



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

“Estudio sobre alucinaciones en pacientes ingresados en Unidad de Agudos: diagnóstico y tratamiento

Escala de Alucinaciones Servet Zaragoza”

“Study on hallucinations in patients admitted in the Hospital Acute Unit: Diagnosis and treatment

Servet Zaragoza Hallucinations Scale”

Autora: Blanca Asín Ros

Director: José Luis Díaz Sahún

Coordinador: Pablo Ortega

Facultad de Medicina

Grado en Medicina

Curso 2022-2023

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO Y DE LA ESCALA DE ALUCINACIONES SERVET ZARAGOZA....	14
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN E HIPÓTESIS DE TRABAJO	16
MATERIAL Y MÉTODOS.....	17
RESULTADOS	19
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	24
CONCLUSIONES	35
BIBLIOGRAFÍA	36
ANEXOS.....	39

Autora: Blanca Asín Ros

Directores: José Luis Día Sahún y Pablo Ortega

Título del trabajo: Estudio sobre alucinaciones en pacientes ingresados en Unidad de Agudos: diagnóstico y tratamiento. Escala de Alucinaciones Servet Zaragoza (EASZ).

Resumen: El objetivo principal de este trabajo de fin de grado es crear la "Escala de Alucinaciones Servet Zaragoza" (EASZ), una herramienta que permite analizar de manera precisa las alucinaciones y sus diferentes tipos. Esta escala busca facilitar el estudio de este complejo fenómeno psicopatológico, así como la entrevista clínica con el paciente y el enfoque diagnóstico.

Las alucinaciones, presentes en diversas modalidades sensoriales, como lo son las auditivas, visuales, gustativas, olfatorias y táctiles, plantean dificultades en su estudio dentro de la práctica clínica actual. Por lo tanto, se consideró necesario desarrollar una escala que abarque toda la amplitud de fenómenos descritos en la clínica, y que supere las limitaciones de las escalas existentes en la literatura científica.

Para llevar a cabo esta investigación, se seleccionó una muestra de 20 pacientes ingresados en la Unidad de Agudos de Psiquiatría del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, bajo la supervisión de J.L. Día. El estudio se enfocó en un análisis detallado y descriptivo de las alucinaciones presentes en este grupo de pacientes.

Los resultados obtenidos respaldan las hipótesis planteadas en cuanto a la complejidad fenomenológica de las alucinaciones. Se considera que se ha logrado desarrollar una escala competente, útil, sencilla y reproducible, que puede ser aplicada de manera efectiva en futuras investigaciones y en la labor asistencial.

En conclusión, este trabajo de fin de grado se centra en la creación y aplicación de la "Escala de Alucinaciones Servet Zaragoza" con el objetivo de mejorar el análisis y comprensión de las alucinaciones. Esta escala proporciona una herramienta precisa y práctica para evaluar clínicamente este fenómeno psicopatológico complejo.

Palabras clave: EASZ, escala, alucinaciones, entrevista clínica, Unidad de Agudos de Psiquiatría

Abstract: The main objective of this undergraduate thesis is to create the "Servet Zaragoza Hallucinations Scale" (SZHS), a tool that allows for a precise analysis of hallucinations and their different types. This scale aims to facilitate the study of this complex psychopathological phenomenon, as well as clinical interviews with patients and diagnostic approaches.

Hallucinations, present in various sensory modalities such as auditory, visual, gustatory, olfactory, and tactile, pose difficulties in their study within current clinical practice. Therefore, it was considered necessary to develop a scale that encompasses the entire range of phenomena described in clinical settings and surpasses the limitations of existing scales in the scientific literature.

To carry out this research, a sample of 20 patients admitted to the Acute Psychiatry Unit of Miguel Servet University Hospital in Zaragoza, under the supervision of Dr. Día, was selected. The study focused on a detailed and descriptive analysis of hallucinations in this group of patients.

The results obtained support the hypotheses regarding the phenomenological complexity of hallucinations. It is considered that a competent, useful, simple, and reproducible scale has been developed, which can be effectively applied in future research and clinical practice.

In conclusion, this undergraduate thesis focuses on the creation and application of the "Servet Zaragoza Hallucinations Scale" with the aim of improving the analysis and understanding of hallucinations. This scale provides a precise and practical tool for the clinical evaluation of this complex psychopathological phenomenon.

Key words: EASZ, Scale, Hallucinations, Clinical interview, Acute Psychiatry Unit

INTRODUCCIÓN

Introducción

Los **trastornos de la percepción** son un tema central en la Psicopatología, y dentro de ellos, las alucinaciones son el subtipo más relevante.

En los últimos años, se han realizado diversos estudios epidemiológicos en la población occidental sobre las experiencias alucinatorias, revelando que hasta un 2% de los adultos de la población general afirma haber tenido alucinaciones en cualquiera de sus modalidades.¹.

Las **alucinaciones** son un fenómeno subjetivo y multifactorial cuyas causas aún no están completamente esclarecidas. Se ha demostrado que ciertas sustancias químicas, circuitos de recompensa del cerebro y áreas cerebrales anormales pueden estar involucrados en su aparición. Además, pueden estar relacionadas con la disociación de la realidad y la experiencia subjetiva, el estrés, el abuso de sustancias, los trastornos del sueño o las enfermedades neurológicas. Su diagnóstico y tratamiento adecuados requieren un abordaje integral.²

La sensopercepción normal implica el registro de las sensaciones, su elaboración psíquica y la atención enfocada en la comprensión de lo que se percibe.

Alteraciones de la sensopercepción

Alteraciones cuantitativas de la sensopercepción

Las **alteraciones cuantitativas de la sensopercepción** implican cambios en la intensidad de los estímulos y están influenciadas por diversos factores, incluyendo las características del estímulo y el sujeto que lo percibe. Las hiperestesias son un ejemplo de aumento en la intensidad de las sensaciones, mientras que las hiperalgias se refieren a una percepción intensa de dolor. Por otro lado, las hipoestesias implican una disminución en la intensidad de la sensación, y pueden incluir la anestesia. Es importante tener en cuenta que también existen otras hiperestesias de origen orgánico, lesional o tóxico.^{1, 2}

Alteraciones cualitativas de la sensopercepción

Existen diversas **alteraciones cualitativas de la sensopercepción** que afectan la forma en que percibimos y experimentamos el mundo que nos rodea, como la extrañeza, la desrealización, la despersonalización, las paramnesias, las escisiones de la percepción y sincinesias, y las sinestesias.

La **extrañeza** se refiere a la percepción de estímulos conocidos como novedosos, lo que puede afectar la atención y la memoria.

La **desrealización**, por su parte, es la sensación de irrealidad del entorno, mientras que la despersonalización es la extrañeza ante el propio sentimiento de sí mismo.

Las **paramnesias** son ilusiones perceptivas que se caracterizan por la sensación de extrañeza ante una supuesta familiaridad.

Las **escisiones de la percepción y sincinesias** se refieren a la percepción fragmentada de sensaciones que originalmente estaban unificadas en un objeto.

Finalmente, las **sinestesias** son alucinaciones en las que la percepción de una sensación se asocia a una imagen perceptiva perteneciente a otro órgano sensorial distinto. Es importante destacar que la sinestesia implica una fusión de sensaciones, diferente de la alucinación refleja.^{1, 2, 3, 4, 5, 6}

Trastornos sensoperceptivos: psicopatología de la percepción

I. Ilusión

La **ilusión** es una falsificación o deformación de una visión real, que se refiere a errores de reconocimiento o percepción falseada.

Esquirol concibió la ilusión como una transformación subjetiva de un dato realmente presente, que se puede modificar a voluntad.¹

La ilusión se diferencia de la **alucinación** porque siempre se apoya en la realidad, aunque sea deformándola. En la ilusión se mantiene la presencia efectiva de un dato sensorial junto con una deformación de lo percibido, y esta deformación involucra múltiples factores neurofisiológicos, emocionales y de personalidad.

Las características de la ilusión patológica incluyen la presencia real del estímulo u objeto, la deformación de lo percibido y la ausencia de convencimiento absoluto de realidad.

Jaspers describió tres tipos de ilusiones: ilusiones de acabado, ilusiones afectivas e ilusiones pareidólicas.⁵ Las ilusiones de acabado dependen del desinterés y cambian tan pronto como nuestra atención se fija de nuevo. Las ilusiones afectivas son aquellas que se modifican en función del afecto en el contexto del estado de ánimo predominante. Por su parte, las ilusiones pareidólicas suponen la actividad de la fantasía sobre las percepciones y se presentan más en niños que en adultos.⁵

II. Percepción delirante

La **percepción delirante** es el juicio interpretativo falso de un estímulo real y es propia de la psicosis, la manía y la depresión psicótica. En la experiencia delirante primaria, se combinan la intuición delirante, la interpretación, la ilusión y las falsas percepciones. Es importante distinguirla del pensamiento mágico o cultural. En ocasiones puede ser difícil diferenciarla de las ideas sobrevaloradas, como en el caso de pacientes con anorexia nerviosa y dismorfofobia.^{9, 10}

III. Alucinación

A finales del siglo XIX se definió el concepto de **alucinación** y se llegó a un consenso de que las alucinaciones verdaderas o puras eran psicosensoriales, caracterizadas por la falta de objeto inductor de la percepción, la vivencia en el campo de conciencia externo al sujeto, un convencimiento absoluto de realidad, imposibilidad de control voluntario y un grado de intensidad independiente. Las alucinaciones se diferencian de la ilusión y la percepción delirante ya que en estas sí hay un objeto sensorial presente. Las alucinaciones orgánicas se experimentan con extrañeza y sensación de irreabilidad, el paciente puede tener crítica de ellas y no afectan su identidad ni personalidad. En cambio, las **alucinaciones psicóticas** son patológicas y se caracterizan por la ausencia de estímulo real, el juicio de realidad positivo, la aceptación de la alucinación como una imagen sensorial y la conducta del sujeto consecuente con la experiencia alucinatoria. La vivencia se impone al sujeto y se percibe como algo real debido a la totalidad de la experiencia que conlleva (psicotización).^{2, 10, 11, 12}

IV. Pseudoalucinación

La **pseudoalucinación** es un fenómeno psíquico que ocurre en el espacio interno del paciente y carece de objetividad espacial. A diferencia de las alucinaciones, no hay un estímulo sensorial externo que las provoque, y pueden ocurrir en cualquier sentido. Aunque pueden sentirse como algo real para el paciente, no siempre indican una patología mental y es importante distinguirlas de los pensamientos obsesivos. Los pensamientos obsesivos son ideas fijas, repetitivas y estresantes que se sienten impuestas y no deseadas, mientras que las pseudoalucinaciones pueden sentirse como no propias pero percibidas como reales. Es posible que coexistan con alucinaciones sensoriales verdaderas en un mismo paciente. El "forced thinking" es otro tipo de pensamiento forzado que ocurre durante los episodios de epilepsia temporal y puede confundirse con las pseudoalucinaciones.^{1,2}

V. Alucinosis

La **alucinosis** fue definida por Wernicke en 1906 como alucinaciones auditivas en pacientes alcohólicos. Estas alucinaciones también pueden ocurrir en otras condiciones patológicas y se caracterizan por ser intensas en cualquier esfera sensorial, variables en su presentación, egodistónicas y con conciencia de realidad. Son de naturaleza orgánica y pueden presentar cambios dependiendo del contexto o estímulo. Las alucinaciones auditivas y visuales son especialmente frecuentes y vívidas en la alucinosis.^{11, 2, 13, 14}

VI. Representación mental

La **representación mental** es frecuente en situaciones de duelo reciente, como "ver la imagen del difunto", así como en estados de trance o disociativos.^{1,2}

Tabla 1. Diagnóstico diferencial entre percepción y representación mental¹⁵

<u>Percepciones / alucinación</u>	<u>Representación mental / imaginación.</u>
Corpóreas (Objetividad)	Imaginarias (subjetividad)
Espacio objetivo exterior.	Espacio representativo, subjetivo interno.
Diseño determinado (con todos los detalles)	Diseño Indeterminado, detalles. (incompletas)
Toda la frescura sensorial.	Falta de adecuación sensorial
Son constantes, se retienen.	Se descomponen, deber ser recreadas de nuevo.
Independientes de la voluntad.	Dependientes del deseo, afecto y provocadas
Sentimiento de pasividad (impuestas)	Sentimiento de actividad (buscadas).

Autor: Jose Luis Díaz

Después de realizar el análisis conceptual previamente descrito, para facilitar su comprensión, podemos resumir los **tres tipos de alucinaciones** según la síntesis establecida por Francisco Alonso Fernández de la siguiente manera:

- Las alucinaciones verdaderas ocurren en el espacio exterior, tienen existencia objetiva y son una realidad evidente para el sujeto.
- La alucinosis aparece en el espacio exterior, tiene existencia objetiva, pero carece de evidencia de realidad.
- Las pseudoalucinaciones ocurren en el espacio interior o subjetivo, tienen existencia subjetiva y constituyen una realidad evidente para el sujeto.¹⁶

VII. Percepciones inducidas por alucinógenos

Las **percepciones alucinógenas** son producidas por el consumo agudo de sustancias alucinógenas y fueron descritas por primera vez en 1845 por Moreau de Tours. Aunque la mayoría de las drogas alucinógenas producen efectos similares en la percepción, difieren en sus efectos tóxicos y la personalidad del consumidor es un factor importante en su efecto y comportamiento durante la

intoxicación. Sin embargo, estas alucinaciones son diferentes de las alucinaciones idiopáticas, que pueden tener un origen neurológico o psiquiátrico.^{1, 2, 17}

Tabla 2. Trastornos psicodislépticos inducidos por LSD^{1, 2}

Síntomas somáticos
Vértigo
Tremor
Náuseas
Parestesias
Visión borrosa
Síntomas perceptivos
Alteración de forma y color
Dificultad en focalizar objetos
Sinestesias
Alucinaciones visuales (raras veces auditivas)
Síntomas mentales
Alteraciones del humor
Ansiedad
Distorsión del sentido del tiempo
Dificultad para expresar pensamientos
Despersonalización
Sentimientos de ensueñación

Autor: Jose Luis Díaz

VIII. Alucinaciones experimentales

Las **alucinaciones experimentales** se producen en ciertas situaciones, como la estimulación eléctrica de las áreas corticales y subcorticales, principalmente del lóbulo temporal, y durante el aislamiento o la privación sensorial. Comparten características similares con las alucinaciones e ilusiones espontáneas que presentan algunos pacientes epilépticos, siendo su carácter sensorial especialmente intenso.^{1, 2}

Otras alteraciones de la sensopercepción

Algunos ejemplos serían las **alucinaciones hipnopómicas e hipnagógicas**, que ocurren al inicio o final del sueño; la **acinetopsia** y **acromatopsia** que afectan la percepción del movimiento y el color respectivamente; la **agnosia auditiva** y **amusia**, que dificultan la comprensión del significado de los sonidos y la música; las **alucinaciones por aislamiento o deprivación sensorial** (síndromes de Charles Bonnet, Sanchis Banus o del miembro fantasma), las **paraeidolias**, que son impresiones imperfectas en los sentidos que crean fantasías; las **alucinaciones extracampales**, que se experimentan fuera del campo sensorial; las **alucinaciones histéricas**, que se convierten en un imaginario para la conciencia de la persona; las **alucinaciones obsesivas**, que acompañan a las ideas obsesivas y las **alucinaciones reflejas**, que necesitan de un estímulo externo para provocar la alucinación.^{1, 2, 13, 14}

Clasificación de las alucinaciones

Las alucinaciones pueden alterar la percepción del espacio exterior, que se percibe a través de los sentidos, o del espacio interior, que incluye la cenestesia y la cinestesia. De acuerdo con la modalidad sensorial afectada, se pueden identificar **diferentes tipos de alucinaciones** descritas en la clínica.¹⁶

I. Alucinaciones auditivas

Las **alucinaciones auditivas** pueden ser clasificadas atendiendo a diferentes criterios. Según su localización, origen y procedencia. También pueden ser categorizadas según la relación del paciente con las voces, la intensidad del fenómeno alucinatorio, la conciencia de enfermedad y la crítica de las alucinaciones, la persona de las voces y el contenido de la percepción alucinatoria. Es importante tener en cuenta que puede ser difícil distinguir entre una percepción acústica real y una alucinación.^{1, 2, 16}

Alucinaciones acústicas verbales

Según el **contenido** de las voces en trastornos psiquiátricos, se pueden distinguir varios tipos, como las voces que dan órdenes, las que transmiten ánimo o alabanza, las que acusan o amenazan, las voces persecutorias, sexuales o de apreciación hipertímica, las voces de depresión melancólica, y las que hacen alusiones o discursos. También se pueden presentar **alucinaciones musicales**, que pueden ser provocadas por diferentes estímulos. Inclusive, se han descrito **alucinaciones bilaterales antagonistas** en las que se perciben fonemas con contenido delirante diferente en cada oído. Un buen insight (conciencia de la enfermedad) puede ayudar a distinguir una alucinación orgánica de una funcional o una psicosis.^{1, 2, 16}

Alucinaciones acústicas no verbales

Los pacientes pueden experimentar alucinaciones de carácter elemental como ruidos, música, pasos, timbres, campanas, motores... con significado delirante. Otros modelos incluyen el pensamiento sonoro, eco del pensamiento o difusión del pensamiento, y el eco alucinatorio.^{1, 2, 16}

Alucinaciones psicomotrices verbales

Las **alucinaciones psicomotrices verbales** son voces que parecen surgir directamente de la garganta y se sienten como impuestas y de carácter motriz. Se deben diferenciar de otros trastornos como la onomatomanía y la coprolalia, y también hay formas de posesión demoniaca y emisión de voces vividas como impuestas o disociadas de otra personalidad.^{1, 2, 16, 18}

Diagnóstico diferencial de las alucinaciones auditivas verbales

Las **alucinaciones auditivas verbales** deben distinguirse de las pseudoalucinaciones, tal y como mencionamos previamente, como parte del diagnóstico diferencial.

