
EVALUACIÓN Y SIGNIFICADO DE LOS PROCESOS COGNITIVOS IMPLICADOS EN LAS ALUCINACIONES AUDITIVAS

ASSESSMENT AND MEANING OF COGNITIVES PROCESSES RELATED TO THE AUDITORY HALLUCINATIONS

ADOLFO J. CANGAS
JOSÉ M. GARCÍA MONTES
PETRA MOLDES
Universidad de Almería
JUAN J. OLIVENCIA
Universidad de Huelva

e-mail: ajcangas@ual.es

RESUMEN

En el presente trabajo se hace un repaso a las principales variables cognitivas y de la emoción presentes en las personas que manifiestan alucinaciones auditivas o que muestran una alta predisposición a las mismas. Se destaca el efecto de las creencias metacognitivas y de control del pensamiento, en consonancia con diversos aspectos sociales y de personalidad. Asimismo, se analizan las repercusiones que estos elementos pueden tener en la evaluación, diagnóstico y tratamiento de las alucinaciones auditivas.

PALABRAS CLAVE

alucinaciones, tendencia a las alucinaciones, cognición, metaconocimiento

ABSTRACT

In the present work a review to the main cognitives and emotional variables is made in patients who show auditory hallucinations or persons that show a high predisposition to hallucinations. The effect of metacognitive beliefs and thought control techniques stands out, in relation to different social and personality aspects. Also, the repercussions are analyzed that these elements can have in the assessment, diagnosis and treatment of the auditory hallucinations.

KEY WORDS

hallucinations, predisposition to hallucinations, cognition, metaknowledge

INTRODUCCIÓN

Las alucinaciones, aunque representan un comportamiento muy llamativo, asociado en muchos casos a trastornos mentales graves, en realidad no se trata de un fenómeno “extraño”. Es más, en la actualidad se han desarrollado diferentes modelos teóricos y trabajos empíricos que permiten precisamente darle todo su “sentido”. Antes de entrar en detalle en estos estudios es necesario, no obstante, hacer un breve repaso al concepto e incidencia de las mismas, centrándonos particularmente en el caso de las alucinaciones auditivas.

Concepto de alucinación

Las alucinaciones constituyen hoy en día un fenómeno fundamental en la Psicopatología sirviendo, de hecho, para el diagnóstico de patologías severas como son los trastornos psicóticos. Sin embargo, su concepto, relevancia y etiología no está exenta de dificultades y controversias que son necesario revisar.

La definición quizá más influyente, presente en los sistemas diagnósticos actuales, es la establecida por Ball (1890) al considerar que la alucinación es una “percepción sin objeto”. En esta dirección el DSM-IV-TR considera que una alucinación se trata de una “percepción sensorial que tiene el convincente sentido de la realidad de una percepción real pero que ocurre sin estimulación externa del órgano sensorial implicado” (APA; 2000, pag. 914).

En esta concepción se destacan principalmente dos aspectos. En primer lugar, que las alucinaciones suponen una alteración de la percepción y, en segundo lugar, que ocurren sin una estimulación adecuada.

Sin embargo, esta definición adolece de varias dificultades. Primeramente, cuando aparecen alucinaciones (fundamentalmente relacionadas con trastornos severos), es común que esté alterada gran parte de los componentes de la personalidad de estos individuos (no sólo los procesos perceptivos). Por ejemplo, en la esquizofrenia es habitual observar la presencia de alucinaciones junto a delirios, alteraciones afectivas u otro tipo de comportamientos desorganizados. De hecho, cuando disminuyen estas alteraciones, también suele darse una mejoría en las alucinaciones (aunque no se hayan tratado directamente) (Husting y Hafner, 1990; Weiss y Weiss, 1998).

En segundo lugar, aunque no se encuentre un estímulo físico presente (como pueden ser voces reales, sonidos, objetos concretos...) esto no significa que las alucinaciones se den en un “vacío”. Para que ocurran, de modo habitual, tiene que haber una historia significativa de la persona relacionada con aspectos impor-

tantes de su pasado. Aquí se incluiría, por ejemplo, la preocupación por diferentes facetas de la vida (como pueden ser aspectos religiosos, sexuales, deseos, etc.), la familiaridad o no con los eventos internos, modo habitual de afrontamiento de las dificultades, etc. Estas características, que el individuo “porta” al presente, junto con diversas claves contextuales (como puede ser estar solo, ser criticado, frustraciones, etc.), influyen para que las alucinaciones cobren su protagonismo y pasen a convertirse en un aspecto *conductual*, más del propio individuo.

De este modo, las alucinaciones tendrían más relación con cambios en las creencias, apreciación o juicio de la realidad, donde habría que considerar la persona en su conjunto. Únicamente las alucinaciones simples, presentes en casos de toxicomanías o de demencias, tendría sentido tratarlas como una cuestión meramente perceptiva, pero no así en el resto de alteraciones.

