



Revista Latinoamericana de Psicología
ISSN: 0120-0534
direccion.rlp@konradlorenz.edu.co
Fundación Universitaria Konrad Lorenz
Colombia

Parra, Alejandro
Testeando el modelo disociacional de las experiencias alucinatorias en individuos saludables: relación
con la personalidad esquizotípica y la propensión a la fantasía
Revista Latinoamericana de Psicología, vol. 41, núm. 3, 2009, pp. 571-586
Fundación Universitaria Konrad Lorenz
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80511929012>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Testeando el modelo disociacional de las experiencias alucinatorias en individuos saludables: relación con la personalidad esquizotípica y la propensidad a la fantasía

Testing the model of dissociation for hallucinatory experiences in healthy individuals: Relation to schizotypal personality and fantasy proneness

Recibido: Enero 2008
Aceptado: Febrero 2009

Alejandro Parra

Universidad Abierta Interamericana, Argentina

Correspondencia: Alejandro Parra, Facultad de Psicología, Universidad Abierta Interamericana. Correo electrónico: rapp@fibertel.com.ar

Resumen

Recientes estudios sobre la experiencia alucinatoria sugieren que un rango de experiencias alucinatorias pueden ocurrir por fuera de un cuadro clínico, y no son conducentes a un estado psicótico. De hecho, parece existir un continuo de severidad en los trastornos mentales donde se puede plantear que la psicosis existe en la condición humana como una *distribución* de síntomas, lo cual es un terreno mucho más funcional para la investigación psicológica que psicopatológica. Aquí se formula la hipótesis del continuo donde la experiencia alucinatoria puede ocurrir en individuos no clínicos. Probablemente las experiencias disociativas y otros constructos relacionados, la esquizotipia y las experiencias oníricas definen un dominio común. El objetivo de este estudio es determinar si puntuaciones altas de propensidad a experiencias perceptuales inusuales en individuos saludables están directamente y positivamente correlacionadas con puntajes altos en intensidad de la imaginación, la tendencia a la esquizotipia,

Abstract

Recent studies on hallucinatory experiences suggest that a range of hallucinatory experiences may occur outside the clinical practice, and do not lead to psychosis. In fact, the severity of mental disturbances seems to follow a continuum where one may regard psychosis in a human being as a distribution of symptoms, which constitute a terrain much more apt for psychological than psychopathological study. Here, we formulate a hypothesis where on the continuum hallucinatory experiences may occur, in a non-clinical population. Probably, dissociative experiences and other related constructs, schizotypy, and dream experiences, constitute a common domain. The objective of the present study was to determine whether high scores on proneness to unusual perceptual experiences among healthy individuals are directly and positively correlated with high scores on intensity of imagery, schizotypal tendencies, absorption, dissociation, and fantasy proneness. The sample included university students ($N= 655$) of both

absorción, disociación y propensión a la fantasía. La muestra comprende estudiantes universitarios ($N = 655$) de ambos sexos, 161 varones y 494 mujeres (media edad = 25.57). Los estudiantes completaron seis escalas, cinco de éstas de experiencias perceptuales, y una medida de rasgos de personalidad, el *Cuestionario de personalidad esquizotípica* (SPQ). Los resultados sostienen la idea de que existe una relación entre la experiencia alucinatoria y la personalidad esquizotípica en la población en general. Los resultados indicaron que el factor cognitivo-perceptual era el mejor discriminador para la modalidad alucinatoria visual [$F(1/149) = 17.83; p < .001$, a una cola], auditiva [$F(2/148) = 23.82; p < .001$, a una cola] y táctil [$F(1/149) = 11.73; p = .001$, a una cola] entre alucinadores y no alucinadores. Sin embargo, aunque los niveles de esquizotipia son altos, no se los considera esencialmente patológicos; de hecho, las experiencias de este tipo son completamente diferentes en su naturaleza a la de los trastornos patológicos y no están acompañadas por ninguna pérdida de contacto con la realidad.