Psicopatología

Las **alucinaciones auditivas verbales** son muy comunes en la fase inicial de la esquizofrenia, aunque tienden a disminuir en intensidad a medida que la enfermedad progresiona. Kurt Schneider (1959) llegó a considerar estas alucinaciones como patognomónicas.¹⁹ Estas alucinaciones, junto con los fenómenos de pasividad del pensamiento y delirio de control, son parte de la esquizofrenia y pueden interferir significativamente en la capacidad del paciente para mantener una identidad coherente.¹ Es importante destacar que existe una pérdida de la capacidad para distinguir la realidad.

Asimismo, estas alucinaciones suelen estructurarse en torno al discurso delirante del paciente y probablemente están relacionadas con procesos intelectuales del mismo (Lothane, 1982), lo que las diferencia de otras alucinaciones que parecen ser independientes del delirio.²⁰

Por otro lado, las alucinaciones auditivas verbales, junto con otros signos de primer rango de Schneider, pueden ocurrir en el 10-25% de los pacientes afectivos, especialmente en aquellos con depresión psicótica y en pacientes con patrones cíclicos de enfermedad y síntomas afectivos predominantes.

Sin embargo, las alucinaciones auditivas simples o complejas no son exclusivas de la psicosis, sino que pueden ocurrir en diversas **condiciones médicas**.

En la tabla siguiente se presentan diversas patologías en las que se han reportado alucinaciones auditivas tanto simples como complejas.

Tabla 3. Espectro de patologías que pueden presentar alucinaciones auditivas¹

Esquizofrenia
Psicosis agudas
Depresión psicótica
Trastorno bipolar
Trastornos dissociativos
Sordera
Intoxicación por salicilatos
Intoxicación por cocaína
Intoxicación por anfetaminas
Alucinosis alcohólica
Delirium
Tirotoxicosis
Hipoadrenocortisolémia
Migraña
Epilepsia parcial
Meningitis
Encefalitis
Estimulación eléctrica de la circunvolución de Heschl
Estimulación eléctrica temporal y de áreas límbicas

II. Alucinaciones visuales

Hecaen (1978) identificó dos tipos de **alucinaciones visuales**: elementales y complejas.²¹ La presencia de alucinaciones visuales siempre debe hacer sospechar una alteración orgánica cerebral o intoxicación por drogas alucinógenas.

Cabe destacar que las **zoopsias** son un tipo de alucinación compleja que se evidencia en el delirium tremens y consisten en pequeños animales que provocan terror.

Las alucinaciones visuales se pueden distribuir atendiendo a diferentes aspectos: complejidad, contenido, calidad, estática o movimiento, tamaño, imagen y tonalidad afectiva. Las alucinaciones complejas pueden incluir la personificación, que son alucinaciones visuales complejas de figuras humanas en movimiento y variadas. La experiencia visual propia de la Mescalina (sustancia psicoactiva) puede incluir la "visual experience", "presque vu" y "dual system experience".^{1, 2}

Otras modalidades de alucinaciones visuales

Las **alucinaciones autoscópicas** implican la percepción del cuerpo como un segundo "yo" en el mundo exterior, y se describen en pacientes con lesiones del cuerpo calloso. Otras formas de alucinaciones visuales incluyen la **poliopía**, la percepción del espacio y la imagen eidética. También hay alucinaciones pedunculares extremadamente vívidas y la **palinopsia**; persistencia, recurrencia de la percepción después del cese del estímulo visual. Finalmente, existen las **alucinaciones del recuerdo** y las **alucinaciones de los dobles**, que pueden ser de la identidad, duplicación, falsificación y cambio de identidad, y deben distinguirse de la idea delirante de "los dobles de mí mismo".^{1, 2}

III. Alucinaciones olfatorias

Las **alucinaciones olfativas y gustativas** suelen presentarse juntas, lo que hace difícil su distinción semiológica. A menudo, las alucinaciones olfatorias se asocian con componentes afectivos, como recuerdos que evocan poderosas resonancias emocionales.¹⁶

Clasificación de las alucinaciones olfatorias

Dependiendo de la modalidad de la percepción, pueden ser agradables, desagradables (cacosmia) o neutras, y están relacionadas con diferentes contenidos, como alimentos, objetos o humanos. También pueden organizarse según su impacto en el paciente, como peligrosos, eróticos, repulsivos o místicos. Atendiendo a la localización del estímulo, podemos catalogarlas como externas o internas.

Las alucinaciones olfativas internas son auto-olfativas y pueden estar asociadas a delirios hipocondríacos o al tipo Cotard, mientras que las alucinaciones olfativas externas suelen estar asociadas a delirios de perjuicio, típicos de la paranoia y las esquizofrenias.^{1, 2, 20}

Diagnóstico diferencial de las alucinaciones olfativas

El **diagnóstico diferencial** de las alucinaciones olfativas se divide en varias categorías, que incluyen estados psicóticos endógenos, trastornos obsesivos de base corporal, estados de éxtasis y formas psicóticas de la manía, alucinaciones paroxísticas del olfato, crisis uncinadas, y delirios de tipo olfativo. Es importante tener en cuenta estas categorías para realizar un diagnóstico adecuado y diferenciar las alucinaciones olfativas de otras condiciones, como las pseudoalucinaciones.^{1, 2, 16}

Por otro lado, existen diferentes **causas orgánicas** que pueden dar lugar a trastornos del gusto y del olfato, como traumatismos, infecciones (como la sinusitis o la encefalitis por herpes simple) o enfermedades sistémicas, como la migraña o los trastornos convulsivos.²² Para abordar estos trastornos, se han desarrollado tratamientos como la terapia de reentrenamiento del olfato y los enjuagues bucales con zinc.^{1, 2}

IV. Alucinaciones gustativas

Las **alucinaciones olfativas y gustativas** pueden causar la percepción de olores y sabores inusuales y pueden ser comunes en la epilepsia temporal. En trastornos psiquiátricos, las personas afectadas a menudo atribuyen estas percepciones a delirios. Es importante descartar procesos tumorales o convulsivos si estas alucinaciones ocurren de forma aislada sin asociar grandes cambios en el comportamiento.^{1, 2, 16}

Cualidades de la alucinación gustativa

Las **alucinaciones gustativas** pueden presentarse en diferentes formas, incluyendo la disestesia que es una alteración de la calidad perceptiva del sabor, la crisis psicótica en la que la persona puede tener una percepción delirante del sabor, y la alucinación gustativa completa en la que la persona experimenta un nuevo sabor que puede ser delirante, como la sensación de haber ingerido algo tóxico.^{1, 2, 16}

Diagnóstico diferencial de las alucinaciones gustativas

El **diagnóstico diferencial** de las alucinaciones gustativas debe incluir la elaboración delirante o percepción delirante del gusto normal de los alimentos, característica del delirio paranoide y la esquizofrenia. Se debe evaluar la presencia de conductas de negativismo, oposición, rechazo a la ingesta y "sitiofobia". Por otro lado, también se debe distinguir de la crisis epiléptica uncinada (lóbulo temporal-uncus), la pérdida del gusto o disgeusia, los trastornos afectivos graves, y posibles efectos secundarios a fármacos, como el litio o el disulfiram, que pueden alterar la sensibilidad gustativa.^{1, 2, 16}

V. Alteraciones táctiles o hápticas y de sensibilidad superficial

Las **alucinaciones táctiles** se caracterizan por sensaciones de animales pequeños que parecen moverse debajo de la piel (formicación o delirio de parasitación). Son comunes en casos de psicosis tóxicas y patología orgánica, en particular en carcinomas de mediastino y pulmón.¹⁴ Igualmente, algunos pacientes con esquizofrenia pueden experimentar alucinaciones táctiles en sus genitales en forma de erecciones u orgasmos, lo que puede ser difícil de diferenciar de sus delirios.

Clasificación de las alucinaciones táctiles

Las **alucinaciones táctiles** pueden clasificarse de diversas maneras, incluyendo alucinaciones térmicas, hapticas, figurativas, en esfínteres y mucosas, de formicación y dolorosas. Las alucinaciones hapticas pueden incluir sensaciones de roce, presión o "tocamiento", mientras que las alucinaciones figurativas pueden ser la sensación de un chorro de agua caliente o fría que no moja, ser mordido, pellizado o cortado. Las alucinaciones táctiles en esfínteres y mucosas pueden causar dolor y estar asociadas con un delirio de control. Es importante distinguir las alucinaciones táctiles dolorosas de los trastornos somatomorfos y el dolor psicógeno.¹

Diagnóstico diferencial de las alucinaciones táctiles

Es importante considerar varios **diagnósticos diferenciales** al presentarse alucinaciones táctiles, entre ellos: el delirio de contaminación, la esquizofrenia u otras psicosis endógenas, el delirio dermatozooico, parasitario o ectodérmico. También es importante descartar alucinaciones visuales y el consumo de drogas. En el delirio, predominan las alucinaciones visuales que afectan la superficie corporal.¹

VI. Alucinaciones cenestésicas y del espacio corporal

La **cenestesia** implica la experiencia subjetiva del interior del cuerpo, incluyendo la sensibilidad profunda, visceral y la representación del propio organismo. Las alucinaciones cenestésicas, por su parte, afectan la percepción del yo corporal y la sensación interna del cuerpo.

Clasificación de las alucinaciones cenestésicas

Las **alucinaciones cenestésicas** pueden estructurarse según la sensación (dolorosas o parestesias) y según su contenido (despersonalización somatopsíquica, percepciones álgidas, cambios en el tamaño o deformación de órganos, alucinaciones negativas de corporalidad, alucinaciones de la sensibilidad proprioceptiva, alucinaciones de movimiento articular, cambios alucinatorios en la percepción del peso, alucinaciones reflejas, alucinaciones de la sensibilidad interna, y alucinaciones genitales táctiles y profundas). Es importante distinguir las alucinaciones de la dismorphofobia y delirio de control.^{1,2}

VII. Alucinaciones cinestésicas o motrices

Las **alucinaciones cinestésicas o motrices** son sensaciones de movimiento o posición del cuerpo o de sus partes. Pueden ser experimentadas por personas que sufren del delirio de negación de Cotard, esquizofrénicos o melancólicos, y pueden hacer que el paciente perciba sus órganos como muertos o en descomposición. También pueden ser experimentadas por personas alcohólicas en el delirium o en pacientes orgánicos y suelen estar relacionadas con la participación del sistema vestibular.

Clasificación de las alucinaciones cinestésicas o motrices

Pueden ser tipificadas en diferentes **categorías**, tales como movimientos de impulsión, sensación de bloqueo en un gesto o movimiento, alucinaciones motrices verbales de Seglas, y sensación de permanecer inmóvil mientras se siente que se realizan muchas acciones al mismo tiempo. Estas alucinaciones pueden ser experimentadas por personas con diferentes condiciones médicas, como el delirium, pacientes orgánicos o alcohólicos, así como por personas que sufren del delirio de negación de Cotard.^{1,2}

VIII. Alucinaciones sexuales

Las **alucinaciones sexuales** pueden manifestarse en forma de alucinaciones verbales, como palabras o sonidos de naturaleza erótica, sexual o escatológica, así como en forma de alucinaciones visuales que pueden incluir escenas sexuales o la visión de genitales. Asimismo, en ciertos individuos con neurosis obsesiva grave, la sexualidad puede ser representada de manera ideica y sensorial a través de la visión o la presencia de objetos sexuales.²³

Exploración de la experiencia alucinatoria

Los aspectos fundamentales a considerar en la experiencia alucinatoria incluyen: la frecuencia y duración de las alucinaciones, la pérdida de juicio de realidad, la resistencia a comunicar las experiencias y la agrupación sindrómica. Los pacientes que experimentan alucinaciones suelen tener múltiples experiencias alucinatorias persistentes o intermitentes, y no dudan de su realidad. Sumado a esto, suelen resistirse a comunicar estas experiencias y forman parte de un síndrome neuropsiquiátrico orgánico o funcional.

Para identificar alucinaciones, se puede inferir a través de la reacción del paciente o preguntándole directamente sobre cualquier sensación nueva o que le cause perplejidad o temor. Existe un estadio agudo y crónico de la actividad alucinatoria. El estadio agudo se caracteriza por sentimientos de excitación, pérdida de control, humor disfórico-irritable, desorganización de la conciencia y delirios y alucinaciones. La actividad alucinatoria crónica es característica de la esquizofrenia y se compone principalmente de alucinaciones auditivo-verbales que consisten en voces que comentan permanentemente la conducta o los pensamientos del paciente. En este estadio, el juicio de realidad es nulo y el comportamiento del paciente viene condicionado por la temática delirante-alucinatoria.¹

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO Y DE LA ESCALA DE ALUCINACIONES SERVET ZARAGOZA

La **Salud Mental** se define como un estado de bienestar en el cual cada individuo desarrolla su potencial, puede afrontar las tensiones de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y puede aportar algo a su comunidad.²⁴ Las encuestas muestran un aumento exponencial del interés por la salud mental en la sociedad actual, destacando la pandemia Covid-19 como un factor significativo en este aspecto.^{25, 26}

España es el país donde más crece esta preocupación, siendo percibida como el principal problema sanitario actual. La pandemia ha hecho aumentar los casos de depresión y ansiedad en España en más de un 25%, afectando actualmente a un 6,7% y un 5,4% de la población, respectivamente.²⁷

A pesar de ello, existe un estigma social que impide el pleno desarrollo del campo de la salud mental, potenciado por componentes como el desconocimiento social y los prejuicios asociados a estas enfermedades. Esto da lugar a una situación de infradiagnóstico de estas patologías, estimándose que solo el 14% de los casos de depresión y ansiedad son verdaderamente diagnosticados y tratados.^{28, 29, 30}

Es importante resaltar entre los trastornos mentales aquellos de naturaleza psicótica, que se caracterizan por una desconexión con la realidad, manifestándose a través de síntomas como alucinaciones, delirios, pensamiento desorganizado y síntomas negativos.