Incidencia de las alucinaciones en población normal y población clínica

Las alucinaciones no ocurren únicamente ligadas a trastornos psicopatológicos, aunque ciertamente su prominencia es muy importante en el diagnóstico de múltiples alteraciones. Quizá sea la esquizofrenia el diagnóstico tradicional en el que más se ha incidido donde, desde el trabajo de Kurt Schneider (1959), las alucinaciones son consideradas un síntoma de primer rango. En el estudio internacional promovido por la Organización Mundial de Salud (Sartorius, Shapiro & Jablensky, 1974), después de la falta de *insight* (presente en el 97% de los pacientes), en la esquizofrenia las alucinaciones eran el síntoma más frecuente, observándose en el 74% de los casos.

Sin embargo, las alucinaciones también pueden estar presentes en otras alteraciones psicológicas, como pueden ser trastornos afectivos, de personalidad, toxicomanías, demencias, etc. (Altman, Collins y Mundy, 1997; Dhossche, Ferdinand, van der Ende, Hofstra y Verhulst, 2002; Ohayon, 2000; Romme y Escher, 1996; Tien, 1991). Por ejemplo, Romme y Escher (1996) encontraron que ocurrían en el 53% de los sujetos diagnosticados de esquizofrenia, en el 28% de los trastornos afectivos, en el 80% de los trastornos disociativos y en el 13% de los trastornos de personalidad.

Por su parte, la experiencia alucinatoria también puede darse en personas sin ningún trastorno clínico. De hecho, en la población normal es relativamente común la presencia de alucinaciones (Barret, 1992; Bentall y Slade, 1985; Posey y Losh, 1983; Young, Bentall, Slade y Deway, 1986). Así, Barret (1992) encuentra que entre el 30-40% de estudiantes manifiestan oír voces, y casi la mitad de ellos

consideran que las oyen al menos una vez al mes. De igual manera, en una encuesta llevada a cabo en Inglaterra, Alemania e Italia se obtuvo que el 38,7% de los participantes manifiestaban haber tenido experiencias alucinatorias (Ohayon, 2000).

Del mismo modo, mediante procedimientos como la hipnosis, privación sensorial, instrucciones, estimulación ambigua o condicionamiento clásico se puede conseguir que las personas tengan experiencias similares a las alucinaciones (Barber y Calverly, 1964; Li, Chen, Yang, Chen y Tsay, 2002; Feelgood y Rantzen, 1994; Kot y Serper, 2002; Merckelbach y van de Ven, 2001). Por ejemplo, en un experimento donde se decía a los participantes que iban a oír una melodía (que realmente no existía) un porcentaje importante manifiestaban haber oído la canción (Barber & Calverly, 1964; Merckelbach y van de Ven, 2001). De igual modo, en la hipnosis es característico la provocación de alucinaciones (tanto positivas como negativas; es decir que la persona experimente –vea, oiga, sienta– algo que no existe o, al revés, algún elemento presente que actúe como si no estuviese –por ejemplo, que no “ve” un objeto que hay–). También, cuando hay una estimulación ambigua como puede ser, en el laboratorio, la presentación de ruido blanco, hay más probabilidad de que la persona manifieste este tipo de conductas.

Sin embargo, las limitaciones de los estudios en población normal son dos. Por un lado, los instrumentos de evaluación empleados suelen ser cuestionarios o entrevistas que indagan si la persona manifiesta haber tenido realmente experiencias relacionadas con las alucinaciones (como puede ser creer oír la voz de alguien que no está, ver sombras y formas cuando no hay nada presente, escuchar una voz que dice los pensamientos en alto...). Ahora bien, la cuestión probablemente no sea si la persona manifiesta haber experimentado estos hechos sino la repercusión personal que tiene en sus vidas y a qué las atribuye. Es decir, no se trata tanto de que la persona informe, por ejemplo que ha oído su nombre como el significado personal que para la misma puede acompañar “haber oído su nombre”(como pudiera ser la creencia de una “perdida de control”, miedo a “volverse loco”, que le “hable un ser superior”, etc). Igualmente, es diferente achacar que se debió a algún factor fortuito puntual (por ejemplo, excesivo ruido ambiental, cansancio físico, efecto de un hipnotizador...) que creer que aparecen y desaparecen de un modo “misterioso”, que no se puede ejercer ningún control sobre ellas, que tienen un significado oculto, etc.

De este modo, la repercusión y vivencia personal de este tipo de experiencias puede variar enormemente y, precisamente, cuando se relacionan con trastornos psicopatológicos suelen conllevar una gran carga emocional, aspecto que no ocurre en personas sin trastornos psíquicos. Igualmente, las variables responsables de este tipo de comportamiento pueden ser distintas en población normal

y en población clínica. Con personas sin ningún trastorno psicopatológico puede relacionarse con un número limitado de variables (predecibles incluso por la persona que las experimenta). Sin embargo, en los trastornos psicopatológicos suelen estar implicados un mayor número de aspectos, siendo más difícil la atribución de los mismos a un componente específico.

No obstante, a pesar de estas diferencias, qué duda cabe que la investigación con personas sin trastornos psicopatológicos también puede ser útil para estudiar las alucinaciones en población clínica ya que comparten también muchas características comunes (Johns y van Os, 2001; Krabbendam, Myin-Germeys y van Os, 2004; Verdoux y van Os, 2002).