Palabras claves: imaginación, absorción, disociación, neuroticismo, psicoticismo.

sexes, 161 males and 494 females. (Average age = 25.57). The students completed six scales, five of which referred to perceptual experiences and one measure of personality risk indications, the Schizotypal Personality Questionnaire (SPQ). The results supported the idea that there is a correlation between having hallucinatory experiences and schizotypal personality in the general population. The results indicated that the Cognitive-perceptual factor was the best discriminator for the modality visual hallucination [$F(1/149) = 17.83; p < .001$, one-tailed], auditory [$F(2/148) = 23.82; p < .001$, one-tailed] and tactile [$F(1/149) = 11.73; p = .001$, one-tailed] between hallucinators and non-hallucinators. However, although the levels of schizotypy were high, they are not necessarily pathological; actually, these kind of experiences in their nature are completely different from those in pathological disturbances and they are not associated with any loss of contact with reality.

Keywords: imagination, absorption, dissociation, neuroticism, psychoticism.

Introducción

Recientes estudios sobre la experiencia alucinatoria de individuos normales (no clínicos) defienden el modelo psicológico de la *hipótesis del continuo* de las experiencias alucinatorias, según el cual las alucinaciones deben ser entendidas como resultado de un proceso mental normal (Larøi, 2006; Larøi, Marcezewski, & Van der Linden, 2004; Larøi & Van der Linden, 2005; Tien, 1991; Waters, Badcock & Maybery, 2003). Esto sugiere que un rango de experiencias alucinatorias pueden ocurrir por fuera de un cuadro clínico, y no son conducentes a un estado psicótico. Por ejemplo, Launay y Slade (1981) entrevistaron a cerca de 300 individuos y construyeron un instrumento que contenía 12 afirmaciones sobre vividez del pensamiento, sueños diurnos y alucinaciones visuales y verbales (Bentall, 1990, 2003; Waters *et al.*, 2003). Posey y Losch (1983) encuestaron a 375 estudiantes utilizando un cuestionario que contenía descripciones de experiencias verbales, donde el 71% indicó haber experimentado tales experiencias. Barret y Etheridge (1992, 1994) encontraron que el 45% de su muestra había tenido una alucinación

verbal al menos una vez al día en un mes. Wilson y Barber (1981, 1983) descubrieron que las fantasías tenían propiedades alucinatorias (Lynn & Rhue, 1988) y que la fantasía y la absorción están altamente correlacionadas (Glicksohn, Salinger & Roychman, 1992; Rader & Tellegen, 1987) involucrando a la imagería mental y las creencias (Alvarado, 1992; Glickson, 1990). Para resolver este problema, por ejemplo, la última edición del DSM (APA, 1994/2002) define a la alucinación como «una percepción sensorial que tiene el sentido de realidad de una verdadera percepción, pero que ocurre sin la estimulación externa de un órgano sensorial específico» (p. 767) y a la ilusión como «una falsa creencia basada en una inferencia incorrecta de una realidad externa» (p. 765).

Sin embargo, esta definición ha venido cambiando desde hace más de cincuenta años. Al respecto, es importante destacar también el punto de vista cognitivo defendido por Slade y Bentall (Slade & Bentall, 1988), quienes formulan la siguiente definición: «la alucinación es una experiencia similar a la percepción que ocurre en

ausencia de un estímulo apropiado, tiene toda la fuerza e impacto de la correspondiente percepción real y no es susceptible de ser dirigida ni controlada voluntariamente por quien la experimenta» (p. 23). El segundo aspecto de la definición es la fuerza o impacto de la experiencia, que sirve como criterio para diferenciar las alucinaciones de las pseudoalucinaciones. En la alucinación existe la convicción de que el fenómeno tiene su origen fuera de uno mismo, esto es, que se produce en el mundo real. El tercer aspecto es la ausencia de control por parte del individuo, que intenta distinguir entre las alucinaciones y otras clases de imágenes mentales vívidas, a diferencia de lo que ocurre con la imaginación. Finalmente, en las alucinaciones existe una imposibilidad, o por lo menos una dificultad, de alterar o disminuir la experiencia por deseo expreso de la persona.

Existen investigaciones que han intentado analizar las diferencias entre los sujetos que experimentan alucinaciones y los que podríamos denominar “imaginadores” normales. Los estudios más recientes sobre la incidencia de las alucinaciones en población no clínica han sido llevados a cabo por Barrett (1993) y Barrett y Etheridge (1992, 1994), quienes encontraron que casi la mitad de su muestra tenía experiencias alucinatorias al menos una vez al mes. Barrett y Etheridge (1994) relacionaron las alucinaciones con distintos tipos de personalidades disfuncionales y sus resultados mostraron que los “alucinadores” diferían de los “noalucinadores” en la dimensión emocional y la social, aunque no encontraron relación entre las experiencias alucinatorias y una patología subyacente (David, 2004; Bocker, Hijman, Kahn, & De Haan, 2000).