En este sentido, cabe destacar dos enfermedades en particular: la **esquizofrenia** y el **trastorno delirante crónico o paranoia**.

La prevalencia de la **esquizofrenia** en España se estima que es de alrededor del 0,5-1% de la población general, lo que significa que unas 200.000 personas en España pueden tener esta enfermedad mental crónica.

En cuanto a la incidencia, se estima que hay aproximadamente 4 casos nuevos de **esquizofrenia** por cada 100.000 personas por año en España, lo que significa que cada año se diagnostican alrededor de 1.800 nuevos casos en España. No hay diferencias significativas entre países, sexos, razas o grupos socioculturales.³¹

En el caso del **trastorno delirante**, no hay cifras exactas de prevalencia e incidencia en la población española. Sin embargo, se estima que es menos frecuente que la esquizofrenia y afecta a alrededor del 0,1-0,2% de la población general.³²

Es importante tener en cuenta que estos trastornos mentales a menudo están infradiagnosticados debido a la falta de conciencia y conocimiento sobre los síntomas y la estigmatización asociada con las enfermedades mentales. Además, la evaluación y el diagnóstico de estas enfermedades pueden resultar complicados debido a la naturaleza de los síntomas y la necesidad de entrevistas y pruebas exhaustivas con el paciente.

Asimismo, ambas enfermedades pueden presentar una importante discapacidad y limitar significativamente la calidad de vida de quienes las padecen, llegando a ser su impacto en la vida de los pacientes y en su entorno verdaderamente significativo.

En este contexto, el Trabajo de Fin de Grado se enfoca en el estudio de las alucinaciones en los pacientes ingresados en la **Unidad de Agudos del Hospital Miguel Servet de Zaragoza**, siendo

respaldado por la extraordinaria actualidad y notable trascendencia que acompañan a estas patologías.

Cabe resaltar que la presencia de este fenómeno psicopatológico necesita ser investigada con detenimiento y especialización. Es particularmente relevante en la **exploración psiquiátrica** determinar el tipo de alucinaciones que presentan los pacientes, ya sean verbales-acústicas, visuales, olfativas-gustativas, táctiles, corporales, sexuales, entre otras. También es importante considerar el contenido delirante del paciente, como los delirios depresivos, maníacos, esquizofrénicos, paranoicos y formas específicas (Capgras, Cotard).^{33, 34}

Sin embargo, en la actualidad no existe un análisis detallado de la psicopatología específica de las alucinaciones ni una escala adaptada a la clínica actual. En ello radica la relevancia de esta investigación.

En la **literatura internacional**, se han utilizado varias **escalas** para evaluar el tipo y las características de las alucinaciones, como la **Escala para la Valoración de los Síntomas Psicóticos (PSYRATS)**, la **Escala de Valoración de Alucinaciones Auditivas Vocales (AVHRS)**, la **Escala de Evaluación de Alucinaciones Visuales de Estrasburgo (SVS)** y el **Chicago Hallucination Assessment Tool (CHAT)**.^{35, 36, 37, 38, 39, 40, 41}

Estas herramientas permiten medir diferentes aspectos de las alucinaciones, como la frecuencia, la intensidad, la duración, la interferencia en la vida diaria y la valencia emocional. La validación de estos recursos en diferentes idiomas y poblaciones es fundamental para su uso en la práctica clínica y en el ámbito de la investigación.

El **manejo** de las alucinaciones puede involucrar diversas intervenciones, como la terapia farmacológica, la psicoterapia y otros tratamientos complementarios, que se seleccionan en función de la etiología y las características individuales de cada paciente. Por lo tanto, una evaluación rigurosa y detallada de las alucinaciones es fundamental para identificar la mejor estrategia de tratamiento y garantizar un seguimiento adecuado.

Sin embargo, debemos señalar que estas escalas y herramientas actuales pueden presentar ciertas desventajas y limitaciones en la práctica asistencial.

Por un lado, muchas de estas escalas están diseñadas para evaluar alucinaciones específicas, como las auditivas, visuales o táctiles, lo que puede dejar fuera otras formas de alucinaciones menos comunes. Asimismo, estas escalas no consideran factores como el contexto social y cultural en el que se producen las alucinaciones, ni la carga emocional o el impacto funcional que pueden tener en la vida diaria del paciente, influyendo, por tanto, en la interpretación de los resultados.

Por otro lado, se basan en la autodescripción del paciente, lo que puede ser susceptible a la falta de sinceridad o a la subjetividad del mismo.

Otras posibles **limitaciones** incluyen la falta de acuerdo entre los pacientes y los evaluadores en la gravedad de las alucinaciones, la dificultad para evaluar la complejidad y variabilidad de las experiencias alucinatorias, y la falta de sensibilidad para evaluar la respuesta del paciente al tratamiento.⁴¹

En este Trabajo de Fin de Grado se ha creado la **Escala de Alucinaciones del Hospital Miguel Servet Zaragoza (EASZ)** junto a J.L. Día, con el propósito de proporcionar una herramienta científica novedosa que sirva para investigar las alucinaciones en pacientes psiquiátricos y evaluar su asociación con delirios y diagnósticos psiquiátricos. En la documentación del diagnóstico y el análisis de variables médicas y orgánicas relacionadas, se mantiene la confidencialidad del paciente.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN E HIPÓTESIS DE TRABAJO

Objetivo general:

Documentar y analizar las alucinaciones presentadas por una muestra de pacientes de la **Unidad de Agudos del Hospital Miguel Servet** aplicando la **nueva Escala de Alucinaciones Servet Zaragoza (EASZ)** diseñada en colaboración con el Doctor Día, para demostrar su utilidad y reproducibilidad.

Objetivos específicos:

1. Detallar la semiología de las alucinaciones y sus tipos en una muestra específica de pacientes con **Trastorno Mental Grave (TMG)**, ingresados en la **Unidad de Agudos de Psiquiatría del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS)**.
2. Investigar la posible relación entre las alucinaciones y **factores médicos/orgánicos** en los pacientes, documentando la presencia de estas condiciones en la muestra.
3. Desarrollar una **escala o cuestionario** estructurado que permita registrar el tipo y las cualidades de las alucinaciones, con la **máxima descripción psicopatológica**.
4. Hacer hincapié en la **funcionalidad** y la **consistencia** de la escala de forma que pueda ser aplicada en investigaciones futuras, así como en la práctica clínica habitual.
5. Una vez presentada la escala con los resultados y demostrada su utilidad clínica, se realizarán los **estudios de validez interna y fiabilidad** de la EASZ.

A continuación, se presentan las **hipótesis** en que persigue nuestro trabajo:

1. Las alucinaciones en pacientes con psicosis presentan una **alta complejidad sensorial y fenomenológica**, que quedará reflejada en nuestra escala (EASZ).
2. Las **alucinaciones de contenido verbal y acústico** serán las más frecuentes en la muestra estudiada.
3. Las **alucinaciones visuales, olfativas, gustativas y corporales**, que han sido escasamente documentadas en estudios previos, tendrán una gran importancia en nuestro estudio y proporcionarán datos relevantes sobre los delirios asociados y la psicopatología.
4. La mayoría de los fenómenos alucinatorios serán de **tipo endógeno**, y se encontrarán escasos factores orgánicos, salvo los tóxicos, destacando el alcohol y la cocaína.
5. La **Escala de Alucinaciones Servet Zaragoza**, diseñada para este estudio, será una herramienta altamente sofisticada que proporcionará la documentación precisa para el análisis de las alucinaciones y sus correspondientes aspectos clínicos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Se trata de un estudio de tipo **observacional**, basado en metodología **descriptiva**.

La investigación consiste en el **análisis semiológico** de una serie de pacientes con psicosis seleccionados que han sido ingresados en Unidad agudos, llevando a cabo una descripción detallada de la psicopatología y la fenomenología de las alucinaciones y sus tipos.

Participantes

La muestra fue de 20 participantes, 13 hombres y 7 mujeres, con un amplio rango de edad, entre 20 y 80 años, edad media de 50 años, y de distintas razas y etnias. De los 20 participantes, 18 eran de España y 2 de África. En cuanto a su nivel educativo, 12 participantes tenían estudios primarios y 8 estudios universitarios o de grado superior.

La información relativa a los pacientes ha sido **anonimizada** por J.L. Día para evitar la identificación de pacientes individuales (autorizado por el Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad de Aragón -CEICA; Ver anexo 1).

Instrumentos o materiales

Para el desarrollo del estudio se utilizó la **Escala de Alucinaciones Servet Zaragoza (EASZ)**, la cual fue diseñada por la autora del trabajo en colaboración con J.L. Día, revisando con detalle la bibliografía actual, para analizar y estudiar en profundidad las características de las alucinaciones en la psicosis.

Se han empleado herramientas informáticas tales como **Word** y **Excel** para la recogida, procesamiento y análisis de los datos.

Procedimiento

En primer lugar, se llevó a cabo una **amplia revisión bibliográfica** de la psicopatología de las escalas de alucinaciones existentes en la literatura actual.

Posteriormente, se diseñó la **Escala de Alucinaciones Servet Zaragoza (EASZ)**, que incluye todos los tipos de alucinaciones y sus características más destacadas a analizar, así como posibles diagnósticos diferenciales (Ver anexo 2).

La muestra de pacientes fue seleccionada por J.L. Día Sahún, intentando incluir pacientes que presentaran alucinaciones relativas a los diferentes tipos descritos en la literatura, con el propósito de ilustrar la máxima riqueza psicopatológica posible. La semiología de las alucinaciones reflejada en la EASZ refleja el estadio de mayor gravedad del paciente.

Análisis estadístico

Se realizó un **estudio descriptivo** de los resultados obtenidos, reflejándolos en **tablas** según el tipo de alucinación, las características relevantes, y los datos epidemiológicos y tratamiento de la muestra a estudio. Se calcularon las frecuencias absolutas y relativas en la muestra, para ver la prevalencia de cada tipo de alucinación en nuestro grupo de pacientes y las características más reseñables.

No se realizó una estadística bivariante o multivariante, dado que la finalidad del estudio es meramente descriptiva de las variables a estudio y sus frecuencias.

Consideraciones éticas

El estudio involucró una muestra de 20 pacientes con psicosis que habían sido ingresados en la **Unidad de Agudos del Hospital Miguel Servet**, tratados por J.L. Día durante el año 2022.

El Doctor Día informó a los pacientes de que se les iba a pasar una escala que estaba en proceso de diseño como parte de un estudio de Trabajo de Fin de Grado, con el fin de obtener su consentimiento y respetar así el derecho de autonomía de los pacientes. Se proporcionaron los resultados de la escala de manera anonimizada, para proteger la privacidad de los pacientes y mantener la confidencialidad de los datos. Como se ha destacado anteriormente, el **Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad de Aragón -CEICA-** autorizó la realización de nuestro estudio (*Ver anexo 1*).

Limitaciones del estudio

1. La muestra (N=20) no es aleatoria, pero sí es **representativa** de una muestra de pacientes psicóticos ingresados en la Unidad de Agudos de Psiquiatría.
2. Los 20 pacientes fueron seleccionados por presentar **clara clínica psicótica** (endógena u orgánica), y riqueza clínica en la semiología de los trastornos senso-perceptivos.
3. Los **fenómenos delirantes, y la clínica relativa a la afectividad** no son reflejadas en el estudio.
4. Para completar la validez de la escala harán falta **estudios de validez interna y de fiabilidad inter-examinadores** que serán llevados a cabo en futuras investigaciones.

RESULTADOS

Tras el análisis detallado de las cualidades y la fenomenología asociada a cada tipo de alucinación, hemos diseñado la **Escala de Alucinaciones Servet Zaragoza (EASZ)**, que se expone a continuación de forma exhaustiva. Para facilitar su aplicación y su reproducibilidad, la hemos estructurado también en formato de **tabla** (*Ver anexo 2*).

Escala Alucinaciones Servet Zaragoza (EASZ). 2023.

I. Alucinaciones auditivas

- 1) Lugar de origen de las voces, palabras, sonidos: ¿escuchados en su cabeza o fuera, en el entorno?**
 - a. Espacio exterior: "en el exterior", "fuera de mí", "Detrás de mí, como susurro al oído, o a través de la pared (de vecindad)
 - b. Espacio interior o corporal: "En mi cabeza", "en mi interior", "partes del cuerpo" (diferente a mis pensamientos), "En mi oído, un chip auricular"
- 2) Relación del paciente con las voces: ¿cómo le afectan estas voces al paciente?**
 - a. Positiva: "me acompañan, me aconsejan, como la voz de la conciencia, "comentan lo que hago", "me ayudan"
 - b. Negativa: "me acosan, denigran, insultan, me influyen negativamente"
 - c. Directiva: "me ordenan hacer cosas, me obligan, manipulan, ordenan"
- 3) Intensidad del fenómeno alucinatorio auditivo:**
 - a. Ocasional: solo eventual, intermitente, apenas percibido. No influye de manera determinante en la vida del paciente. "Oigo mi nombre", "me llaman", "oigo palabras sueltas"
 - b. Constante: insistentes, constantes, a todas horas.
 - c. Omnipresente: el mundo alucinatorio se hace omnipresente. Las voces y su elaboración delirante ya suplen al mundo real. Hay diálogos con las voces.
- 4) Conciencia de enfermedad y crítica a las alucinaciones auditivas:**
 - a. Crítica positiva: "son voces que no existen, pero las oigo", "no me las creo", "no son mías"
 - b. Indiferencia: ajenas al yo. "no me afectan"
 - c. De alusión y autorreferencia: "se refieren a mí, a mi persona", "comentan mi pasado, mi presente, mi pensamiento, el futuro"
 - d. En primera persona: "mi propia voz", "voices que se me escapan y oyen los demás", "eco del pensamiento" (típico del automatismo mental de G de Clérambault).⁴²
 - e. En segunda persona: voces alusivas, increpantes, hacia la persona.
 - f. En tercera persona: voces dialogantes. "hablan entre ellos, discuten, dialogan, comentan sobre mí"
- 5) Contenido de la percepción alucinatoria:**
 - a. Bajo una forma elemental (acoasmas): un leve roce, silbidos, zumbidos, frotos, susurros, murmullos...
 - b. Bajo la forma de palabras y voces (fonemas)
 - c. Formando melodías, sonidos musicales
 - d. Bajo un lenguaje enigmático, indescifrable
- 6) Atribución delirante: ¿qué significado tienen estas voces?**
 - a. Sí: "es Dios el que me habla", "me dicen cosas", "me maneján"
 - b. No: "no me afectan", "no tienen que ver conmigo"
- 7) Complejidad de las alucinaciones musicales:**
 - a. Simples o elementales: ruidos, acúfenos, pitidos rítmicos
 - b. Complejas: claras alucinaciones musicales, canciones
- 8) Pensamiento sonoro, eco del pensamiento, difusión del pensamiento, control del pensamiento.**
 - a. Presente
 - b. Ausente
- 9) Contenido y significado de las alucinaciones verbales:**
 - a. Contenido persecutorio: en la paranoia. "mi vida corre peligro", "oigo que quieren matarme", "conspiran contra mí", "se ríen de mí"

- b. Contenido sexual: en la erotomanía (susurros y voces amorosas) y en delirios de apreciarían erótica (delirios de apreciación y de depreciación, con acusaciones delirantes por masturbación u homosexualidad). De Castilla del Pino, estudios sobre el delirio.⁴³
- c. De apreciación hipertímica o delirio de grandeza, megalomanía o de alta cuna: "voces que hablan sobre mi grandeza", de aplauso y ánimo en la fase de manía.
- d. De depreciación melancólica: de acusación, de burla y de condena. Propio de la depresión o melancolía delirante.
- e. Sobre "una falta" o "un secreto penoso": propio de los delirios sensitivos de referencia, de relación de Kretschmer (ver "la culpa masturbatoria").⁴⁴

10) Atribución y construcción delirante de las voces. Expresión y comunicación de las alucinaciones verbales:

- a. El paciente pude llevar años oyendo voces, y negarlo, o no tener necesidad de comunicarlo.
- b. El paciente, lo niega, pero se queda perplejo, escucha, interrumpe la conversación, mira hacia un lado u otro, o contesta, dialoga con sus voces, con su interlocutor imaginario.
- c. El paciente acude a consulta con tapones en los oídos, auriculares. "para no oír las voces que me hablan constantemente"
- d. El paciente pregunta: "¿usted también las oye?", "¿por qué me pregunta?", "todos los saben". "¿cómo sabe usted eso?", "Usted se burla de mí, oigo que me insulta, oigo su voz"

11) Causalidad de las voces:

- a. Psicosis endógena: esquizofrenia, psicosis aguda, trastorno esquizo-afectivo, trastorno bipolar, paranoia (trastorno delirante persistente).
- b. Psicosis de causa orgánica: psicosis tóxica (especificar), psicosis lesional (especificar), demencia, u otras.