Procesos cognitivos y emocionales presentes en las alucinaciones auditivas

En las últimas décadas ha habido un interés notable por analizar los procesos cognitivos presentes en las alucinaciones. Diversas investigaciones han mostrado que las mismas suponen una tendencia a realizar atribuciones externas a eventos internos, lo que supone, según la literatura tradicional, la presencia de diversos procesos *top-down* (Bentall & Slade, 1985; Blakemore, Smith, Steel, Johnstone & Frith, 2000; Perona, 2004).

De modo específico, el equipo de Morrison (Morrison 1998, 2001; Morrison, Haddock y Tarrier, 1994; Morrison y Wells, 2003; Morrison, Wells y Nothard, 2000, 2002; Morrison, Nothard, Bowe y Wells, 2004) formula un modelo similar al descrito para los ataques de pánico, hipocondriasis o el trastorno obsesivo-compulsivo, donde se resalta la importancia de diferentes mecanismos cognitivos, que incluyen la hipervigilancia o atención selectiva, la interpretación errónea de diferentes estímulos y los comportamientos de evitación, incluyendo conductas de seguridad.

Según este modelo, cuando aparece un pensamiento intrusivo, se generaría un estado de malestar que la persona intenta reducir realizando una atribución externa del mismo. Esta experiencia se encontraría determinada tanto por el contenido de las voces como por lo que supone la experiencia de escuchar voces en sí misma. En general, en trastornos psicopatológicos, la persona considera que las alucinaciones constituyen una amenaza para su integridad física o psicológica, por ejemplo, indican que “debo de ser malo”, “el demonio está hablando conmigo”, “si no obedezco las voces me matarán”, etc. Esta interpretación (errónea) produce un incremento en el *arousal* fisiológico y el estado emocional negativo, que acaba provocando más alucinaciones, entrando en una especie de círculo vicioso.

Simultáneamente, dicha interpretación produciría una serie de respuestas evitativas que incrementarían la probabilidad de que los pensamientos autodiscrepantes vuelvan a presentarse. Este proceso se refleja en la figura 1.

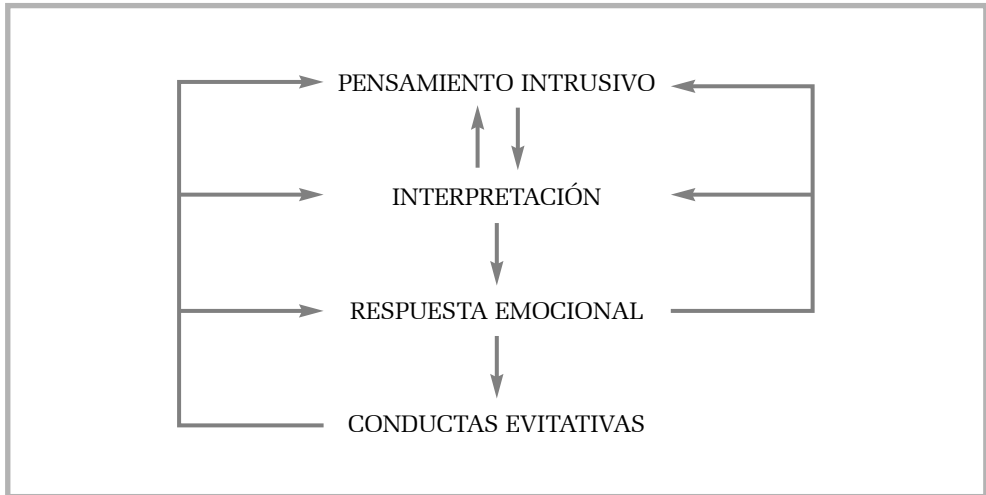


Figura 1. Esquema de procesos cognitivos en las alucinaciones (adaptado de Morrison, 2001)

De modo específico, diversas investigaciones se han centrado en los aspectos metacognitivos que influyen en la realización de esta atribución errónea. Así, a través del *Cuestionario de Metacogniciones* (MCQ, Cartwright-Hatton y Wells, 1997), Baker y Morrison (1998) compararon un grupo de pacientes esquizofrénicos con alucinaciones, otro grupo de pacientes esquizofrénicos sin alucinaciones y un tercer grupo de población no clínica. Los resultados obtenidos mostraron que los pacientes con alucinaciones manifestaban puntuaciones más altas que los otros dos grupos en creencias sobre la “Incontrolabilidad y peligro de los propios pensamientos” (ítems representativos de esta dimensión serían: “Cuando empiezo a preocuparme, no puedo parar” o “Estar preocupado puede llegar a ponerme enfermo”) y también en “Creencias positivas sobre la utilidad de la preocupación” (del tipo: “Estar preocupado me ayuda a afrontar problemas” o “Yo necesito preocuparme para organizarme”). En el análisis de regresión efectuado posteriormente fue el factor de creencias sobre incontrolabilidad y peligro de los propios pensamientos el que más predecía las alucinaciones.