Aquí se formula la hipótesis del continuo donde la experiencia alucinatoria puede ocurrir en individuos no clínicos. A diferencia de la psicosis como una entidad dicotómica en la práctica clínica, existe un continuo de severidad en los trastornos mentales donde se puede plantear que la psicosis existe en la condición humana como una *distribución* de síntomas. Por ejemplo, la esquizotipia puede ser vista como un rasgo cuantitativo en lugar de cualitativo, que va de la normalidad o la excentricidad –en un extremo– a la psicosis severa –en otro–. Tomando este término, algunos investigadores han sugerido el constructo de “esquizotipia feliz” o “esquizotipia sana”, con manifestaciones propias de psicosis pero sin contenido o consecuencia patológica ni

disfuncional (Bentall, Claridge, & Slade, 1989; Claridge, 1995, 1997). Para llegar a convertirse en un trastorno será preciso que el resto de los factores de esquizotipia se combinen de modo tal que den lugar al perfil esquizotípico de “vulnerabilidad a la esquizofrenia”.

La idea que sugiere que los síntomas psicóticos varían a lo largo de dimensiones cuantitativas, es un terreno mucho más funcional para la investigación psicológica que psicopatológica (Romme & Escher, 2005). Muchos individuos son bastante enfáticos respecto a cuán convincentes son sus alucinaciones, y pueden mantener una posición crítica por encima de la evidencia de sus sentidos. Uno de los principales cuestionarios de alucinaciones, como el LSHS, mide la experiencia alucinatoria como una estructura multifactorial que explora cuantitativamente varias experiencias perceptuales anómalas y otras manifestaciones psicóticas.

Por ejemplo, ciertos eventos en la vida –como la pérdida de un ser querido– están asociados a la presencia de alucinaciones e ilusiones posduelo. La sensación de presencia del difunto es una experiencia alucinatoria bastante común, sean visuales, auditivas, o sensación de ser “tocado”, incluso años después de la pérdida. Esta situación de sufrimiento son experiencias de “diálogo” con el difunto. Tales experiencias parecen ser razonables porque la mayoría de las personas las experimenta bajo situaciones de duelo normal, particularmente a causa del carácter favorable y el efecto beneficioso de la experiencia (Miller, O’Connor & DiPasquale, 1993). Las experiencias de este tipo son completamente diferentes en su naturaleza a las de los trastornos patológicos y no están acompañadas por algún síntoma asociado a la pérdida de contacto con la realidad (Knudson & Coyle, 1999). Por lo tanto, las alucinaciones estarían reforzadas por el alivio que suponen determinadas experiencias adversas (Laying & Andronis, 1984; Rojcewicz & Rojcewicz, 1997).

Otro tipo de experiencia es sentir vívidamente que uno no está solo a pesar del conocimiento certero de que no hay realmente nadie cerca. Esta es una experiencia alucinatoria bastante frecuente y se la conoce como *alucinación asensorial*, la cual puede ir de una vaga y casi injustificada certeza a una certeza absoluta. Se la puede experimentar como una sensación de presencia, por ejemplo, al caminar solo en una calle oscura, o a través de un bosque silencioso, o incluso estando en casa solo.

La sensación de presencia consiste en un sentimiento instantáneo, el discernimiento inefable de que “allí hay algo”. La sensación de presencia es una concomitante común a la parálisis del sueño, particularmente asociada a las alucinaciones visuales, auditivas y táctiles, experiencia de parálisis de sueño, ataques de *incubos* (demonios), o percepción de estar siendo poseído (Cheyne, Rueffer & Newby-Clark, 1999; Hufford, 1982; Ohayon, Priest, Caulet & Guilleminault, 1996; Ness, 1978; Spanos, McNulty, Dubreuil, Pires & Burgess, 1995).

Tampoco es raro experimentar visiones vívidas, breves, o encontrarse por momentos incapaz de moverse o hablar en ese estado. Estas alucinaciones comienzan poco después de que una persona concilia el sueño (experiencia hipnagógica) o al despertar (experiencia hipnopómpica). Los sonidos alucinados se perciben como externos al individuo, a diferencia de ocurrir “en la cabeza” —como ocurre en las psicosis—, por ejemplo, zumbidos, ruidos, rumores, campanadas, rugidos, chillidos, rechinadas, o silbidos, a veces muy fuertes y mecánicos (American Sleep Disorders Association, 1990; Mavromatis, 1987; Nielsen, 1992).