II. Alucinaciones visuales

1) Complejidad de las imágenes percibidas en el espacio exterior:

- a. Elementales (fotopsias): lucescillas, llamaradas, destellos de colores. "veo puntos negros", "veo algodones"
- b. Simples: "veo una hoja verde, flotar delante de mí, intento cogerla y se va", "unas líneas negras que bajan del techo" (por ejemplo, en el inicio de una alucinosis alcohólica)
- c. Complejas: figuras, personas, animales, escenas, dibujos decorativos, transformación caleidoscópica. "Un plato volante, enorme, de colores, suspendido en el aire, encima del puente de Piedra" (ejemplo de alucinaciones visuales complejas en un paciente con Esquizofrenia y delirio parafrénico)

2) Segundo el contenido:

- a. Objetos: aparatos, objetos familiares, objetos extraños, o incluso objetos "nunca vistos"
- b. Animales: "un gato que me mira, sus ojos", zoopsis, fenómenos de metamorfosis ("un perro, un lobo, pero es mi madre, o el demonio"
- c. Personas: "veo a hombres vestidos de gris, que se acercan, me miran, hablan entre ellos, se ríen, pasan a mi lado, y desaparecen" (ejemplo de alucinaciones visuales en un paciente con Síndrome de Charles Bonnet)

3) Segundo la cualidad:

- a. Color: sangre, manchas
- b. Difuminadas: imprecisas, pinturas o imágenes deformes

4) Segundo el dinamismo (estática o movimiento):

- a. Estáticas: manchas fijas, fotografías, cuadros
- b. Dinámicas: escena en movimiento, que se transforma

5) Segundo el tamaño:

- a. Normal: adecuado al entorno
- b. Micropsias: imágenes minúsculas ("liliputienses")
- c. Macropsias: imágenes gigantes, enormes ("gulliverianas")

6) Segundo la tonalidad afectiva:

- a. Positiva: visiones místicas y éxtasis de felicidad, amor (como en la manía o psicosis místicas, theomanias)
- b. Negativa: visiones de muerte, de destrucción, apocalipsis, fantasmas atroces, demonios (ejemplos en algunas melancolías, delirios religiosos de posesión demoniaca)

- 7) Alucinaciones visuales en relación con el sueño:**
- Alucinación hipnopómica: alucinación auditiva, visual o táctil que se produce durante o justo antes del despertar, duermevela.
 - Alucinación hipnagógica: alucinación que se produce justo antes de quedarse dormido
- 8) Alucinaciones de la heautoscopia:** (según Jaspers, autoscopia implica: “percibir el cuerpo en el mundo exterior como un segundo ‘yo’, bien como percepción o representación)⁵
- Alucinación autoscópica: una alucinación en la cual uno se ve a sí mismo (Charles Féré 1852-1907)²
 - Alucinación de los dobles: “veo a otros como yo”
- 9) Paraeidolias:** fantasías creadoras de impresiones imperfectas de los sentidos. “las nubes, el cielo como un campo de batalla, con tanques y soldados, con grandes lanzas”
- Presente
 - Ausente
- 10) Alucinaciones mnésicas, ecmnésicas o del recuerdo** (Kalhbaum): visuales, de carácter escénico, relacionadas con la vida anterior.¹⁵ “me vi en la niñez, jugando en la casa familiar”
- Presente
 - Ausente
- 11) Alucinaciones de la privación sensorial:** ceguera, sordera, amputación de un miembro
- Síndrome de Charles Bonnet (De Morsier. 1967)⁴⁵
 - Síndrome del miembro fantasma: persistencia sensorial del miembro amputado
- 12) Alucinaciones visuales negativas:** la imagen desaparece del campo visual. “veo su ausencia, invisible”, “veo solo las huellas que deja al andar, pero no el cuerpo”, “está ahí, noto su presencia, pero se hace invisible”
- Presentes / Ausentes

III. Alucinaciones olfatorias

- 1) Localización de la alucinación olfativa:**
- Externas: en el mundo exterior. Asociado a delirio de perjuicio, propio de la paranoia y la esquizofrenia (tóxico letal, “me envenenan”, a través del aire, de los tubos de conducción, del gas)
 - Internas: en el mundo interior (auto-olfativas). “desprendo mal olor”. Delirio hipocondríaco o tipo Cotard (“huelo a podrido, a mis órganos descompuestos”, propio de la melancolía hipocondríaca)
- 2) Segundo la modalidad de percepción:**
- Agradable: a dulce, a colonia, a flores, “de santidad”
 - Desagradable: malos olores, olores extraños, inefables, con frecuencia nauseabundos, escatológicos, cacosmia (alucinaciones de olores especialmente repulsivos), olores tóxicos
 - Neutro: sin significado especial para el paciente
- 3) Segundo tipo y contenido de la percepción, independientemente de la repercusión afectiva:**
- De contenido humano: secreciones corporales (sudor, semen)
 - Del entorno: del extracuerpo (ropa, accesorios), de los objetos circundantes, del entorno, del aire
 - De sustancias: polvos, gustos amargos, olor a sustancias (café, leche, agua)
- 4) Diagnóstico diferencial de las alucinaciones olfativas con:**
- Estados psicóticos endógenos: melancolía y manía psicótica, esquizofrenias y psicosis endógenas
 - Trastornos obsesivos de base corporal, tipo desprendimiento de mal olor corporal. Frecuentes lavados con cremas y necesidad de exploraciones y tratamientos higiénicos, buscando mejorar el olor corporal.
 - En los estados de éxtasis: olor agradable. “en su boca y olfato, un sabor celestial”. Formas psicóticas de la manía (ver ejemplos de Henri Ey).⁴⁶
 - Alucinaciones paroxísticas del olfato: marcador lesional en epilepsia jacksoniana, crisis uncinadas, epilepsia parcial y compleja, psicomotora, con alucinaciones olfativas y gustativas.

IV. Alucinaciones gustativas

Asociadas con frecuencia a las alucinaciones olfativas

1) Cualidades de la alucinación gustativa:

- a. Disestesia, alteración de la cualidad perceptiva del sabor: sabor persistente, sabor fijo ("a cebollas", "a metálico")
- b. En forma de crisis psicótica: percepción delirante, interpretación, intuición delirante de un sabor
- c. Alucinación gustativa franca: un nuevo sabor se impone y revela un delirio; "el sabor a veneno"

2) Atribución delirante: ¿qué significado tienen las alucinaciones gustativas para el paciente?

- a. No: sin claro delirio paranoide o de perjuicio sobre su persona. "mal sabor", deterioro de los alimentos o toxinas
- b. Sí: atribución paranoide clara. Causalidad y atribución delirante, delirio de perjuicio; típico de delirio paranoide y esquizofrenia. "la comida envenenada", "mi vida corre peligro", "lo noto en el sabor de la bebida"
- c. Valorar conductas de negativismo, de oposición, rechazo a la ingesta y situofobia

3) Causalidad de las alucinaciones gustativas en el paciente:

- a. Delirios melancólicos, de mal olor, de putrefacción corporal
- b. Delirios paranoicos, de perjuicio, esquizofrenia, de venenos, tóxicos
- c. Crisis epiléptica uncinada (del lóbulo temporal, uncus): "el aura", o crisis ictal, en forma de repentino sabor amargo, rancio, metálico, quemante; asociado a cambios de conciencia, perplexidad de la crisis parcial compleja
- d. Disgeusias orgánicas, lesionales: por neuropatías periféricas o centrales (tipo avitamnosis, síndrome de Sjögren, atrofia mucosa, quemaduras, boca séptica, tóxicos)

V. Alucinaciones táctiles y de sensibilidad superficial (alucinaciones hápticas)

Tipos de sensibilidad táctil:

- Sensibilidad cutánea superficial (táctil superficial)
- Sensibilidad térmica: calor y frío
- Sensibilidad dolorosa (nociceptiva)
- Sensibilidad profunda, visceral, ósea, articular

1) Segundo la percepción del paciente:

- a. Activas: el paciente experimenta la vivencia (ha tocado la piel de otro, ha tocado, un objeto distante, se ha contaminado o ensuciado -trastorno neurótico obsesivo-, ha tocado un tóxico, una secreción)
- b. Pasivas: ser tocado, manoseado, empujado, acariciado

2) Segundo su calidad fenomenológica:

- a. Térmicas: anormal percepción de calor, de quemazón, de frío, de hielo
- b. Hápicas: relacionadas con la sensibilidad cutánea superficial (táctil superficial), de roce, de presión, de tocamiento. "Una mano me toca", "me manipula el cuerpo y cambia mi forma de la cara"
- c. Figurativas: "chorro de agua caliente, agua fría, que no moja"
- d. De formicación (de hormigas): picotazos, parásitos bajo o sobre la piel, escozor dérmico. "Una invasión de parásitos que me picotea". Delirio ectodérmico y zoopsias.
- e. Dolorosas: relacionadas con la sensibilidad nociceptiva. Distinguir del trastorno somatomorfo y dolor psicógeno.

3) Diagnóstico diferencial de las alucinaciones táctiles:

- a. Delirio dermatozoico/parasitario/ectodérmico: delirios de infestación parasitaria
- b. Alucinaciones visuales: zoopsias ("bichos y mosquitos"), microzoopsias. Descartar consumo de tóxicos (alcohol, cocaína, anfetaminas, belladonna)
- c. Delirium: predominan las alucinaciones visuales que afectan a la superficie corporal.
- d. Alucinaciones táctiles de la psicosis endógena: esquizofrenia, trastornos psicóticos afectivos.

VI. Otras modalidades de alucinaciones

Alucinaciones genitales y sexuales (alucinaciones táctiles profundas): “manoseos, orgasmos, violaciones”. Fenómenos de posesión tipo “incubus y sucubus” (incubo y súcubo).

1) Alucinaciones genitales y sexuales según su calidad:

- a. Simples: “noto picor, manoseo, un calor en los genitales, me manipulan los genitales”
- b. Complejas: violaciones o relaciones sexuales durante el sueño. Pueden generar delirios de embarazo o de violación.
- c. De recuerdo: “diversas actividades sexuales impuestas por un compañero cercano, lejano, identificable o no, como de recuerdo”

Alucinaciones cinestésicas o motrices: alucinaciones de la psicomotricidad y de la movilidad (sentidos kinestésicos -cinéticos- órganos vestibulares). Sentimiento delirante de control e inhibición exterior:

2) Alucinaciones cinestésicas o motrices según su calidad:

- a. Movimientos de impulsión, activos, involuntarios. “ser manejado, empujado, con hilos, a distancia”, “me mueven los miembros a distancia”, “soy una marioneta”.
- b. Sensación de ser bloqueado en un gesto, en un movimiento: “ser paralizado”

Alucinaciones cenestésicas y del espacio corporal: afectan al ‘yo’ corporal e interno. Vivencias de transformación corporal, de vísceras y órganos, de manipulación física.

3) Alucinaciones cenestésicas y del espacio corporal según su calidad:

- a. Dolorosas: órganos desgarrados, retorcidos, estirados
- b. Parestesias: picores, hiperestesias, disestesias

4) Análisis fenomenológico de las alucinaciones cenestésicas:

- a. De despersonalización somatopsíquica: el propio cuerpo, órganos y miembros, pueden ser vividos como extraños, transformados, cambiados o incluso ausentes del cuerpo, “robados”
- b. Percepciones álgidas: parestesias, vividas en la corporalidad, los órganos, o tejidos (descargas eléctricas, corrientes)
- c. Alucinaciones genitales: “tocamientos, roces, dolor o quemazón”
- d. De cambio de tamaño y de deformación de órganos
- e. Alucinaciones negativas de corporalidad: “me roban órganos, noto su ausencia”, “me siento vacío por dentro”, “empequeñecido”

Alucinaciones de la sensibilidad propioceptiva:

5) Alucinaciones de la sensibilidad propioceptiva según su calidad:

- a. Síndrome de la mano alien (Alien Hand Syndrome, “anarchic hand syndrome”, o Doctor Strangelloce syndrome): “esta no es mi mano, no la reconozco, la muevo con mi voluntad, pero no es la mía”, “mi mano se mueve fuera de mi voluntad, hace lo que quiere, me la mueven otros”⁴⁷
- b. Alucinación de movimiento articular: “soy como una marioneta, movida por ellos, a distancia”, “sacudidas, empujones, y manipulación interior, a todas horas”
- c. Cambios alucinatorios en la percepción del peso: pesadez anormal, ligera, levedad, ingrávidez. “siento que levito, que no peso, que se me lleva el viento”, “peso toneladas, de tan gran enormidad y masa, que hago cambiar la tierra de órbita”

Alucinaciones reflejas: un estímulo táctil, acústico, verbal, externo, puede provocar una alucinación propioceptiva o cenestésica (“al oír la voz, sentí que me apretaban el estómago”)

6) Existencia o no de alucinaciones reflejas: Presentes / Ausentes

Alucinaciones de no existencia física (negación, nihilismo, “no existo”). Posible relación con la melancolía.

7) Diagnóstico diferencial de las alucinaciones de no existencia física:

- a. Síndrome de Cotard.
- b. Síndrome de despersonalización: extrañeza yoica, desrealización
- c. Crisis de angustia, histeria, somatizaciones, síndrome de Briquet

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

A continuación, se presenta la **descripción del perfil epidemiológico y clínico de cada paciente** de la muestra analizada, así como su **diagnóstico principal** y el **tratamiento** que están recibiendo.