También, Morrison, Wells y Nothard (2000), utilizando una muestra no clínica, encontraron que, junto a las creencias de incontrolabilidad y peligro, la “autoconsciencia cognitiva” (medida con items como: “Yo constantemente examino mis pensamientos” o “Soy consciente de cómo trabaja mi mente cuando estoy intentando resolver un problema”), era lo que diferenciaba a las personas con alta y baja predisposición a las alucinaciones.

Ahora bien, estas características metacognitivas, presentes en pacientes con alucinaciones y personas con alta predisposición a las mismas, no serían exclusivas del espectro de los trastornos psicóticos sino que también ocurrirían en pacientes con trastornos de ansiedad. Por ejemplo, García, Pérez, Soto, Perona y Cangas (en prensa) no encontraron diferencias significativas entre pacientes esquizofrénicos con alucinaciones y pacientes con Trastorno Obsesivo-Compulsivo en las diferentes dimensiones del MCQ; aunque sí entre estos dos grupos en relación con el grupo control.

De igual modo, cuando se controla la ansiedad, Lobban, Haddock, Kinderman y Wells (2002) únicamente encuentran que lo que diferencia a los pacientes esquizofrénicos con alucinaciones de los que no las tienen sería la menor confianza cognitiva de los primeros (similar al grupo de pacientes con trastornos de ansiedad). Igualmente, la poca confianza cognitiva, una vez controlado el efecto de la ansiedad, también parece ser el factor que diferencia a las personas con alta y baja predisposición a las alucinaciones (García, Cangas, Pérez, Fidalgo y Gutierrez, en prensa).

Por lo que se refiere a cómo la persona interpreta las voces, no sólo si las oye o no, Morrison, Nothard, Bowe y Wells (2004) encuentran que son creencias de tipo *metafísico* sobre las voces (concernientes a temas como espiritualismo, maldad, castigo, dolor y poder) y creencias sobre pérdida de control lo que diferenciaba a los pacientes psicóticos con alucinaciones de las personas normales que manifestaban una tendencia alta a mostrarlas. En este sentido, los componentes metafísicos o supersticiosos son muy comunes entre las personas con alucinaciones. Por ejemplo, cuando se analiza el motivo por el que los pacientes consideran que sus alucinaciones son tan *poderosas*, muchos de los argumentos suelen tener este carácter (por ejemplo, porque consideran que fueron capaces de adivinar el futuro o fueron premonitorias del mismo, porque *conocen* mejor que nadie la vida del paciente, porque ocurren conjuntamente con otras sensaciones colaterales, etc.) (Valiente Ots, 2002). Este tipo de creencias permiten precisamente que se mantengan ya que, al igual que la “conducta supersticiosa”, al ser reforzada intermitentemente de un modo casual permite “justificarlas” o darle entidad (en términos del aprendizaje, hace más difícil su extinción). De este modo, el factor de

superstición sobre los propios pensamientos puede ser también uno de los elementos metacognitivos más relevantes (García, Pérez, et al., en prensa).

La cuestión es que este tipo de creencias también se asociaría fácilmente con una mayor respuesta emocional (Chadwick y Birchwood, 1994) y, a su vez, una mayor alteración emocional mantendría este tipo de creencias. Por tanto, ambos procesos en realidad se retroalimentan y se consolidan en la vida de los pacientes. Quizá inicialmente, en el desarrollo del proceso alucinatorio, cuando éstas no se han instaurado de continuo en la vida del paciente, la respuesta emocional puede no ser muy intensa o desagradable. Pero, paulatinamente, lo habitual es que ésta se convierta en más aversiva (por las propias dificultades en la vida del paciente, la incontrolabilidad de las alucinaciones, la importancia real que le da, etc.) y los pacientes, de hecho, generalmente intentan disminuirlas o evitarlas mediante diferentes estrategias distractoras o de afrontamiento (como pueden ser ver la televisión, cantando, paseando, etc., o también mediante distintas estrategias de control de pensamientos) (Knudson y Coyle, 1999; Morrison et al, 2000). En estos casos, los aspectos evitativos suelen ser predominantes; sin embargo, es probable que precisamente los pacientes que intentan evitar estos pensamientos, curiosamente lo que probabilizan es que se den con mayor intensidad. Es así, como en los últimos años se han desarrollado técnicas de intervención que no pretenden precisamente la evitación de la sensación de estas experiencias sino todo lo contrario, su aceptación, para que así precisamente se “desactive” su efecto (Bach y Hayes, 2002; Pankey y Hayes, 2003).