Los estudios de los mecanismos cognitivos de las experiencias alucinatorias en población normal revelan información valiosa sobre los posibles mecanismos subyacentes en las alucinaciones y los trastornos mentales (Aleman, Nieuwenstein; Buker & De Haan, 2000). Algunas teorías indican que las alucinaciones son el resultado de una confusión interna de experiencias con eventos generados externamente (Bentall, 1990; Frith, 1992; Hoffman, 1986; Slade & Bentall, 1988). Se cree que tales confusiones se pueden generar en fallas del monitoreo de realidad —el modo de establecer un juicio correcto— (Ditman & Kuperberg, 2005) o del proceso de discriminar los recuerdos de información interna de los recuerdos que provienen del mundo exterior (Bentall, 1990; Morrison & Haddock, 1997).

Es posible que individuos con altos indicadores de propensidad a la fantasía, disociación y tendencia a la esquizotipia puedan traspasar relativamente sin esfuerzo el muy permeable “límite” entre el sueño y el despertar. Probablemente las experiencias disociativas y otros constructos relacionados, la esquizotipia y las experiencias oníricas, definen un dominio común. Hay investigadores —que parten de diversos modelos teóricos—

que sugieren haber diferencias individuales para la facilidad con que una persona puede atravesar diferentes estados de consciencia (Hartmann, 1991; McCreery, 1997; Thalbourne & Houran, 2000). Hartmann (1991), por ejemplo, observó que quienes tienden a recordar sueños más frecuentemente, o tienen sueños más vívidos, también tienen “límites finos” que permiten el pasaje entre estados de consciencia que corresponden a la realidad consciente, de vigilia, y los estados que corresponden a la fantasía. De manera similar, Thalbourne y Houran (2000, p. 853) sugieren que la propensidad a la esquizotipia, a la fantasía, la absorción, la creatividad y las experiencias paranormales, son todas manifestaciones del amplio rasgo de la transliminalidad, definida como la «tendencia de la imaginación, la ideación, el afecto y la percepción, u otras características psicológicas, a cruzar el umbral dentro y fuera de la consciencia».

El objetivo de este estudio es determinar si puntuaciones altas de propensidad a la alucinación en individuos saludables está correlacionadas con un aumento en la intensidad de la imaginación, la tendencia a la esquizotipia, absorción, disociación y propensidad a la fantasía.

Se ponen a prueba tres hipótesis: que puntuaciones altas en la modalidad auditiva, visual, gustativa, táctil, olfativa, hipnagógico/hipnopómpica, y el puntaje total de alucinación, estarán correlacionadas con puntuaciones altas en (1) intensidad de la imaginación, (2) propensidad a la esquizotipia (cognitivo-perceptual, interpersonal y desorganizada), y (3) absorción, disociación, y propensidad a la fantasía.

Método

Participantes

La muestra comprende estudiantes universitarios ($N=655$) de ambos sexos, 161 varones (24%) y 494 mujeres (76%), cuyo rango etario es de 17 a 57 años (media = 25.57; $SD = 7.23$; media varones = 26.07; $SD = 6.59$; media mujeres = 25.39, $SD = 7.42$), e incluyó a estudiantes de primero a quinto año de las carreras de psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad Abierta Interamericana, residentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires. Se administró en las aulas de las sedes Centro, Almagro y Campus Sur (Lomas de Zamora) y el segundo año en la Universidad

del Salvador (USAL). La diferencia en la proporción de la muestra se debe a que en la Facultad de Psicología el porcentaje mayor de estudiantes es femenino. Se aplicó una técnica de muestreo no probabilística.