CASO	PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CUADRO CLÍNICO	TRATAMIENTO
1	Varón de 78 años casado. Posee estudios primarios. Invalidez laboral.	Esquizofrenia paranoide grave crónica. Actual reagudización.	Delirios inconexos de tipo místico, delirio de identidad y de tocamiento. También sufre alucinaciones verbales, alucinaciones de carácter táctil ("quemazos", del infierno) y de éxtasis o grandeza ("alegría por Dios", "un profeta"). Oye voces que le hablan y le ordenan. Dice creer que su esposa es falsa.	Clozapina + Zuclopentixol + Paliperidona inyectable
2	Varón de 47 años de edad soltero. Vive solo y no tiene trabajo. Posee estudios superiores universitarios. Consumo de tóxicos (tetrahidrocannabinol). Historia de abuso sexual.	Trastorno paranoide	Delirios de persecución, de agresiones y abusos sexuales, así como de tocamientos.	Aripripazol + Olanzapina
3	Varón de 24 años, soltero, vive con sus padres. Grado superior. Niega consumo de tóxicos.	Esquizofrenia paranoide.	Cuadro psicótico consistente en alucinaciones verbales corporales, de manipulación de su propio cuerpo, así como alucinaciones gustativas. Delirios de identidad familiar ("falsos padres").	Olanzapina
4	Varón de 31 años. Antecedentes de consumo de tóxicos (tetrahidrocannabinol). Niega consumo actual.	Esquizofrenia hebefrénica	Alucinaciones auditivas, así como delirios místicos, delirios de grandeza y delirios paranoides.	Clozapina + Valproico
5	Mujer de 74 años, divorciada, con estudios primarios. Un hijo sufre un cuadro psicótico. Antecedentes de cáncer de mama, mioma uterino que requirió histerectomía, y litiasis renal.	Esquizofrenia paranoide	Alucinaciones auditivas en forma de voces, alucinaciones táctiles ("por una medium"), y un delirio de control.	Risperidona inyectable + Olanzapina
6	Varón de 26 años, estudiante universitario. Actual consumo de alcohol y de tetrahidrocannabinol.	Psicosis	Cuadro de más de un año de evolución consistente en alucinaciones auditivas ("lectura del pensamiento").	Olanzapina + Risperidona
7	Mujer de 77 años, viuda desde hace 7 años. Madre de 3 hijos.	Psicosis	Delirio paranoide con ideas de perjuicio, alucinaciones verbales, alucinaciones acústicas, así como olfativas.	Quetiapina + Perfenazina
8	Mujer de 62 años, subsahariana. Divorciada. Con dos hijos. Estudios básicos (lectura). Empleada de la limpieza.	Psicosis paranoide	Alucinaciones verbales y en ideas delirantes de perjuicio (cree que la van a echar de casa, que huele mal, que es mala, que tiene el piso sucio, que no paga las facturas...). Pensamiento mágico.	Perfenazina
9	Varón de 71 años, soltero, con estudios universitarios. Cardiopatía (insuficiencia mitral, arritmia cardíaca por fibrilación auricular).	Esquizofrenia paranoide	Delirios de persecución, con alucinaciones verbales de control ("un dispositivo cerebral"), y alucinaciones de la sensibilidad nociceptiva (dolores corporales).	Olanzapina + Paliperidona
10	Varón de 60 años, soltero, con estudios universitarios. Tutelado, y en situación de jubilación por enfermedad. Abuso de alcohol.	Psicosis paranoide	Presenta delirios de perjuicio de vecindad, de control y de influencia, así como alucinaciones auditivas.	Amisulpirida
11	Varón de 39 años, soltero, subsahariano. Estudios básicos. Abuso de tetrahidrocannabinol. Accidente de tráfico, traumatismo craneoencefálico sin secuelas.	Trastorno de conducta	Cuadro psicótico consistente en alucinaciones de carácter auditivo, y alteraciones de la conducta (el paciente incendia contenedores, "para quemar las palabras que oye").	Latuda (Lurasidona) 74 mg cada 24 horas

12	Mujer de 80 años, divorciada y sin hijos. Buen nivel cultural y autonomía en su vida diaria. Hipertensión arterial.	Psicosis de inicio tardío. Sin demencia.	Alucinaciones intensas con delirios de perjuicio, de vecindad.	Quetiapina 200 mg + Cariprazina 3 mg
13	Varón de 44 año, folie a deux con su madre. Posee estudios primarios. Invalidez laboral. Abuso de alcohol.	Psicosis esquizofrénica	Alucinaciones verbales (predominantes) y delirios de identidad, erotomanía y megalomanía. Nula conciencia de enfermedad.	Olanzapina + Aripripazol
14	Mujer de 45 años, divorciada. Buen nivel cultural. No trabaja. Reciente duelo. Historia de fibromialgias y de síndrome de hipersensibilidad múltiple. Tratamientos previos de bioenergía y quiropraxia.	Psicosis de base corporal, forma hipocondriaca	Alucinaciones corporales (alucinaciones de la sensibilidad profunda), que afectan a órganos, músculos y tendones; así como alucinaciones auditivas.	Amisulpiride
15	Mujer de 47 años, casada, sin hijos. Estudios nivel grado superior. Situación de invalidez laboral. No consumo de alcohol ni de otros tóxicos.	Diagnóstico previo esquizo-afectivo o esquizofrenia hebefrénica. Repetidos.	Psicosis desorganizada, con alucinaciones corporales, de embarazo y de perjuicio hacia su esposo.	Perfenazina (8 x 2) + Quetiapina 400 mg
16	Varón de 67 años, casado, con 4 hijos. Historia de abuso de alcohol. Fumador severo. Hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica.	Esquizofrenia crónica. Curso en brotes	Alucinaciones verbales que considera normales, y alucinaciones visuales (sobre "entes y seres extraños"); así como delirios mesiánicos, delirios religiosos de identidad y de dobles. Nula conciencia de enfermedad. Falsa identificación hacia su esposa y hacia su familia.	Clozapina + Zuclopentixol
17	Varón de 33 años, soltero. Médico inactivo.. No ingesta de alcohol ni otros tóxicos.	Psicosis esquizofrénica	Predominio de delirios de control sobre su identidad, su persona y su corporalidad y emociones. También sufre un delirio paranoide persecutorio añadido, así como alucinaciones verbales, táctiles superficiales, cenestésicas y de la sensibilidad profunda.	Paliperidona oral e inyectable + Olanzapina
18	Varón de 34 años, soltero, que vive solo. Alcoholismo severo y abuso previo de anfetaminas y tetrahidrocannabinol. Tabaquismo. Hepatopatía secundaria al alcoholismo. Delirium asociado a alcohol.	Psicosis orgánica asociada a alcohol	Presenta alucinaciones verbales intensas y alucinaciones visuales imprecisas. Delirios de perjuicio intenso, con delirios paranoídes.	Disulfiram, Benerva, Clometiazol, Diazepam, Quetiapina, Tiaprinal
19	Mujer de 43 años. Vive con su pareja. Estudios universitarios. Actualmente no trabaja. No consumo de alcohol ni otros tóxicos.	Diagnóstico previo de esquizofrenia. Varios ingresos previos	Alucinaciones verbales, de la corporalidad y genitales, así como delirios de perjuicio y genitales. Nula conciencia de enfermedad y rechazo total al tratamiento.	Zuclopentixol depot
20	Varón de 20 años. Músico. Consumo previo de Psilocibina, con experiencias psicóticas (psicodislépticas) transitorias. Consumo ocasional de tetrahidrocannabinol.	Episodio psicótico	Alucinaciones verbales, acústicas y delirios de perjuicio, persecutorios de tema político, así como delirios de identidad familiar y de impostores.	Perfenazina + Quetiapina

El **objetivo** de nuestro estudio era crear una Escala que permitiera evaluar de manera detallada y concisa las características de las alucinaciones en pacientes con psicosis. Para lograrlo, llevamos a cabo una revisión exhaustiva de la literatura existente y de las escalas de alucinaciones previamente utilizadas, con el fin de identificar posibles limitaciones y abordarlas en una escala más completa y detallada. La finalidad última de esta escala es que pueda ser utilizada por otros investigadores y

psiquiatras para el análisis psicopatológico de pacientes con fenómenos alucinatorios, lo que permitirá una evaluación más precisa por parte de diversos profesionales.

Después de aplicar la escala en la muestra de pacientes seleccionada, se obtuvieron una serie de **resultados** (*Ver anexo 3*). Basándonos en estos hallazgos y su interpretación, hemos organizado la información en **tablas descriptivas**, tanto de forma general como por tipo de alucinaciones.

TABLA DESCRIPTIVA GENERAL

TIPOS DE ALUCINACIONES	Nº DE PACIENTES	SEXO		MARGEN DE EDAD	EDAD MEDIA	NIVEL DE ESTUDIOS		TÓXICOS
		VARONES	MUJERES			PRIMARIO	UNI/GRADO	
Alucinaciones auditivas	18	13	5	20-80	50'56	11	7	8
Alucinaciones visuales	8	7	1	20-80	44'375	5	3	4
Alucinaciones olfatorias	2	0	2	45-77	61	3	0	0
Alucinaciones gustativas	1	0	1	80	80	1	0	0
Alucinaciones táctiles y de sensibilidad superficial	6	5	1	33-78	57	3	3	2
Otras modalidades de alucinaciones	17	7	4	24-80	47'27	10	7	4
Alucinaciones genitales y sexuales (táctiles profundas)	4	1	3	43-80	54'25	1	3	1
Alucinaciones cinestésicas o motrices	5	4	1	24-80	49'4	2	3	1
Alucinaciones cenestésicas y del espacio corporal	9	5	4	24-80	47'67	9	6	2
Alucinaciones de la sensibilidad propioceptiva	3	2	1	24-45	34	1	2	0
Alucinaciones reflejas	3	3	0	39-71	56'67	1	2	2
Alucinaciones de no existencia física	2	1	1	31-47	39	2	0	1
MUESTRA GENERAL	20	13	7	20-80	50'1	12	8	8

Alucinaciones auditivas-verbales según Escala Alucinaciones Servet Zaragoza (EASZ):

ALUCINACIONES AUDITIVAS		
	NÚMERO DE PACIENTES (frecuencia absoluta)	PORCENTAJE DE LA MUESTRA (frecuencia relativa)
TOTAL DE PACIENTES (n = 20)	18	0'9
CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS		
SEXO		
Varones	13	0'72
Mujeres	5	0'28
EDAD MEDIA	50'56	
CARACTERÍSTICAS ANALIZADAS		
LUGAR DE ORIGEN		
Exterior	15	0'83
Interior	8	0'44
RELACIÓN CON LAS VOCES		
Positiva	4	0'22
Negativa	13	0'72
Directiva	11	0'61
SEGÚN LA INTENSIDAD		
Ocasional	6	0'33
Constante	9	0'5
Omnipresente	3	0'17
CONCIENCIA DE ENFERMEDAD Y CRÍTICA		
Critica positiva	1	0'055
Indiferencia	0	0
De alusión y autorreferencia	15	0'83
En primera persona	0	0
En segunda persona	12	0'67
En tercera persona	1	0'055
CONTENIDO DE LA PERCEPCIÓN		
Forma elemental (acosmas)	6	0'33
Forma de palabras y voces (fonemas)	16	0'89
Formando melodías, sonidos musicales	1	0'055
Bajo un lenguaje enigmático	4	0'22
ATRIBUCIÓN DELIRANTE		
Sí	16	0'89
No	2	0'11
COMPLEJIDAD ALUCINACIÓN MUSICAL		
Simples o elementales	1	0'055
Complejas	2	0'11
ECO DEL PENSAMIENTO		
Presente	6	0'33
CONTENIDO Y SIGNIFICADO		
Persecutorio	13	0'72
Sexual	3	0'17
De apreciación hipertímica	5	0'28
De apreciación melancólica	3	0'17
Sobre una "falta" o un "secreto penoso"	5	0'28
EXPRESIÓN Y COMUNICACIÓN		
No lo comunica	2	0'11
Lo niega	6	0'33
Acude con tapones, auriculares	3	0'17
Pregunta, suspicaz	8	0'44
CAUSALIDAD DE LAS VOCES		
Psicosis endógena	17	0'94
Psicosis de causa orgánica	1	0'055
TRATAMIENTO ADMINISTRADO		
Clozapina	3	0'17
Zuclopentixol	3	0'17
Paliperidona	3	0'17
Aripripazol	2	0'11
Olanzapina	7	0'39
Valproico	1	0'055
Risperidona	2	0'11
Quetiapina	4	0'22
Perfenazina	3	0'17
Sulpirida	1	0'055
Lurasidona	1	0'055
Cariprazina	1	0'055
Tiaprilazal	1	0'055

Tal y como se expone en las mismas, se puede observar que las **alucinaciones auditivas** son las más prevalentes en la muestra estudiada, presentándose en casi todos los pacientes (18 de 20). Estas alucinaciones son principalmente **de origen externo y de carácter ocasional**, siendo las palabras o voces de alusión y autorreferencia las más comunes, lo que resulta desagradable para los pacientes.

La **atribución delirante** se da en 16 de 18 pacientes. Los fenómenos de “eco del pensamiento” se dan en 6 pacientes, y el contenido de las alucinaciones es persecutorio en su mayoría, mientras que en 5 de 18 casos es hipertímico o megalomaníaco.

La mayoría de las voces se atribuyen a un cuadro de psicosis endógena, señalando la esquizofrenia paranoide, la esquizofrenia hebefrénica y el trastorno paranoide, como las **entidades diagnósticas** más frecuentemente relacionadas.

La **escala EASZ** comprobamos que describe con claridad la fenomenología alucinatoria verbal-acústica, y aporta -en comparación con otras escalas- aspectos clínicos relevantes para entender este tipo de alteraciones sensoperceptivas.

La **Maastricht assessment of coping strategies (MACS-I)**, se aplica a una muestra específica de pacientes con esquizofrenia, valorando el “coping” o afrontamiento de los pacientes antes las voces, y en relación con entrevistas estructuradas previas como: BPRS, PANSS, PSE. Nuestra escala EASZ, no precisa de entrevistas previas, se extrae directamente de la clínica.⁴⁸

La **escala específica de “creencias sobre las voces” (The beliefs about voices questionnaire) (BVAQ)** hace hincapié en la “omnipotencia de las voces”; en nuestra muestra, y con nuestra escala, en solo 3 casos de 18, encontramos este factor de gravedad.⁴⁹

En el **estudio de Junginger y cols.**, a partir de una muestra de 57 pacientes con alucinaciones verbales, se encuentra correlación entre voces internas vs. externas, y la gravedad de los síntomas. En nuestro estudio queda pendiente el análisis específico de las alucinaciones verbales de origen externo (presentes en 15 casos), mientras que en 5 casos existe coexistencia.⁵⁰

En nuestro medio, disponemos de la validación de la escala: **Auditory Vocal Hallucination Rating Scale (AVHRS)** y la **Positive and Useful Voices Inquiry (PUVI)**, de **Esther Lorente-Rovira y cols.** Dicha escala mide aspectos como: el número de voces, que sea hipnagógica vs. hipnopómica, frecuencia, duración, localización, volumen, contenido negativo vs. positivo, gravedad del contenido, angustia, control, y si se dan en primera, segunda o tercera persona. Nuestra escala es más rica fenomenológicamente, y aporta más información sobre contenido y significado de las voces, expresión y comunicación.⁵¹

Alucinaciones visuales según Escala Alucinaciones Servet Zaragoza (EASZ):

ALUCINACIONES VISUALES		
	NÚMERO DE PACIENTES (frecuencia absoluta)	PORCENTAJE DE LA MUESTRA (frecuencia relativa)
TOTAL DE PACIENTES (n = 20)	8	0'4
CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS		
SEXO		
Varones	7	0'875
Mujeres	1	0'125
EDAD MEDIA	44'375	
CARACTERÍSTICAS ANALIZADAS		
COMPLEJIDAD DE LAS IMÁGENES		
Elementales (fotopsias)	1	0'125
Simples	1	0'125
Complejas	2	0'25
SEGÚN EL CONTENIDO		
Objetos	1	0'25
Animales	1	0'25
Personas	1	0'25
SEGÚN LA CUALIDAD		
Color, sangre, manchas	0	0
Imágenes difuminadas	3	0'375
SEGÚN EL DINAMISMO		
Imágenes estáticas	0	0
Imágenes en movimiento	3	0'375
SEGÚN EL TAMAÑO		
Normal	2	0'25
Micropsias	1	0'125
Macropsias	0	0
SEGÚN LA TONALIDAD AFECTIVA		
Positiva	1	0'125
Negativa	2	0'25
EN RELACIÓN CON EL SUEÑO		
Alucinaciones hipnopómicas	4	0'5
Alucinaciones hipnagógicas	0	0
ALUCINACIONES DE LA HEAUTOSCOPIA		
Alucinación autoscópica	1	0'125
Alucinación de los dobles	2	0'5
PARAEIDOLIAS		
Presente	5	0'625
ALUCINACIONES MNÉSICAS		
Presente	3	0'375
ALUCINACIONES DE LA DEPRIVACIÓN		
Síndrome de Charles Bonnet	0	0
Síndrome del miembro fantasma	0	0
ALUCINACIONES VISUALES NEGATIVAS		
Presente	2	0'25
TRATAMIENTO ADMINISTRADO		
Olanzapina	1	0'125
Clozapina	2	0'25
Valproico	1	0'125
Sulpirida	1	0'125
Lurasidona	1	0'125
Quetiapina	1	0'125
Cariprazina	1	0'125
Zuclopentixol	1	0'125
Quetiapina	2	0'25
Tiaprízal	1	0'125
Perfenazina	1	0'125

Las **alucinaciones visuales** aparecen en nuestra muestra en una frecuencia relativa de 0,4 (8 de 20 pacientes), predominando en varones (7 de 8) y con una edad media de presentación de 44 años. Se describen en nuestra escala con claridad aspectos relacionados con la complejidad, contenido, calidad, dinamismo, tamaño, y tonalidad afectiva de las mismas.