Por otro lado, aunque la literatura muestra adecuadamente cuáles son los procesos cognitivos y de la emoción que se dan en las alucinaciones, no se ha prestado la misma atención a explicar cómo se ponen en marcha precisamente estos procesos cognitivos. Es decir, qué provoca precisamente la aparición de pensamientos intrusivos que se interpretan incorrectamente. En este sentido, parece esencial tener en consideración los aspectos sociales y de personalidad para entender su relevancia (Cangas *et al.*, 2003). Así, diversas investigaciones muestran, en el ámbito de la personalidad, el predominio de un estilo evitativo de la personalidad, cierta aquiescencia social, junto con una notable inestabilidad emocional (Barret y Etheridge, 1994; López, Paño, Martínez, Inda y Lemos, 1996; Ramathan, 1986; Young, Bentall, Slade y Dewey, 1986). Igualmente, eventos estresantes, unidos a factores de la personalidad, favorecen que las alucinaciones cobren toda su función. De modo concreto, Romme y Escher (1996) identificaron al menos seis situaciones que están muy relacionadas con el origen de las alucinaciones, como son situaciones intolerables o insatisfactorias (divorcios, pérdidas laborales, etc.), traumas recientes (ej.: muerte de un ser querido, sobre todo en situaciones no

esperables como el suicidio de una persona cercana), aspiraciones conflictivas (metas que no se cumplen), amenazas, traumas infantiles y negación de emociones o aspectos indeseables.

De todos modos, hay que tener en consideración que sería importante diferenciar los componentes relacionados con el inicio de las primeras alucinaciones, con el desarrollo posterior de las mismas. Es decir, el contenido, intensidad o frecuencia puede variar en diferentes momentos y así, por ejemplo, puede que al inicio aparezcan en situaciones particularmente estresantes o aversivas para la persona pero posteriormente, una vez establecidas, no hace falta una actividad estimular tan notable para su mantenimiento (Perona, 2004).

De igual manera, también hay que tener en cuenta las consecuencias o las funciones pragmáticas de las alucinaciones (Benjamín, 1989; Bentall, 1990; Birchwood, Meaden, Trower, Gilbert y Plaistoe, 2000). Así, las mismas no son “voces sin sentido” sino que, precisamente, se engarzan en los problemas, temores o dificultades del paciente (Rojcewicz y Rojcewicz, 1997) y cumplen una función importante en la persona. De modo particular, en muchos casos se dan procesos de reforzamiento negativo (donde la persona, a través de las voces, puede llegar a eximir una responsabilidad, justificar pensamientos “inaceptables”, buscar ayuda en la toma de decisiones, etc.). Al igual que puede darse reforzamiento positivo (por ejemplo, captar la atención, provocar una reacción particular en los demás, etc.). Ahora bien, también es cierto que muchas veces el contenido o forma de las alucinaciones puede parecer tan bizarro o metafórico que resulta difícil captar la función que pueden cumplir, aunque realmente el reforzamiento esté presente (Layng y Andronis, 1984).

CONCLUSIONES

Las alucinaciones son un comportamiento fundamental en Psicopatología, en la que durante los últimos años ha habido una importante investigación sobre los procesos cognitivos implicados en las mismas. En general, los resultados encuentran que diferentes variables metacognitivas son fundamentales. Sin embargo, muchos de estos procesos muestran una similitud alta con otros trastornos, como son los de ansiedad. De ahí que sea pertinente tener en consideración sus semejanzas y no solamente sus diferencias (Johns y van Os, 2001; Krabbendam, Myin-Germeys y van Os, 2004; Verdoux y van Os, 2002).

Probablemente lo esencial sea el modo como los pacientes interpretan los pensamientos intrusivos y la repercusión emocional que tienen. En este sentido,

en su evaluación, no sería tan relevante considerar si la persona manifiesta, por ejemplo, que ha *oído*, *visto* o *sentido* algún aspecto físicamente no presente, sino qué repercusión emocional o personal ha tenido y a qué lo atribuye. En esta dirección, las personas con trastornos psicopatológicos es probable que, ante la inexistencia de explicaciones adecuadas sobre sus propias reacciones emocionales, terminen atribuyéndole un significado “metafísico” que a la postre conlleva una mayor reacción emocional (relacionado con las creencias sobre su incontrabilidad, arbitrariedad, supuesta peligrosidad, etc.). Sin embargo, las personas sin trastornos clínicos es fácil que las consideren algo “normal” (o consecuencia de la situación vivida) sin llegar a reaccionar a su propia experiencia de un modo alarmante y, por tanto, no favoreciendo el establecimiento de los procesos psicológicos descritos anteriormente. Esto es así precisamente por el mayor equilibrio emocional de estas personas, donde realmente no hay más elementos alterados que favorezcan que los pensamientos intrusivos se malinterpreten.

Estas diferencias serían importantes tenerlas en consideración, por ejemplo, de cara a la evaluación. También, en la intervención, sería importante desactivar el “círculo vicioso” en el que fácilmente entran los pacientes con alucinaciones (figura 1). Así, una terapia no centrada tanto en la evitación de las alucinaciones sino en la *contextualización* de las propias voces o la aceptación de las mismas puede ser lo aconsejable (Bach y Hayes, 2002; Pankey y Hayes; Olivencia y Cargas, 2005).

Por lo demás, por su relación con otros comportamientos, a veces, la reducción de otros “síntomas” puede ser suficiente para disminuir las alucinaciones sin incidir directamente en ellas. Es decir, la normalización o tratamiento de múltiples dificultades del individuo también puede contribuir a que las alucinaciones pierdan su sentido funcional. De lo que se trataría es de promover la adaptación general del individuo y que las alucinaciones no cobren así relevancia.