Instrumentos

Los estudiantes completaron seis escalas, cinco de éstas de experiencias perceptuales: la *Escala de Imaginería* (QMI) (Sheehan, 1967; Richardson, 1990; alfa de Cronbach = .77), un inventario de 35 ítems que mide la intensidad de la imaginería en una escala Likert 1–7, siendo 1 alta imaginería y 7 baja imaginería, en siete modalidades sensoriales (sólo dos se usaron: visual, por ej. “El sol poniéndose en el horizonte”, y cinética, por ej. “Alcanzar un estante alto”); el *Cuestionario de Alucinaciones* (CEA) (Parra, Adróver & González, 2006; alfa de Cronbach = .93), que mide la propensidad a alucinar en seis modalidades sensoriales de 38 ítems con una escala Likert 0–5, siendo 1 rara vez a 5 frecuentemente (sólo dos se usaron: visual, por ej. “He visto sombras, o figuras humanas o nohumanas cerca de mi cama, las he visto claramente y veo lo que hacen”, y táctiles, por ej. “He tenido la experiencia de sentir una palmada en mi hombro, o cualquier otra sensación vívida de contacto físico de otra persona detrás mío, pero cuando me doy vuelta no veo a nadie”); la *Escala de Experiencias Disociativas* (DES) (Bernstein & Putman, 1993; alfa de Cronbach = .91), una escala trifactorial de 28 ítems en una escala Likert 0–10 que mide una variedad de tendencias disociativas: amnesia, despersonalización y desrealización (por ej. “Algunas personas tienen la experiencia de conducir o estar viajando en un coche, colectivo, o subterráneo y de repente se dan cuenta de que no recuerdan lo que pasó durante todo o parte del viaje”); y el *Cuestionario de Experiencias Creativas* (CEQ) (Merckelbach, Horselenberg & Muris, 2001; alfa de Cronbach = .89) una escala de 25 ítems de respuesta verdadero/falso que mide la propensidad a la fantasía, especialmente la tendencia a fantasear en la niñez (e.g., “Cuando veo escenas de violencia por televisión me siento tan involucrado en éstas que me provoca mucha inquietud”), y la *Escala de Absorción de Tellegen* (TAS) (Tellegen & Atkinson, 1974; alfa de Cronbach = .91), que mide en 34 ítems de respuesta verdadero/falso la frecuencia con que una persona se involucra en actividades que exigen atención y concentración (e.g. “Cuando escucho música de órgano u otra música imponente a veces siento como si me estuvieran levantando en el aire”).

Se empleó también una medida de rasgos de personalidad: el *Cuestionario de Personalidad Esquizotípica* (SPQ) (Raine, 1991; Raine, 1992, Raine & Baker, 1992; Raine & Benishay, 1995; alfa de Cronbach = .91), una escala trifactorial de 74 ítems de respuesta dicotómica sí/no que mide estilos de pensamiento esquizotípicos: factor cognitivo-perceptual (e.g. “¿Alguna vez ha visto cosas que para los demás son invisibles?” o “¿Son sus pensamientos a veces tan fuertes que usted casi podría escucharlos?”), interpersonal (e.g. “Tengo poco interés en conocer a otras personas” o “Soy muy pobre al expresar mis verdaderos sentimientos por el modo en el que hablo y miro”), y desorganizado (e.g. “Otras personas me ven como desatento o excéntrico” o “A veces utilizo palabras de un modo inusual”). En general, un valor alfa de Cronbach de .60 es una medida aceptable de confiabilidad (Grady & Wallston, 1988). Las medidas de alfa corresponden a la versión en español, de cada escala.

Procedimiento

El set de tests autoadministrables fue entregado en un sobre A4 a cada estudiante, en forma contrabalanceada, durante una clase de la cursada teórica. El tiempo promedio para completar todos los cuestionarios fue de 50 minutos. Los estudiantes recibieron una vaga información del objeto de estudio y se los invitó a participar voluntaria y anónimamente, completando los tests, en una única sesión, en días y horarios previamente pactados con los docentes. El orden de administración de ambas pruebas fue contrabalanceado y los cuestionarios de alucinaciones se presentaron bajo el pseudo título de *Cuestionario de Experiencias Psicológicas*, con lo cual se evitó sesgar las respuestas. Los análisis fueron procesados mediante el *SPSS 11.5* (en español).

Resultados

Intensidad de la Imaginería

La hipótesis 1 sugería que quienes puntuaban alto en la modalidad sensorial de alucinación puntuarían positivamente alto en la intensidad de la imaginería empleando un análisis de correlación (r de Pearson) que corresponde a cada modalidad sensorial de la *Escala de Imaginería Vívida*. Esta hipótesis no fue confirmada para ninguna de las modalidades de alucinación (Tabla 3).