Nuestra escala es similar a la **escala “Strasbourg Visual Scale”, 2021**, que describe en sus ítems: forma única vs. múltiple, forma clara o imprecisa, opaca o transparente, tamaño, color, formas y movimientos.⁵²

La **escala EASZ** es más completa a nivel fenomenológico, basándose solo en la clínica minuciosa del paciente y añadiendo otros aspectos relevantes como: la presencia de alucinaciones hipno e hipnagógicas, fenómenos autoscópicos, alucinaciones mnésicas, y de la “deprivación”, para completar con las alucinaciones visuales negativas, encontradas en dos casos de la muestra.

El excelente trabajo de **R C Teeple**, documenta los tipos de alucinaciones visuales en los síndromes de Charles Bonnet y Anton Síndrome, y la patología orgánica asociada. No hemos encontrado descripciones clínicas de “alucinaciones negativas visuales”, descritas por J.L. Día.^{53, 54}

Se describen además los tipos de antipsicóticos utilizados, siendo los más frecuentes: olanzapina y quetiapina en 4 casos. En más estudios se podría profundizar en este aspecto y confirmar esta tendencia terapéutica.

Llama la atención en nuestra escala la frecuente presentación de paraeidolias, en 5 casos. El trabajo complejo de Y Mamiya, describe el Test específico de paraeidolias en pacientes con Demencias tipo Alzheimer y de cuerpos de Lewy.

Llama la atención la presencia de alucinaciones mnésicas, o del recuerdo, en tres pacientes; un tipo de alucinaciones no reflejadas en las escalas estudiadas para nuestro trabajo.

Nuestra valoración en la **escala EASZ**, es descriptiva y clínica, y no precisa procedimientos específicos de valoración.⁵⁵

Alucinaciones olfativas y gustativas según Escala Alucinaciones Servet Zaragoza (EASZ):

ALUCINACIONES OLFACTORIAS		
	NÚMERO DE PACIENTES (frecuencia absoluta)	PORCENTAJE DE LA MUESTRA (frecuencia relativa)
TOTAL DE PACIENTES (n = 20)	2	0'1
CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS		
SEXO		
Varones	0	0
Mujeres	2	0'5
EDAD MEDIA	61	
CARACTERÍSTICAS ANALIZADAS		
SEGÚN LA LOCALIZACIÓN		
Externas	2	1
Internas	0	0
SEGÚN LA MODALIDAD DE PERCEPCIÓN		
Agradable	0	0
Desagradable	2	1
Neutro	0	0
SEGÚN TIPO Y CONTENIDO DE LA PERCEPCIÓN		
De contenido humano	0	0
Del entorno	1	0'5
De sustancias	1	0'5
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL		
Estados psicogénos endógenos	2	1
Trastorno obsesivo de base corporal	0	0
Estados de éxtasis		
Alucinaciones paroxísticas del olfato	0	0
TRATAMIENTO ADMINISTRADO		
Quetiapina	1	0'5
Perfenazina	1	0'5
Amisulpiride	1	0'5

ALUCINACIONES GUSTATIVAS		
	NÚMERO DE PACIENTES (frecuencia absoluta)	PORCENTAJE DE LA MUESTRA (frecuencia relativa)
TOTAL DE PACIENTES (n = 20)	1	0'05
CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS		
SEXO		
Varones	0	0
Mujeres	1	1
EDAD MEDIA	80	
CARACTERÍSTICAS ANALIZADAS		
SEGÚN SU CALIDAD		
Disestesia	0	0
En forma de crisis psicótica	1	1
Alucinación gustativa franca	0	0
ATRIBUCIÓN DELIRANTE		
Sí	0	0
No	1	1
Valorar conductas	0	0
CAUSALIDAD DE LAS ALUCINACIONES		
Delirios melancólicos	0	0
Delirios paranoicos, de perjuicio, EQZ	1	1
Crisis epiléptica uncinada	0	0
Disgeusias orgánicas, lesionales	0	0
TRATAMIENTO ADMINISTRADO		
Quetiapina	1	1
Cariprazina	1	1

Nuestra escala EASZ documenta ampliamente la semiología de alucinaciones olfativas y gustativas, con gran precisión.

El mejor estudio en la población general sobre alucinaciones olfativas es de **E. Wehling**, sobre una muestra poblacional de 8000 individuos de 18 a 96 años, documenta una prevalencia por vida del 4,2 %. Describe también las alucinaciones asociadas más frecuentes, verbales, táctiles, basadas en la escala Launay-Slade Hallucinations Scale, no conocida en nuestro entorno.⁵⁶

El trabajo de K.E Lewandowski, por su parte, asocia las alucinaciones olfativas y gustativas a las alucinaciones táctiles.⁵⁷

En nuestra muestra de N=20, documentamos dos casos, mujeres, de 61 años edad media, que revelan alucinaciones olfativas externas, desagradables, del entorno o relacionadas con sustancias tóxicas, con delirios de perjuicio y tratadas con amisulpiride, pefenazina y quetiapina.

Destaca que no encontramos en nuestra muestra casos de alucinaciones olfativas propias de la melancolía, o de delirio de “desprendimiento mal olor corporal” (olfactory reference syndrome).

El **estudio de L.R McGuire**, explica muy bien el correlato clínico de las alucinaciones olfativas en la esquizofrenia, asociadas más con depresión e ideas de perjuicio, y paranoides.⁵⁸

Las **alucinaciones gustativas** documentadas en nuestra escala EASZ, son escasas, solo una paciente entre 20. En forma de crisis psicótica, en paciente de 80 años. Llama la atención la escasa presencia de alucinaciones gustativas en nuestra muestra, sabiendo la relativa frecuencia con la que se presentan en forma de delirios de envenenamiento de la psicosis paranoide y la esquizofrenia.⁵⁹

Cabe destacar la **dificultad semiológica** a la hora de definir correctamente este tipo de alucinaciones sensoperceptivas.

Alucinaciones táctiles y de sensibilidad superficial según Escala Alucinaciones Servet Zaragoza (EASZ):

ALUCINACIONES TÁCTILES Y DE SENSIBILIDAD SUPERFICIAL		
	NÚMERO DE PACIENTES (frecuencia absoluta)	PORCENTAJE DE LA MUESTRA (frecuencia relativa)
TOTAL DE PACIENTES (n = 20)	6	0'3
CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS		
SEXO		
Varones	5	0'83
Mujeres	1	0'17
EDAD MEDIA	57	
CARACTERÍSTICAS ANALIZADAS		
SEGÚN LA PERCEPCIÓN DEL PACIENTE		
Activas	0	0
Pasivas	4	0'67
SEGÚN SU CUALIDAD FENOMENOLÓGICA		
Térmicas	2	0'33
Hápticas	6	1
Figurativas	0	0
De formación	0	0
Dolorosas	1	0'17
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL		
Delirio dermatozoico	0	0
Alucinaciones visuales	0	0
Delirium	0	0
Alucinaciones de la psicosis endógena	6	1
TRATAMIENTO ADMINISTRADO		
Clozapina	1	0'17
Zuclopentixol	1	0'17
Paliperidona	3	0'5
Aripiprazol	1	0'17
Olanzapina	4	0'67
Risperidona	1	0'17
Lurasidona	1	0'17

A nivel epidemiológico, en nuestra muestra (20 pacientes en total), las **alucinaciones táctiles y de sensibilidad superficial** se dan en 6 pacientes, 5 de ellos varones, de edad media de 57 años. Cabe mencionar que todas las alucinaciones táctiles y de sensibilidad superficial documentadas en nuestra muestra están asociadas a psicosis endógenas (psicosis paranoide, esquizofrenias).

Son tratadas en su mayor parte con olanzapina (4 casos) y paliperidona (3 casos), y en una pauta basada en la combinación de antipsicóticos.

Las **alucinaciones táctiles** descritas con nuestra escala no están asociadas a delirios de infestación parasitaria, ni a alucinaciones visuales, tipo microzoopsias. Se trata de pacientes con esquizofrenia, que son “tocados”, “empujados”, o sienten “corrientes eléctricas en la piel”.

En cuanto a la **cualidad fenomenológica** de las alucinaciones táctiles descritas en nuestra escala, destacan las formas hápticas, térmicas y dolorosas.

El trabajo de Berrios⁶⁰ es un clásico de la psicopatología alucinaciones táctiles, y describe la fenomenología de este tipo de alucinaciones de una forma amplia y compleja.

Señalar que el **delirio de parasitos, o síndrome de Eckbom**, es un delirio “monosintomático de base corporal”, con alucinaciones visuales, en forma de microzoopsias (“bichos sobre la piel”) que no ha sido documentado en nuestra muestra.⁶¹

Nuestra **escala** es capaz de documentar ampliamente la semiología de las alucinaciones táctiles superficiales.

Otras modalidades de alucinaciones según Escala Alucinaciones Servet Zaragoza (EASZ):

OTRAS MODALIDADES DE ALUCINACIONES		
	NÚMERO DE PACIENTES (frecuencia absoluta)	PORCENTAJE DE LA MUESTRA (frecuencia relativa)
OTRAS MODALIDADES DE ALUCINACIONES EN GENERAL		
TOTAL DE PACIENTES (n = 20)	11	0'55
CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS		
SEXO		
Varones	4	0'36
Mujeres	7	0'64
EDAD MEDIA	47'27	
ALUCINACIONES GENITALES Y SEXUALES (ALUCINACIONES TÁCTILES PROFUNDAS)		
TOTAL DE PACIENTES (n = 20)	4	0'2
CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS		
SEXO		
Varones	1	0'25
Mujeres	3	0'75
EDAD MEDIA	54'25	
CARACTERÍSTICAS ANALIZADAS		
SEGÚN SU CUALIDAD		
Simples	1	0'25
Complejas	3	0'75
De recuerdo	2	0'5
TRATAMIENTO ADMINISTRADO		
Aripiprazol	1	0'25
Olanzapina	1	0'25
Quetiapina	2	0'5
Cariprazina	1	0'25
Perfenazina	1	0'25
Zuclopentixol	1	0'25
ALUCINACIONES CINESTÉSICAS O MOTRICES		
TOTAL DE PACIENTES (n = 20)	5	0'25
CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS		
SEXO		
Varones	4	0'8
Mujeres	1	0'2
EDAD MEDIA	49'4	
CARACTERÍSTICAS ANALIZADAS		
SEGÚN SU CUALIDAD		
Movimientos de impulsión, involuntarios	5	1
Sensación de ser bloqueado	1	0'2
TRATAMIENTO ADMINISTRADO		
Olanzapina	3	0'6
Paliperidona	2	0'4
Lurasidona	1	0'2
Quetiapina	1	0'2
Cariprazina	1	0'2
ALUCINACIONES CENESTÉSICAS Y DEL ESPACIO CORPORAL		
TOTAL DE PACIENTES (n = 20)	9	0'45
CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS		
SEXO		
Varones	5	0'55
Mujeres	4	0'44
EDAD MEDIA	47'67	
CARACTERÍSTICAS ANALIZADAS		
SEGÚN SU CUALIDAD		
Dolorosas	5	0'55
Parestesias	4	0'44
ANÁLISIS FENOMENOLÓGICO		
De despersonalización somatopsíquica	1	0'11
Percepciones algidas	6	0'66
Alucinaciones genitales	4	0'44
De cambio de tamaño y deformación	0	0
Alucinaciones negativas	0	0
TRATAMIENTO ADMINISTRADO		
Aripiprazol	1	0'11
Olanzapina	4	0'44
Paliperidona	2	0'22
Lurasidona	1	0'11
Quetiapina	2	0'22
Cariprazina	1	0'11
Amisulpiride	1	0'11
Perfenazina	1	0'11
Zuclopentixol	1	0'11

ALUCINACIONES DE LA SENSIBILIDAD PROPIOCEPTIVA		
TOTAL DE PACIENTES (n = 20)	3	0'15
CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS		
SEXO		
Varones	2	0'66
Mujeres	1	0'33
EDAD MEDIA	34	
CARACTERÍSTICAS ANALIZADAS		
SEGÚN SU CUALIDAD		
Síndrome de la mano alien	2	0'66
Alucinación del movimiento articular	2	0'66
Cambios alucinatorios en el peso	0	0
TRATAMIENTO ADMINISTRADO		
Olanzapina	2	0'66
Amisulpiride	1	0'33
Paliperidona	1	0'33
ALUCINACIONES REFLEJAS		
TOTAL DE PACIENTES (n = 20)	3	0'15
CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS		
SEXO		
Varones	3	1
Mujeres	0	0
EDAD MEDIA	56'67	
TRATAMIENTO ADMINISTRADO		
Olanzapina	1	0'25
Paliperidona	1	0'25
Sulpirida	1	0'25
Lurasidona	1	0'25
ALUCINACIONES DE LA NO EXISTENCIA FÍSICA		
TOTAL DE PACIENTES (n = 20)	2	0'1
CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS		
SEXO		
Varones	1	0'5
Mujeres	1	0'5
EDAD MEDIA	39	
CARACTERÍSTICAS ANALIZADAS		
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL		
Síndrome de Cotard	0	0
Síndrome de despersonalización	2	1
Otros	0	0
TRATAMIENTO ADMINISTRADO		
Clozapina	1	0'5
Perfenazina	1	0'5
Quetiapina	1	0'5

Las **alucinaciones cenestésicas y del espacio corporal** son las segundas más comunes en nuestro grupo de pacientes (9 en total), seguidas de las alucinaciones visuales (8 en total).

Las alucinaciones cenestésicas son principalmente **de carácter álgido**, presentándose en forma de percepciones dolorosas. Además, alrededor del 40% de la muestra experimenta este tipo de percepciones a nivel de los genitales.

El **trabajo de J. Dirk Blom**, es esclarecedor y documenta las alucinaciones sexuales en pacientes esquizofrénicos. De una muestra de pacientes graves, N=30, 13 pacientes (43%) presentaban alucinaciones sexuales, la mayoría multimodales, afectando también en forma de alucinaciones táctiles, somáticas, cenestésicas y verbales.⁶²

Nuestra **escala EASZ**, creemos que tiene validez, y fiabilidad para documentar este tipo de alucinaciones. Las alucinaciones sexuales y genitales, según J.Dirk Blom, están infravaloradas, y mal documentadas en los pacientes de forma general, a pesar de su gravedad y frecuencia.⁶²

La aplicación de nuestra escala puede aportar visibilidad y mejoría en la exploración psicopatológica.

Otro aspecto que es importante destacar es la posible influencia de **factores epidemiológicos** en el cuadro psicótico experimentado por los pacientes. En primer lugar, se observó que las alucinaciones auditivas y cenestésicas o del espacio corporal fueron más prevalentes en la porción de la muestra con un nivel educativo más básico. Por otra parte, de los participantes del estudio, se identificaron dos pacientes de origen africano, ambos manifestando alucinaciones auditivas. Por último, en relación

al consumo de tóxicos, se observó que ocho de los 20 pacientes de la muestra consumen o presentan un historial de abuso de sustancias como el alcohol y el tetrahidrocannabinol. En este grupo de pacientes, se observó que la totalidad de ellos experimentó alucinaciones auditivas, mientras que la mitad experimentó alucinaciones visuales y, un porcentaje menor, otros tipos de alucinaciones, como alucinaciones táctiles profundas, cinestésicas, cenestésicas, alucinaciones reflejas y de la no existencia física.