En definitiva, los procesos cognitivos son importantes si se analizan precisamente en el contexto personal y social en el que se mueve la persona. Es decir, una persona que por ejemplo manifieste un estilo cognitivo de preocupación por la incontrabilidad de los pensamientos no tiene por qué manifestar un comportamiento alucinatorio si, a su vez, no presenta dificultades de interacción importantes, no realiza estrategias de evitación manifiestas o no está expuesto a situaciones estresantes. Por el contrario, una persona que manifieste un estilo evitativo de personalidad, con creencias de incontrabilidad de los pensamientos y un aislamiento social notable, tendría más facilidad de mostrar este tipo de comportamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altman, H., Collins, M. y Mundy, P. (1997). Subclinical hallucinations and delusions in nonpsychotic adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 413-420.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2002/2001). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. 4ª ed. Revisada (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson.
- Bach, P. y Hayes, S.C. (2002). The use of Acceptance and Commitment Therapy to prevent rehospitalization of Psychotic patients: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1129-1139.
- Ball, B. (1890). *Leçons sur les Maladies Mentales*, 2ª ed., París: Asselin et Houzeau.
- Blakemore, S.J., Smith, J., Steel, R., Johnstone, E. y Frith, C.D. (2000). The perception of self-produced sensory stimuli in patients with auditory hallucinations and passivity experiences: Evidence for a breakdown in self-monitoring. *Psychological Medicine*, 30, 1131-1139
- Baker, C. y Morrison, A.P. (1998). Metacognition, intrusive thoughts and auditory hallucinations. *Psychological Medicine*, 28, 1199-1208.
- Barber, T.X. y Calverley, D.S. (1964). An experimental study of "hypnotic" (auditory and visual) hallucinations. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 68, 13-20.
- Barret, T.R. (1992). Verbal hallucinations in normals: II. Self-reported imaginary vividness. *Personality and Individual Differences*, 15, 61-67.
- Barret, T.R. y Etheridge, J.B. (1992). Verbal hallucinations in normals. I: people who hear "voices". *Applied Cognitive Psychology*, 6, 379-387.
- Benjamin, L.S. (1989). Is chronicity a function of the relationship between the person and the auditory hallucination? *Psychological Bulletin*, 105, 291-3120.
- Birchwood, M., Meaden, A., Trower, P., Gilbert, P. y Plaistow, J. (2000). The power and omnipotence of voices: Subordination and entrapment by voices and significant others. *Psychological Medicine*, 30, 337-344.
- Bentall, R.P. (1990). The illusion of reality: A review and integration of psychological research on hallucinations. *Psychological Bulletin*, 107, 82-95.
- Bentall, R. P. y Slade, P. D. (1985). Reliability of a scale measuring predisposition towards hallucination: a brief report. *Personality and Individual Differences*, 6, 527-529.
- Cangas, A.J., García-Montes, J.M., López de Lemus, M. y Olivencia, J.J. (2003). Social and Personality variables related to the origin of auditory hallucina-

- tions. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3, 195-208.
- Cartwright-Hatton, S. y Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions. The metacognitions questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 279-296.
- Chadwick, P. y Birchwood, M. (1994). The omnipotence of voices. A cognitive approach to auditory hallucinations. *British Journal of Psychiatry*, 164, 190-201.
- Dhossche, D., Ferninand, R., van der Ende, J., Hofstra, M.B. y Verhulst, F. (2002). Diagnostic outcome of self-reported hallucinations in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*, 32, 619-627.
- Feelgood, S.R. y Rantzen, A.J. (1994). Auditory and visual hallucinations in university students. *Personality and Individual Differences*, 17, 293-296.
- García, J.M., Cangas, A.J., Pérez, M., Fidalgo, A.M. y Gutierrez, O. (en prensa). The role of metacognitions and thought control techniques in predisposition to auditory and visual hallucinations. *British Journal of Clinical Psychology*.
- García, J.M., Pérez, M., Soto, C., Perona, S. y Cangas, A.J. (en prensa). Metacognitions in patients with hallucinations and obsessive-compulsive disorder: The superstition factor. *Behaviour Research and Therapy*.
- Husting, H.H. y Hafner, R.J. (1990). Persistent auditory hallucinations and their relationship to delusions and mood. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 264-267.
- Johns, L.C. y van Os, J. (2001). The continuity of psychotic experiences in the general population. *Clinical Psychology Review*, 21, 1125-1141.
- Knudson, B. y Coyle, A. (1999). Coping strategies for auditory hallucinations: a review. *Counseling Psychology Quarterly*, 12, 25-38.
- Krabbendam, L., Myin-Germeys, I y van Os, J. (2004). The Expanding Psychosis Phenotype. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 411-421.
- Kot, T. y Serper, M. (2002). Increased susceptibility to auditory conditioning in hallucinating schizophrenic patients: a preliminary investigation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 282-288.
- Layng, T.V. y Andronis, T. (1984). Toward a functional analysis of delusional speech and hallucinatory behavior. *The Behavior Analyst*, 7, 139-156.