Tabla 1

Comparación entre varones y mujeres en las modalidades sensoriales de alucinación, imaginación, esquizotipia, disociación, absorción y propensión a la fantasía

	VARONES (N = 124)		MUJERES (N = 429)		Z	U	P*
	Media	SD	Media	SD			
Imaginación visual	13.05	6.78	12.01	6.47	-1.77	23822.0	.07
Imaginación auditiva	13.28	5.69	12.67	5.35	-.89	18748.0	.37
Imaginación cutánea	14.73	7.26	13.26	7.08	-2.30	22782.5	.02
Alucinación auditiva	4.01	5.92	4.68	5.23	-2.47	22463.0	.01
Alucinación visual	1.90	3.91	1.85	2.82	-.90	25154.5	.36
Alucinación táctil	1.38	1.95	2.03	2.76	-2.40	22877.5	.01
SPQ total	23.94	11.49	23.64	11.63	-.21	25659.0	.83
E Cognitivo-perceptual	7.68	4.76	7.98	5.01	-.51	25189.5	.60
E. Interpersonal	7.79	4.89	8.08	4.77	-.80	24741.5	.41
E. Desorganizada	6.13	3.64	5.41	3.56	-2.03	22867.5	.04
Disociación	23.59	12.46	24.06	11.64	-.79	25027.5	.42
Absorción	24.41	14.00	25.10	13.36	-.71	25156.5	.47
Fantasía	34.61	17.17	33.16	15.24	-.56	25391.0	.57

* Todos los valores de *p* a dos colas.

Tabla 2

Comparación entre "alucinadores" frente a "No alucinadores" en las modalidades sensoriales de alucinación, imaginación, esquizotipia, disociación absorción y propensión a la fantasía

	NO ALUCINADORES (N = 262)		ALUCINADORES (N = 295)		z	U	P*
	Media	SD	Media	SD			
Imaginación visual	11.76	6.19	12.72	6.81	-1.69	35440.0	.09
Imaginación auditiva	12.45	5.43	13.13	5.39	-1.4	26417.5	.16
Imaginación cutánea	13.20	6.92	13.94	7.29	-1.18	35874.5	.237
SPQ total	28.63	10.40	19.41	10.83	-9.87	19380.0	.000
E Cog.-perceptual	10.37	4.67	5.79	4.13	-11.06	17195.5	.000
E. Interpersonal	9.02	4.77	7.14	4.56	-4.77	28902.5	.000
E. Desorganizada	6.67	3.49	4.60	3.30	-7.22	24368.0	.000
Disociación	29.90	11.50	18.59	9.31	-11.49	16596.0	.000
Absorción	32.05	12.65	18.59	10.80	-12.32	15044.0	.000
Fantasía	40.94	14.85	26.82	13.24	-10.67	18130.5	.000

* Todos los valores de *p* a dos colas.

Tabla 3
Correlación entre modalidades auditiva, visual y táctil de alucinación e intensidad de la imaginación, esquizotipia, absorción, disociación y propensión a la fantasía

Variables ¹	Modalidad alucinatoria			
	Auditiva	Visual	Táctil	P. Total
Imaginación visual	n.s.	n.s.	n.s.	-.09*
Imaginación auditiva	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Imaginación cutánea	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
SPQ total	.42***	.33***	.33***	.44***
E. Cognitivo-perceptual	.51***	.43***	.47***	.53***
E. Interpersonal	.18***	n.s.	n.s.	.19***
E. Desorganizada	.31***	.25***	.23***	.32***
Disociación	.59***	.46***	.44***	.61***
Absorción	.55***	.43***	.43***	.60***
Fantasia	.50***	.41***	.39***	.54***

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. Todos los valores de p a dos colas.

Propensión a la esquizotipia

La hipótesis 2 sugería que quienes puntuaban alto en la modalidad sensorial de alucinación puntuarían positivamente alto en esquizotipia empleando un análisis de correlación (r de Pearson) que corresponde a los tres subfactores del SPQ. Esta hipótesis fue confirmada para casi todas las subescalas del SPQ. El factor cognitivo-perceptual correlaciona más fuertemente con todas las modalidades sensoriales de alucinación, particularmente con las modalidades auditiva ($r = .51$), táctil ($r = .47$), HG/HP ($r = .44$), y visual ($r = .43$). También se encuentra una correlación entre la propensión a alucinar en general con el puntaje total de esquizotipia ($r = .44$) (Tabla 3).