En cuanto al **tratamiento**, hemos plasmado en una tabla el tratamiento que recibe cada uno de los pacientes de nuestra muestra en términos generales, sin atender la posología de cada fármaco (Ver anexo 4). En nuestra muestra, hemos constatado que los antipsicóticos atípicos, como la olanzapina y la quetiapina, son los medicamentos más utilizados para tratar a pacientes psicóticos que experimentan alucinaciones.

Los antipsicóticos atípicos parecen ser más efectivos que los antipsicóticos típicos debido a su capacidad para actuar sobre la dopamina y la serotonina, con un menor riesgo de producir efectos secundarios extrapiramidales. En particular, la olanzapina y la quetiapina son dos antipsicóticos atípicos que han demostrado ser eficaces en el tratamiento de la psicosis y las alucinaciones. Sin embargo, la olanzapina puede producir aumento de peso y un mayor riesgo de diabetes, mientras que la quetiapina puede provocar somnolencia y bajada de tensión arterial.

Debemos destacar que cada paciente es único y puede responder de manera diferente a los diferentes antipsicóticos, por lo que la elección del medicamento debe ser individualizada y basada en la evaluación clínica y los efectos secundarios potenciales. Así, es común que en algunos casos se requiera cambiar la familia de medicamentos o incluso el fármaco específico varias veces hasta encontrar la respuesta adecuada y esperada en el paciente.

Finalmente, en relación a los **objetivos** del estudio, hemos logrado crear una escala completa y detallada que incluye todos los tipos de alucinaciones documentados en la literatura y aborda la mayoría de sus aspectos semiológicos. Sumado a esto, esta herramienta es fácil de aplicar y puede ser utilizada por cualquier profesional de manera sencilla y directa, tal y como pretendíamos inicialmente.

Sin embargo, la extensión de la escala y la necesidad de realizar entrevistas largas y tediosas pueden limitar su uso, especialmente en pacientes psiquiátricos con estas características, donde en ocasiones la comunicación, la reciprocidad y la veracidad del contenido pueden resultar todo un reto. De igual modo, la inclusión de más aspectos clínicos como antecedentes familiares de patología psiquiátrica, antecedentes farmacológicos y la influencia del nivel sociocultural y educativo podría mejorar la escala, aunque es importante tener en cuenta la dificultad de incluir tantas variables en una escala que sea ágil y asequible. En este sentido, la **informatización de la escala** podría ser una perspectiva futura interesante, lo que permitiría la automatización del análisis de datos y la creación de un informe preciso; así como también podría resultar de utilidad la traducción de la misma a otros idiomas.

CONCLUSIONES

Como detallamos al comienzo del Trabajo, la finalidad del mismo era diseñar una escala amplia y precisa que permitiera caracterizar todos los tipos de alucinaciones descritos en la psicopatología actual. Para ello, seleccionamos una muestra representativa de pacientes que nos permitiera ilustrar la riqueza fenomenológica de este síntoma psicótico y estudiarlo en detalle. Como reflejamos, nuestro objetivo no era evaluar la incidencia o prevalencia de las alucinaciones, sino representarlas y definirlas de una forma detallada.

Los resultados obtenidos respaldan nuestra idea inicial y sugieren que la escala EASZ puede ser **válida, fiable y reproducible** para documentar la diversidad de los tipos de alucinaciones.

Todavía pendiente de estudios de validez interna y fiabilidad interexaminadores; la EASZ es la escala más completa de la literatura internacional, y logra integrar todo tipo de alucinaciones posibles, mientras que la mayoría de las escalas previamente documentadas se centraban en el análisis de un solo tipo de alucinación.

Como se hipotetizaba al inicio, las **alucinaciones verbales-acústicas** son las más ampliamente documentadas, con un total de 18 casos reportados. Las siguen las alucinaciones cenestésicas o de la corporalidad interna (9 casos), las alucinaciones visuales (8 casos), las alucinaciones de la sensibilidad táctil y superficial (6 casos) y las cinestésicas o motrices (5 casos).

Se confirma que el diagnóstico principal asociado a esta fenomenología es el de **psicosis endógena**, incluyendo esquizofrenias, trastornos delirantes y trastornos esquizoafectivos. Los **cuadros orgánicos** están mínimamente representados, y no se reflejan alucinosis orgánicas.

En relación a los **tóxicos** asociados al diagnóstico inicial, llama la atención la alta prevalencia del consumo de tetrahidrocannabinol (THC), de alcohol, y un caso de psicodislépticos (tipo psilocibina).

La EASZ debería ser completada, por tanto, en futuros estudios, con **variables epidemiológicas de tipo personal**, como, por ejemplo: presencia o ausencia del consumo de tóxicos, en particular, THC y alcohol.

En este sentido, algunas **recomendaciones de cara a próximas investigaciones** podrían ser la informatización de la escala, de forma que ayude al análisis de los resultados. También podría ser interesante realizar un estudio de carácter aleatorio, con una muestra más amplia de pacientes, que permitiría realizar una evaluación más objetiva que la llevada a cabo en este caso, y valorar de nuevo su aplicabilidad.

Por otro lado, se trata de una escala prometedora que podría tener relevancia en la práctica clínica de las **unidades de Psiquiatría**. Su aplicación es sencilla y puede ser llevada a cabo por profesionales con conocimientos básicos acerca de la psicopatología y con cierta experiencia en el manejo de estos pacientes. Así, su implementación podría tener un impacto significativo a nivel profesional, tanto en la evaluación inicial del paciente, como, sobre todo, en el seguimiento y evolución de este fenómeno sensoperceptivo.

Hemos creado, por tanto, una escala que unifica en cierto modo las escalas anteriores y que, aun con las limitaciones propias de una herramienta que acaba de surgir, se muestra muy prometedora de cara a la práctica futura por parte de los profesionales de Salud Mental. En futuros estudios será interesante fortalecer su aplicabilidad y validación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vallejo Ruiloba J. Introducción a la Psicopatología y La Psiquiatría + Studentconsult En Español. Elsevier Health Sciences; 2011.
2. Oyebode F. Sims. Síntomas Mentales: Manual de Psicopatología Descriptiva. 6a ed. Elsevier; 2019.
3. Día JL. Despersonalización, disociación y desrealización. [Internet]. Día JL. 2023. [citada 9 abril 2023]. Disponible en: <https://sites.google.com/site/jldiasahun2/home/despersonalizacion-disociacion>
4. Cabaleiro AM. Deja Vu and Jamais Vu in Temporal Lobe Epilepsy: A Study of Neurocognitive Phenomena. European Neurology. 2012;67(1):9-15.
5. K. Jaspers. Psicopatología General. F.C.E. México. 2^a edición. 1.996.
6. A. Sims. Symptoms un the mind. An introduction to descriptive psychopathology. Ed. W.B. Saunders Company LTD. Second edition.1999.
7. Serrano-Delgado, A. (2013). La ilusión como fenómeno clínico y estético. Revista de Neurología, 57(1), 25-31.
8. Berrios GE. The history of mental symptoms: descriptive psychopathology since the nineteenth century. Cambridge University Press; 1996. p. 148-149.
9. De las Cuevas C. Psicopatología descriptiva clásica y moderna. Actas Esp Psiquiatr. 2008;36(5):297-304.
10. Henry Ey. « Traité des Hallucinations ». Tomo I y Tomo II. Ed. Claude Tchou. Bibliothèque des introuvables. 2004. París.
11. Aguilar-Vafaie ME. Alucinaciones y psicosis: aproximaciones a la comprensión de la experiencia psicótica. Salud Ment. 2014;37(4):295-302.
12. Naasan G, Shdo SM, Piryatinsky I, et al. Psychosis in neurodegenerative disease: differential patterns of hallucination and delusion symptoms. Brain. 2021 Mar;144(3):999-1012.
13. Koehler K. Wernicke's contribution to the study of alcoholic hallucinosis. J Hist Neurosci. 2010;19(1):34-46.
14. G.E.Berrios. The mental history of mental symptoms. Descriptive psychopathology since the nineteenth century. Ed. Cambridge University Press. 1996.
15. Día JL. Semiología de los trastornos sensoperceptivos. [Internet]. Día JL. 2023. [citada 9 abril 2023]. Disponible en: <https://sites.google.com/site/jldiasahun2/semiolog%C3%ADadelostrastornossenso-perceptivos>
16. Alonso Fernández F. Alucinaciones: Concepto y clasificación. Psiquiatría.com. 2006;10(5):222-229.
17. Moreau de Tours, J. (1845). Du hashish et de l'aliénation mentale: études psychologiques. Baillière.
18. Séglas J., Des Troubles du langage chez les Aliénés, Rueff Editeurs, Paris, 1892.
19. Schneider, K. (1959). Clinical Psychopathology. Grune & Stratton.
20. Lifton RJ, Lothane H. The Nazi Doctors: Medical Killing and the Psychology of Genocide. Basic Books; 1982.
21. Hecaen, H. (1978). Introduction à la neuropsychologie. Masson.
22. Peng, K. P., & Tseng, C. C. (2018). Olfactory Hallucinations: Differential Diagnosis and Treatment Options. Current treatment options in neurology, 20(5), 18. <https://doi.org/10.1007/s11940-018-0501-4>
23. Bogetto F, Bellino S, Vaschetto P. Trastornos sexuales en la esquizofrenia y en otras psicosis: aspectos clínicos y terapéuticos. Actas Esp Psiquiatr. 2002;30(6):369-376.
24. World Health Organization. (2001). Mental health: Strengthening our response. Fact sheet No. 220. <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>
25. World Health Organization. (2020). The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/978924012455>.

26. Torales J, O'Higgins M, Castaldelli-Maia JM, Ventriglio A. The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *Int J Soc Psychiatry*. 2020 Apr;66(4):317-320. doi: 10.1177/0020764020915212. Epub 2020 Mar 30. PMID: 32223686.
27. National Institute of Mental Health (2022). Awareness of mental and physical wellbeing. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. Obtenido el 27 de marzo de 2023 de <https://www.ipsosexpo.com/en-ca/news-polls/world-mental-health-day-2022>
28. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2018). Encuesta Nacional de Salud Mental 2017 [PDF]. Recuperado de https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD_MENTAL.pdf
29. Ministerio de Sanidad. (2021). Encuesta Nacional de Salud: Informe 2017. Recuperado el 27 de marzo de 2023, de https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD_MENTAL.pdf
30. Confederación Salud Mental España. (2020). Estudio sobre Estigma y Salud Mental en España. Recuperado el 27 de marzo de 2023, de <https://consaludmental.org/wp-content/uploads/2020/12/Informe-estudio-sobre-estigma-y-salud-mental-en-Espana-2020.pdf>
31. Bobes J, Arango C, García-García M, Rejas J. Prevalencia de la esquizofrenia en la población española. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2010;3(2):90-97. doi: 10.1016/S2173-5050(10)70026-6.
32. Mayoral-van Son J, Rodríguez-Domínguez S, Rojo-Ramos J, Pérez-García G. Trastornos delirantes: revisión y actualización. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2018;11(4):219-229. doi: 10.1016/j.rpsm.2017.08.002.
33. Hallucinations: Clinical aspects and management. Suprakash Chaudhury. *Ind Psychiatry J*. 2010 Jan-Jun; 19(1): 5–12.
34. Klemperer F. Ghosts, visions, voices. *BMJ*. 1992;305:1518–9.
35. Haddock G, McCarron J, Tarrier N, Faragher EB. Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: the psychotic symptom rating scales (PSYRATS). *Psychol Med*. 1999 Sep;29(4):879-89.
36. Palomares-García I, López-Díaz Á, González-Blanch C, García-Álvarez L, García-Portilla MP, Saiz PA, Bobes J. Different measures for auditory hallucinations in populations with psychosis. The Validation of the Spanish versions of the Auditory Vocal Hallucination Rating Scale (AVHRS) and the Positive and Useful Voices Inquiry (PUVI). *Eur Psychiatry*. 2021 Mar 4;64(1):e23.
37. Jenner JA, Van de Willige G. AUDITORY VOCAL HALLUCINATION RATING SCALE (AVHRS). *Psychosis*. 2013 Jul 1;5(3):238-42.
38. Giersch A, Huard T, Park S, Rosen C. The Strasbourg Visual Scale: A Novel Method to Assess Visual Hallucinations. *PLoS One*. 2016 Nov 2;11(11):e0166590.
39. Foley DL, Prasad MR, Jasti S, Thiyyagura P, Rajarethinam RP. The Chicago Hallucination Assessment Tool: A Preliminary Validation in Schizophrenia Spectrum Disorder. *Schizophr Bull Open*. 2021 Jan 25;2(1):sgaa077.
40. Kern, R. S., Nuechterlein, K. H., Carlson, H. E., Green, M. F., & Gur, R. E. (2015). Exchange the magnifying glass for a microscope: The Chicago Hallucination Assessment Tool (CHAT). *Schizophrenia bulletin*, 41(suppl_1), S110-S119.
41. Singh SP, Burns T, Amin S, Jones PB, Harrison G. Hallucinations: Clinical aspects and management. *Ind Psychiatry J*. 2006;15(2):79-88.
42. Clérambault G de. Les automatismes mentaux: essai d'une psychologie des hallucinations, des impulsions et des actes automatiques. Paris: Félix Alcan; 1905. 281 p.
43. Castilla del Pino C. Estudios sobre el delirio. Barcelona: Anagrama; 1984. 220 p.
44. Kretschmer E. La culpa masturbatoria en las psicosis delirantes. Madrid: Morata; 2006. p. 174-175.

45. Teunisse RJ, Cruysberg JR, Hoefnagels WH, Verbeek AL, Zitman FG. Visual hallucinations in psychologically normal individuals: Charles Bonnet's syndrome. *Lancet*. 1996 Mar 23;347(9004):794-797.
46. Ey H. *Traité des Hallucinations. Tomo I y Tomo II*. Ed. Claude Tchou. Bibliothèque des introuvables. 2004. Paris.
47. Biran I, Giovannetti T, Buxbaum LJ, Chatterjee A. The alien hand syndrome: What makes the alien hand alien? *Cogn Neurosci*. 2009 Mar 1;1(1):50-56.
48. Chaudhury S. Hallucinations: Clinical aspects and management. *Ind Psychiatry J*. 2010 Jan;19(1):5-12. doi: 10.4103/0972-6748.77625. PMID: 21694785; PMCID: PMC3105559.
49. Chadwick P, Birchwood M. The omnipotence of voices II: The beliefs about voices questionnaire (BVAQ). *Br J Psychiatry*. 1995;166:773-776.
50. Junginger J, Frame CL. Self-Report of the Frequency and Phenomenology of Verbal Hallucinations. *J Nerv Ment Dis*. 1985 Mar;173(3):149-155.
51. Varela G, Rivera-Rei Á, Antoñanzas JL, et al. Different measures for auditory hallucinations in populations with psychosis. The Validation of the Spanish versions of the Auditory Vocal Hallucination Rating Scale (AVHRS) and the Positive and Useful Voices Inquiry (PUVI).
52. Giersch A, Huard T, Park S, Rosen C. The Strasbourg Visual Scale: A Novel Method to Assess Visual Hallucinations. *Front Psychiatry*. 2021;12:685018.
53. Teeple RC, Caplan JP, Stern TA. Visual Hallucinations: Differential Diagnosis and Treatment. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2009;11(1):26-32.
54. Día JL. Psicopatología y fenomenología de las alucinaciones [Internet]. Día JL. 2023 [citado 16 mayo 2023]. Disponible en: https://sites.google.com/site/jldiasahun2/semiologia_alucinaciones.
55. Mamiya Y, Nishio Y, et al. The Pareidolia Test: A Simple Neuropsychological Test Measuring Visual Hallucination-Like Illusions. *PLoS One*. 2016;11(5):e0154713.
56. Wehling E. Olfactory hallucinations in a population-based sample. *Psychiatry Res*. 2021 Oct;304:114117.
57. Lewandowski KE. Tactile, Olfactory, and Gustatory Hallucinations in Psychotic Disorders: A Descriptive Study. *Ann Acad Med Singapore*. 2009 May;38(5):383-385.
58. Langdon R, McGuire J, Stevenson R, Catts SV. Clinical correlates of olfactory hallucinations in schizophrenia. *Br J Clin Psychol*. 2011 Jun;50(2):145-163.
59. Hawkes C. Disorders of Smell and Taste. In: *Office Practice of Neurology (Second Edition)*. 2003. p. 102-112.
60. Berrios GE. Tactile hallucinations: conceptual and historical aspects. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1982;45(4):285-293.
61. J. Leon R, Eduardo Antelo. Delusion of parasitosis or chronic tactile hallucinosis: Hypothesis about their brain physiopathology. *Compr Psychiatry*. 1992 Jan-Feb;33(1):25-33.
62. Blom JD. Sexual Hallucinations in Schizophrenia Spectrum Disorders and Their Relation With Childhood Trauma. *Front Psychiatry*. 2018;9:193.

