Neurobiol*. 2013;23(2):283-290.
34. Kasper B, Kasper E, Pauli E, Stefan H. Phenomenology of hallucinations, illusions, and delusions as part of seizure semiology. *Epilepsy Behav*. 2010;18(1-2):13-23.
35. von Holst, E., and Mittelstaedt H. Das Reafferenzprinzip. Wechselwirkungen zwischen Zentralnervensystem und Peripherie. *Naturwissenschaften*. 1950;37:464-476.
- Sperry R. Neural basis of the spontaneous optokinetic response produced by visual inversion. *J Comp Physiol Psychol*. 1950;43:482-489.
36. Chen C-M, Mathalon D, Roach B, Cavus I, Spencer D, Ford J. The corollary discharge in humans is related to synchronous neural oscillations. *J Cogn Neurosci*. 2011;23(10):2892-2904..
37. Ford J, Mathalon D, Kalba S, Whitfield S, Faustman W, Roth W. Cortical responsiveness during talking and listening in schizophrenia: An event-related brain potential study. *Biol Psychiatry*. 2001;50(7):540-549.
38. Ford J, Mathalon D. Electrophysiological evidence of corollary discharge dysfunction in schizophrenia during talking and thinking. *J Psychiatr Res*. 2004;38(1):37-46.
39. Ford J, Roach B, Faustman W, Mathalon D. Synch before you speak: auditory hallucinations in schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2007;164(3):458-466..
40. Ford J, Mathalon DH, Roach BJ, et al. Neurophysiological evidence of corollary discharge function during vocalization in psychotic patients and their nonpsychotic first-degree relatives. *Schizophr Bull*. 2013;39(6):1272-1280.
41. Feinberg I, Guazzelli M. Schizophrenia--a disorder of the corollary discharge systems that integrate the motor systems of thought with the sensory systems of consciousness. *Br J Psychiatry*. 1999;174:196-204.
42. Heinks-Maldonado T, Mathalon D, Houde J, Gray M, Faustman W, Ford J. Relationship of imprecise corollary discharge in schizophrenia to auditory hallucinations. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(3):286-296.
43. van Swam C, Dierks T, Hubl D. Electrophysiological exploration of hallucinations (EEG,MEG). In: Jardri

- R, Cachia A, Thomas P, Pins D, eds. *The Neuroscience of Hallucinations*. New York, NY: Springer New York; 2013:317-342.
45. McCarthy-Jones S. Neuropsychological models I: inner speech. In: *Hearing Voices. The Histories, Causes and Meaning of Auditory Verbal Hallucinations*. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press; 2012:223-264.
46. Berrios G. Formación de síntomas mentales. En: *Hacia Una Nueva Epistemología de La Psiquiatría*. Buenos Aires: Polemos; 2011:189-199.

Correspondencia:
Pablo López-Silva
Escuela de Psicología
Universidad de Valparaíso
Hontaneda 2653, Valparaíso
OF. 4.2. (32)2508621