- Li, C.R., Chen, M., Yang, Y., Chen, M. y Tsay, P. (2002). Altered performance of schizophrenia patients in an auditory detection and discrimination task: exploring the 'self-monitoring' model of hallucination. *Schizophrenia Research*, 55, 115-128.
- Lobban, F., Haddock, G., Kinderman, P. y Wells, A. (2002). The role of metacognitive beliefs in auditory hallucinations. *Personality and Individual Differences*, 32, 1351-1363.
- López, A.M., Paíno, M.M., Martínez, P.C., Inda, M. y Lemos, S. (1996). Alucinaciones en población normal: influencia de la imaginación y de la personalidad. *Psicothema*, 8, 269-278.
- Merckelbach, H. y van de Ven, V. (2001). Another White Christmas: fantasy proneness and reports of 'hallucinatory experiences' in undergraduate students. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 32, 137-144.
- Morrison, A.P. (1998). A cognitive analysis of auditory hallucinations: are voices to schizophrenia what bodily sensations are to panic? *Behavioural and Cognitive psychotherapy*, 26, 289-302.
- Morrison, A.P., Haddock, G. y Tarrier, N. (1995). Intrusive thoughts and auditory hallucinations: a cognitive approach. *Behavioural and Cognitive psychotherapy*, 23, 265-280.
- Morrison, A.P., Nothard, S., Bowe, S.E. y Wells, A. (2004). Interpretation of voices in patients with hallucinations and non-patient controls: a comparison and predictors of distress in patients. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1315-1323.
- Morrison, A.P. y Wells, A. (2003). A comparison of metacognitions in patients with hallucinations, delusions, panic disorder, and non-patient controls. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 251-256.
- Morrison, A.P., Wells, A. y Nothard, S. (2000). Cognitive factors in predisposition to auditory and visual hallucinations. *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 67-78.
- Morrison, A.P., Wells, A. y Nothard, S. (2002). Cognitive and emotional predictors of predisposition to hallucinations in non-patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 259-270.
- Ohayon, M.M. (2000). Prevalence of hallucinations and their pathological associations in the general population. *Psychiatry Research*, 97, 153-164.

- Olivencia, J.J. y Cangas, A.J. (2005). Tratamiento psicológico del trastorno esquizotípico de la personalidad: Un estudio de caso. *Psicothema*, 17, 419-424.
- Pankey, J. y Hayes, S. (2003). Acceptance and Commitment Therapy for Psychosis. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3, 311-328.
- Perona, S. (2004). A psychological model for verbal auditory hallucinations. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 129-153.
- Posey, T.B. y Losh, M.E. (1983). Auditory hallucinations of hearing voices in 375 normal subjects. *Imagination, Cognition and Personality*, 2, 99-113.
- Ramanathan, A. (1986). An exploratory study on the relation between neuroticism and certain aspects of auditory hallucinations in schizophrenics. *Indian Journal of Psychiatry*, 28, 69-72.
- Rojcewicz, S. y Rojcewicz, R. (1997). The "human" voices in hallucinations. *Journal of Phenomenological Psychology*, 28, 1-41.
- Romme, M.A. y Escher, S. (1996). Hearing Voices. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 109-216.
- Sartorius, N., Shapiro, R. y Jablensky, A. (1974). The international pilot study of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 1, 21-25.
- Schneider, K. (1959). *Clinical psychopathology*. Grune and Stratton: New York
- Tien, A. (1991). Distributions of hallucinations in the population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 26, 287-292.
- Valiente Ots, C. (2002). *Alucinaciones y delirios*. Madrid: Síntesis.
- Verdoux, H. y van Os, J. (2002). Psychotic symptoms in non-clinical populations and the continuum of psychosis. *Schizophrenia Research*, 54, 59-65.
- Weiss, K.M. y Weiss, K.M. (1998). Treatment of auditory hallucinations: what to do when pharmacotherapy is inadequate. *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 2, 188-205.
- Young, H.F., Bentall, R.P., Slade, P.D. y Dewey, M.E. (1986). Disposition towards hallucination, gender and IQ scores. *Personality and Individual Differences*, 7, 247-249.

Normas para la publicación de artículos en *eduPsykhé*

- Todos los artículos deberán ser presentados a máquina, por duplicado, en hojas tamaño DIN A-4, por una sola cara, y a dos espacios. Se adjuntará junto al original en papel, una copia en disco magnético de tamaño 3 ½". El texto podrá estar procesado en cualquiera de los siguientes formatos:
 - Microsoft Word 6.0/7.0/97/2000
 - Word Perfect 6.0/6.1.
- El texto deberá presentarse inexcusablemente en tipografía «Book Antiqua» (11 puntos).
- Al comienzo de cada artículo deberá figurar un resumen en español y un «abstract» en inglés, que no deberán exceder de 150 palabras cada uno. Igualmente, deberán especificarse entre 3 y 5 palabras clave, tanto en español como en inglés.
- La extensión de los trabajos no sobrepasará las 25 páginas (treinta líneas de texto por página), incluyéndose tablas, gráficos y figuras. El contenido de los trabajos deberá estar organizado de la siguiente forma: Introducción, Método, Resultados, Discusión (excepción hecha de los artículos de revisión

teórica o no metodológicos que el Comité Editorial destine a la publicación).