ANEXOS

Anexo 1

Aprobación de nuestro trabajo por el Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad de Aragón (CEICA).



Informe Dictamen Favorable Trabajos académicos

C.I. PI23/166

19 de abril de 2023

Dña. María González Hinjos, Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

CERTIFICA

1º. Que el CEIC Aragón (CEICA) en su reunión del día 19/04/2023, Acta Nº 08/2023 ha evaluado la propuesta de Trabajo:

Título: Estudio alucinaciones Unidad Agudos Psiquiatría, diagnóstico y tratamiento. Escala alucinaciones Servet

Alumna: Blanca Asín Ros

Tutores: José Luis Díaz Sahún, Pablo Ortega López Alvarado

Versión protocolo: 12/04/2023

Versión documento de información y consentimiento: 12/04/2023

2º. Considera que

- El proyecto se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y los principios éticos aplicables.
- El Tutor/Director garantiza la confidencialidad de la información, la obtención del consentimiento informado y el adecuado tratamiento de los datos, en cumplimiento de la legislación vigente y la correcta utilización de los recursos materiales necesarios para su realización.

3º. Por lo que este CEIC emite **DICTAMEN FAVORABLE a la realización del proyecto.**

Lo que firmo en Zaragoza

GONZALEZ
HINJOS MARIA - MARIA - DNI 03857456B
DNI 03857456B

Firmado digitalmente
por GONZALEZ HINJOS
Fecha: 2023.04.21
13:11:44 +02'00'

María González Hinjos
Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

Anexo 2

Registro cuestionario Escala Alucinaciones Hospital Universitario Miguel Servet. 2023.

ALUCINACIONES AUDITIVAS		
Sí	No	
1. Lugar de origen	a. <i>Exterior</i>	
	b. <i>Interior</i>	
2. Relación del paciente con las voces	a. <i>Positiva</i>	
	b. <i>Negativa</i>	
	c. <i>Directiva</i>	
3. Intensidad	a. <i>Ocasional</i>	
	b. <i>Constante</i>	
	c. <i>Omnipresente</i>	
4. Conciencia de enfermedad y crítica	a. <i>Crítica positiva</i>	
	b. <i>Indiferencia</i>	
	c. <i>De alusión y autorreferencia</i>	
	d. <i>En primera persona</i>	
	e. <i>En segunda persona</i>	
	f. <i>En tercera persona</i>	
5. Contenido de la percepción alucinatoria	a. <i>Bajo una forma elemental (acoasmas)</i>	
	b. <i>Bajo la forma de palabras y voces (fonemas)</i>	
	c. <i>Formando melodías, sonidos musicales</i>	
	d. <i>Bajo un lenguaje enigmático, indescifrable</i>	
6. Atribución delirante	a. <i>Sí</i>	
	b. <i>No</i>	
7. Complejidad de las alucinaciones musicales	a. <i>Simples o elementales</i>	
	b. <i>Complejas</i>	
8. Pensamiento sonoro, eco del pensamiento, difusión del pensamiento, control del pensamiento	a. <i>Presente</i>	
	b. <i>Ausente</i>	
9. Contenido y significado de las alucinaciones verbales	a. <i>Persecutorio</i>	
	b. <i>Sexual</i>	
	c. <i>De apreciación hipertímica, delirio de grandeza, megalomanía o de alta cuna</i>	
	d. <i>De depreciación melancólica</i>	
	e. <i>Sobre "una falta" o "un secreto penoso"</i>	
10. Expresión y comunicación de las alucinaciones verbales	a. <i>No lo comunica</i>	
	b. <i>Lo niega</i>	
	c. <i>Acude con tapones, auriculares</i>	
	d. <i>Pregunta, suspicaz</i>	
11. Causalidad de las voces	a. <i>Psicosis endógena</i>	
	b. <i>Psicosis de causa orgánica</i>	<i>Especificar</i>

ALUCINACIONES VISUALES	
Sí	No
1. Complejidad de las imágenes percibidas	a. Elementales (<i>fotopsias</i>)
	b. Simples
	c. Complejas
2. Según el contenido	a. Objetos
	b. Animales
	c. Personas
3. Según la calidad	a. Color, sangre, manchas
	b. Imágenes difuminadas
4. Según el dinamismo	a. Imágenes estáticas
	b. Imágenes en movimiento
5. Según el tamaño	a. Normal (adecuado al entorno)
	b. Micropsias (alucinaciones "liliputienses")
	c. Macropsias (alucinaciones "gulliverianas")
6. Según la tonalidad afectiva	a. Positiva
	b. Negativa
7. Alucinaciones visuales en relación con el sueño	a. Alucinaciones hipnopómpicas
	b. Alucinaciones hipnagógicas
8. Alucinaciones de la heautoscopia	a. Alucinación autoscópica
	b. Alucinación de los dobles
9. Paraeidolias	a. Presente
	b. Ausente
10. Alucinaciones mnésicas, ecmnésicas o del recuerdo	a. Presente
	b. Ausente
11. Alucinaciones de la depravación sensorial	a. Síndrome de Charles Bonnet
	b. Síndrome del miembro fantasma
12. Alucinaciones visuales negativas	a. Presente
	b. Ausente

ALUCINACIONES OLFACTORIAS	
Sí	No
1. Según la localización	a. Externas
	b. Internas
2. Según la modalidad de percepción	a. Agradable
	b. Desagradable
	c. Neutro
3. Según tipo y contenido de la percepción	a. De contenido humano
	b. Del entorno
	c. De sustancias
4. Diagnóstico diferencial	a. Estados psicogénos endógenos
	b. Trastorno obsesivo de base corporal
	c. Estados de éxtasis
	d. Alucinaciones paroxísticas del olfato

ALUCINACIONES GUSTATIVAS	
Sí	No
1. Segundo su calidad	a. <i>Disestesia, alteración de la cualidad perceptiva del sabor</i>
	b. <i>En forma de crisis psicótica</i>
	c. <i>Alucinación gustativa franca</i>
2. Atribución delirante	a. <i>Sí</i>
	b. <i>No</i>
	c. <i>Valorar conductas de negativismo, de oposición, rechazo a la ingesta y sitiofobia</i>
3. Causalidad de las alucinaciones gustativas	a. <i>Delirios melancólicos</i>
	b. <i>Delirios paranoicos, de perjuicio, esquizofrenia, de venenos, tóxicos</i>
	c. <i>Crisis epiléptica uncinada</i>
	d. <i>Disgeusias orgánicas, lesionales</i>

ALUCINACIONES TÁCTILES Y DE SENSIBILIDAD SUPERFICIAL	
Sí	No
1. Segundo la percepción del paciente	a. <i>Activas</i>
	b. <i>Pasivas</i>
2. Segundo su calidad fenomenológica	a. <i>Térmicas</i>
	b. <i>Hápticas</i>
	c. <i>Figurativas</i>
	d. <i>De formicación</i>
	e. <i>Dolorosas</i>
3. Diagnóstico diferencial de las alucinaciones táctiles	a. <i>Delirio dermatozoico/parasitario/ectodérmico</i>
	b. <i>Alucinaciones visuales</i>
	c. <i>Delirium</i>
	d. <i>Alucinaciones táctiles de la psicosis endógena</i>

OTRAS MODALIDADES DE ALUCINACIONES	
ALUCINACIONES GENITALES Y SEXUALES (ALUCINACIONES TÁCTILES PROFUNDAS)	
Sí	No
1. Según su calidad	a. Simples
	b. Complejas
	c. De recuerdo
ALUCINACIONES CINESTÉSICAS O MOTRICES	
Sí	No
2. Según su calidad	a. Movimientos de impulsión, activos, involuntarios
	b. Sensación de ser bloqueado en un gesto, en un movimiento
ALUCINACIONES CENESTÉSICAS Y DEL ESPACIO CORPORAL	
Sí	No
3. Según su calidad	a. Dolorosas
	b. Parestesias
4. Análisis fenomenológico de las alucinaciones cenestésicas	a. De despersonalización somatopsíquica
	b. Percepciones álgidas
	c. Alucinaciones genitales
	d. De cambio de tamaño y de deformación de órganos
	e. Alucinaciones negativas de corporalidad
ALUCINACIONES DE LA SENSIBILIDAD PROPIOCEPTIVA	
Sí	No
5. Según su calidad	a. Síndrome de la mano alien
	b. Alucinaciones del movimiento articular
	c. Cambios alucinatorios en la percepción del peso
ALUCINACIONES REFLEJAS	
Sí	No
6. Un estímulo táctil, acústico, verbal, externo, provoca una alucinación propioceptiva o cenestésica	a. Presente b. Ausente
ALUCINACIONES DE NO EXISTENCIA FÍSICA	
Sí	No
7. Diagnóstico diferencial de las alucinaciones de no existencia física	a. Síndrome de Cotard
	b. Síndrome de despersonalización
	c. Crisis de angustia, histeria, somatizaciones, síndrome de Briquet

Anexo 3

RESULTADOS ESCALA ALUCINACIONES HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET 2023

PACIENTE	ALUCINACIONES AUDITIVAS											ALUCINACIONES OLFACTORIAS				ALUCINACIONES GUSTATIVAS			ALUCINACIONES TÁCTILES		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	1	2	3	1	2	3
Caso 1	a	c	c	c+e	a	a	/	b	a+c	a+b	a	/	/	/	/	/	/	/	/	a+b	d
Caso 2	a	b	a	e	b	a	/	b	b+e	d	a	/	/	/	/	/	/	/	b	b	d
Caso 3	a	b	a	c	a+b	a	/	b	a	c	a	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Caso 4	a+b	a+c	a	c+e	a+b	a	/	a	a+c	b	a	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Caso 5	a+b	b+c	b	c+e	b	a	/	a	a+d+e	d	a	/	/	/	/	/	/	/	b	b	d
Caso 6	b	b+c	c	c	b	a	b	a	a+d+e	d	a	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Caso 7	a	b+c	b	c+e	b	a	/	b	a+e	d	a	a	b	c	a	/	/	/	/	/	/
Caso 8	a	b+c	b	c+e	a	a	/	b	a	d	a	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Caso 9	a+b	b+c	b	c+e+f	b+d	a	a	a	a	c	a	/	/	/	/	/	/	/	b+e	d	
Caso 10	a	b	b	c	b	a	/	b	a	a	a	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Caso 11	a+b	c	b	c+e	b	a	/	b	a	d	a	/	/	/	/	/	/	/	b	b	d
Caso 12	a	b	a	c	b	a	b	b	a+b	d	a	/	/	/	/	b	b	b	/	/	/
Caso 13	a	a	c	c	b+c	b	/	b	c	b	a	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Caso 14	/	/	/	/	/	/	/	b	/	/	a	b	b	a	/	/	/	/	/	/	/
Caso 15	/	/	/	/	/	/	/	b	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Caso 16	b	a	a	a	b+d	b	/	a	c	b	a	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Caso 17	b	b+c	b	c+e	b	a	/	a	e	b	a	/	/	/	/	/	/	b	a+b	d	
Caso 18	a	b+c	b	c+e	b	a	/	b	a+d	c	b	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Caso 19	a+b	b+c	b	e	a+b	a	/	b	b	b	a	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Caso 20	a	a+b	a	c+e	a+b	a	/	b	a+c	d	a	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

PACIENTE	ALUCINACIONES VISUALES												OTRAS MODALIDADES						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7
Caso 1	/	/	/	/	/	/	/	b	b	b	/	b	/	/	/	/	b	/	/
Caso 2	/	/	/	/	/	/	/	/	b	b	/	b	b+c	/	a	c	/	b	/
Caso 3	c	c	b	b	a	b	a	/	a	b	/	b	/	a	a	a	a+b	b	/
Caso 4	/	/	/	/	/	/	/	a	a	b	/	a	/	/	/	/	b	b	b
Caso 5	/	/	/	/	/	/	/	/	b	b	/	b	/	/	/	/	b	/	b
Caso 6	/	/	/	/	/	/	/	/	b	b	/	b	/	/	/	/	/	b	/
Caso 7	/	/	/	/	/	/	/	b	b	b	/	b	/	/	/	/	/	b	/
Caso 8	/	/	/	/	/	/	/	b	b	b	/	b	/	/	/	/	/	b	/
Caso 9	/	/	/	/	/	/	/	b	b	b	/	b	/	a	b	b	/	a	/
Caso 10	/	/	/	/	/	/	/	a	a	b	/	b	/	/	/	/	/	a	/
Caso 11	/	/	/	/	/	/	/	b	b	b	/	b	/	a	b	b	/	a	/
Caso 12	/	/	/	/	/	/	a	/	b	b	/	b	b	a	a	b+c	/	b	/
Caso 13	/	/	/	/	/	/	/	b	b	b	/	b	/	/	/	/	b	/	b
Caso 14	/	/	/	/	/	/	/	b	b	b	/	b	/	/	a	b	b	b	b
Caso 15	/	/	/	/	/	/	/	b	a	b	/	a	c	/	a	b+c	/	b	b
Caso 16	c	a	b	b	a	a	a	b	a	b	/	b	/	/	/	/	b	/	b
Caso 17	/	/	/	/	/	/	/	b	b	b	/	b	/	a+b	b	b	a	b	/
Caso 18	a+b	b	b	b	b	b	a	/	a	b	/	b	/	/	/	/	b	/	b
Caso 19	/	/	/	/	/	/	/	/	b	b	/	b	a+b	/	b	c	/	b	/
Caso 20	/	/	/	/	/	/	/	b	a	b	/	b	/	/	/	/	b	/	b

Anexo 4

TRATAMIENTO ADMINISTRADO		
TIPO DE FÁRMACO	PACIENTES EN TRATAMIENTO (frecuencia absoluta)	PORCENTAJE DE LA MUESTRA (frecuencia relativa)
ANTIPSICÓTICOS TÍPICOS	7	0'19
Zuclopentixol	3	0'08
Perfenazina	4	0'11
ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS	27	0'73
Clozapina	3	0'08
Paliperidona	3	0'08
Olanzapina	7	0'19
Risperidona	2	0'05
Quetiapina	5	0'135
Sulpirida	1	0'027
Lurasidona	1	0'027
Cariprazina	1	0'027
Amisulpiride	1	0'027
Tiapril	1	0'027
Aripiprazol	2	0'05
ANTIEPILEPTICOS	1	0'027
Valproico	1	0'027
FÁRMACOS HIPNÓTICOS	1	0'027
Clometiazol	1	0'027
Diazepam	1	0'027
FÁRMACOS INTERDICTORES	1	0'027
Disulfiram	1	0'027
TOTAL DE FÁRMACOS	37	