Absorción, disociación y propensión a la fantasía

La hipótesis 3 sugería que quienes puntuaban alto en la modalidad sensorial de alucinación puntuarían positivamente alto en absorción, disociación y propensión a la fantasía, empleando un análisis de correlación (r de Pearson). Esta hipótesis fue confirmada para absorción ($r = .61$), disociación ($r = .60$), propensión a la fantasía ($r = .54$), con el puntaje total de alucinación. Es particularmente relevante que las modalidades auditiva y la hipnagógica/hipnopómpica, respectivamente, puntúan significativamente más alto que el resto de ellas (Tabla 3).

Con el objeto de explorar diferencias por género, se dividió la muestra en dos grupos: varones/mujeres, y se examinó el número de participantes con y sin experiencia alucinatoria (visual, auditiva y táctil). Los análisis no dieron resultados significativos para hombres y mujeres, ni entre alucinadores o no alucinadores de cada modalidad sensorial en forma separada (Tablas 1 y 2).

También se llevó a cabo un análisis de regresión lineal con el fin de buscar el principal predictor para cada tipo de alucinación y determinar qué modalidades sensoriales correlacionaban con las variables analizadas. Después de verificar los requerimientos de la técnica, un test estadístico (regresión lineal por pasos sucesivos) se encontró que el factor cognitivo-perceptual era el mejor discriminador para la modalidad alucinatoria visual [$F(1/149) = 17.83$; $p < .001$, a una cola], auditiva [$F(2/148) = 23.82$; $p < .001$, a una cola] y táctil [$F(1/149) = 11.73$; $p = .001$, a una cola]. El resto de las variables no discriminó entre ambos grupos (alucinadores y noalucinadores) (Tabla 3).

Discusión

Este estudio es una investigación correlacional de las experiencias alucinatorias en población saludable (estudiantes universitarios) para determinar en qué

medida estas experiencias se presentan en individuos sanos y de buen nivel cultural. Los resultados mostraron que quienes puntuaron alto en propensión a alucinar indicaron mayor nivel de esquizotipia, principalmente el factor cognitivo-perceptual con las modalidades auditiva, visual y táctil. También se encuentra una correlación entre la propensión a alucinar en general con el puntaje total de esquizotipia. Igualmente se observó alta tendencia en absorción, disociación y propensión a la fantasía. La hipótesis de que la intensidad de la imaginería es mayor en los alucinadores, no fue confirmada en este estudio.

Algunos ítems incluían experiencias alucinatorias claramente patológicas (e.g. “He oído mis propios pensamientos en voz alta... los oigo como desde fuera de mi cabeza, a pesar de que estoy seguro de no haber hablado en voz alta”), y otras incluían experiencias menos disfuncionales (e.g. “Cuando estoy completamente solo en casa, oigo una voz que me llama por mi nombre, una sola vez”). En ambos casos, el porcentaje de experiencias más disfuncionales era bastante menor que las “normales”. Los resultados de un estudio previo mostraron (Parra *et al.*, 2006) que entre el 16 y el 24% de los estudiantes indicaba haber tenido una experiencia alucinatoria; que la modalidad táctil era la modalidad sensorial más común (25%), seguida por la auditiva (“oír voces” 20%) y la visual (16%); que el 5% las experimentaba al menos dos veces por mes; y que tanto hombres como mujeres alucinaban de igual modo, si bien la población femenina era dos veces superior a la masculina. Por otra parte, la modalidad hipnagógica (e.g. “Sólo cuando me estoy durmiendo o estoy despertando del sueño, he visto sombras, o figuras humanas o no humanas cerca de mi cama, las he visto claramente y veo lo que hacen”) también reveló un indicador elevado (22%).

Las personas que tienden a alucinar probablemente sean productores de imágenes intensas, pero estas son más *idiosincráticas*, aunque las imágenes más desviadas quizá no sean similares a la percepción normal. Pese a no encontrarse una relación entre intensidad de la imaginería y propensión a alucinar, la diferencia fenomenológica en el contenido de las imágenes mentales quizá explique la dificultad para evaluar una relación entre la intensidad de la imaginería y la predisposición a alucinar (Gauntlett-Gilbert & Kuipers, 2003). Se puede argumentar también que no es la intensidad de la imaginería lo importante,

sino cómo una persona califica una experiencia interna que se presenta externamente, para luego transformarse en una experiencia alucinatoria.