- Al final del trabajo se incluirá la lista de referencias bibliográficas, por orden alfabético, que deberán adoptar el formato de la APA (*American Psychological Association*):

Libros: El apellido del autor (en minúsculas), seguido de las iniciales de su nombre, año de edición entre paréntesis, título de volumen en cursiva, lugar de edición y editorial, por este orden.

EJEMPLO: López López, A. (1997). *Normas para la correcta publicación de los artículos en eduPsykhé*. Madrid: Editorial.

Artículos en revistas: El apellido del autor (en minúsculas), seguido de las iniciales de su nombre, año de publicación entre paréntesis, título del trabajo, nombre de la revista (sin abreviaturas) y número de volumen en cursiva, y las páginas que comprende el trabajo dentro de la revista.

EJEMPLO 1: López López, A. (1997). Normas para la correcta publicación de los artículos en *eduPsykhé*. *Revista de Psicología*, 50, 1, 1-10.

EJEMPLO 2: López López, A. (1997). Normas para la correcta publicación de los artículos en *eduPsykhé*. *eduPsykhé*, 1, 1, 1-10. URL address: <http://www.ucjc.edu>.

- Las referencias, siempre en minúsculas y entre paréntesis, irán dentro del texto y nunca a pie de página (criterio de citación APA).

EJEMPLO: (López López, 1997).

- Cuando se cite más de una referencia, irán dentro del paréntesis, separadas por punto y coma, y por orden alfabético:

EJEMPLO: (López 1997; González, 1989).

- Las citas textuales irá entrecomilladas y seguidamente, entre paréntesis, el apellido su autor, año de publicación y página o páginas de las que se ha extraído dicho texto.

EJEMPLO: «...las normas». (López 1997, p. 9).

- Las tablas deberán ir numeradas correlativamente y se incluirán preferentemente en el propio texto, en su lugar correspondiente. En otro caso, se adjuntarán en archivos aparte, pero siempre en soporte magnético.

- Las figuras se incluirán preferentemente en el propio texto, en su lugar correspondiente, o bien en fichero aparte en formato *.gif, *.jpg o *.pcx. Este requisito es imprescindible.

- El Consejo Editorial se reserva la facultad de introducir las modificaciones que considere oportunas en la aplicación de las normas publicadas, con el fin de ajustar los trabajos a las exigencias técnicas de la revista.

- Los originales enviados no serán devueltos. En todo caso, *eduPsykhé* mantendrá con su autor/es las comunicaciones necesarias respecto de los trabajos enviados a la publicación, reservándose el derecho de publicarlos o no en función de las mismas.

- En ningún caso *eduPsykhé* se hará responsable de las opiniones, teorías, informes o acontecimientos vertidos por el autor/es de los artículos, o implicados de la publicación de los trabajos, obrando en todo caso como un mero cauce de transmisión de información.

- Todos los artículos deberán remitirse a:

CONSEJO EDITORIAL DE *eduPsykhé*

Departamento de Psicología
Universidad Camilo José Cela
Castillo de Alarcón, 49
Villafranca del Castillo
28692 - Madrid

- A su recepción, se enviará a la persona de contacto el correspondiente acuse de recibo.

Suscripción a la revista *eduPsykhé*:

Si desea suscribirse a *eduPsykhé*, por favor, cumplimente el boletín de inscripción adjunto (o una fotocopia del mismo) y remítalo a la dirección que se indica al final de esta página.

- Precio de suscripción: 25,00 euros al año (2 números).
- Ejemplares sueltos: 15,00 euros.

Deseo suscribirme a ***eduPsykhé*** por el periodo de un año (2 números). Esta suscripción será renovada de manera automática hasta nueva orden por mi parte.

APELLIDOS

NOMBRE N.I.F.....

DOMICILIO

POBLACIÓN CÓDIGO POSTAL.....

PROVINCIA TELÉFONO.....

PAÍS FECHA

Domiciliación bancaria.

Por favor, fotocopie o arranque esta hoja y entréguela en su banco o caja de ahorros

C. C. R.

(Código Cuenta Revista)

ENTIDAD	OFICINA	DC	Nº DE CUENTA
0049	5172	37	2116007848

Deseo que hasta nuevo aviso abonen a la cuenta precedente, con cargo a mi c/c o libreta de ahorro que abajo se menciona, los recibos correspondientes a la suscripción o renovación de la Revista *eduPsykhé*.

Firma

FECHA

TITULAR

DOMICILIO

POBLACIÓNCÓDIGO POSTAL.....

PROVINCIA.....

C. C. C.

(Código Cuenta Cliente)

ENTIDAD	OFICINA	DC	Nº DE CUENTA

Nota: Han de cumplimentarse todas (diez) las cifras del nº de cuenta.

Departamento de Psicología - Universidad Camilo José Cela
Castillo de Alarcón, 49
Villafranca del Castillo
28692 - Madrid