Respecto a la hipótesis de la personalidad esquizotípica, estos resultados sostienen la idea de que existe una relación entre la experiencia alucinatoria y la personalidad esquizotípica en la población en general. En este caso, un factor cognitivo-perceptual está relacionado con la propensión a alucinar en general, particularmente la visual, auditiva, táctil e hipnagógico/hipnopómpica. El factor cognitivo-perceptual, que proviene de las subescalas de experiencias perceptuales inusuales, pensamiento mágico, ideación paranoica, e ideas de referencia, quizá sea análogo a los síntomas positivos (ilusiones y alucinaciones) en la esquizofrenia (Arndt, Alliger & Andreasen, 1991). El factor de desorganización, asociado a pensamientos y conductas extravagantes, parece corresponder a una tendencia a alucinar o —al menos— a interpretar de manera disfuncional ciertas percepciones anómalas. El factor interpersonal quizá sea análogo a la mayoría de los síntomas negativos de los pacientes esquizofrénicos como la ansiedad social, pero éste no afectó significativamente la propensión a alucinar.

Una evidencia indirecta acerca de una vía de interacción entre la esquizotipia y las experiencias alucinatorias proviene de los estudios que han encontrado una coincidencia entre la propensión a la fantasía y la disociación (Merckelbach *et al.*, 2001). La correlación entre la propensión a la fantasía, la esquizotipia y las experiencias alucinatorias sostiene que existe un común denominador caracterizado por experiencias cognitivas y perceptuales inusuales. Sin embargo, aunque los niveles de esquizotipia involucran un elevado riesgo de brote psicótico, no se los considera esencialmente patológicos. De hecho, la conexión entre esquizotipia y creatividad sugiere que puede haber ciertas ventajas biológicas en la esquizotipia. De hecho, Claridge (1995, p. 123) sostiene que «la esquizofrenia es el costo que paga la especie humana por la capacidad de adaptación y flexibilidad».

Dada las características de la muestra y la consistencia de este estudio con respecto a la absorción, la disociación, y la propensión a la fantasía, se halló una interesante validación de las experiencias alucinatorias y

correlaciones fuertes en estas tres variables. En efecto, algunos especialistas coinciden en que las experiencias disociativas operan en un continuo en cuyo extremo están los estados disociativos normales y en el otro, estados patológicos como la amnesia disociativa y la despersonalización (Ross, 1989). Algunos investigadores han tratado de determinar cuál es la naturaleza de la disociación en individuos normales. Muchos estudios han descubierto que algunos individuos en una población “normal” por lo general tienen puntajes más altos en el factor absorción/imaginación del DES, y algo menos en despersonalización/desrealización y amnesia (ver Carlson & Armstrong, 1994). En otras palabras, muchas personas normales pueden experimentar situaciones en las cuales su conciencia parece dividirse; donde existe un procesamiento de percepciones, pensamientos, sentimientos y acciones sin representación consciente.

En la categoría de disociación “normal” incluimos las experiencias fuera del cuerpo, el automatismo en la vida cotidiana y la absorción hipnótica y cognitiva (Cardeña, 1994; Putnam, 1997). De hecho, algunos antropólogos y psicólogos interculturales ahora creen que una gran variedad de experiencias, como el trance en un contexto religioso y la posesión, son fenómenos disociativos culturalmente normales (Bourguignon, 1976; Castillo, 1997; Golub, 1995). Por ejemplo, en algunas culturas las experiencias disociativas que ocurren durante las prácticas de mediumnidad no deterioran ni perjudican al médium sino que son vistas como un don o un talento preciado (Krippner, 1989). En otros contextos, sin embargo, experiencias como la “posesión” son vistas como un problema que puede producir miedo intenso y angustia (Gaw, Ding, Levine & Gaw, 1998; Lewis-Fernández, 1994). Para entender cuándo las experiencias disociativas son normales o patológicas, es crucial comprender su construcción social y la pluralidad de significados que se les otorga (ver Martínez Taboas, 1991, 1999).

Los fenómenos disociativos son de interés teórico para muchos científicos cognitivos porque parecen ampliar el estudio de procesos complejos no conscientes (Bower & Sivers, 1998; Bowers & Meichenbaum, 1984) o para explicar los fenómenos hipnóticos (Hilgard, 1986). Tales procesos de ningún modo implican procesos patológicos; por el contrario, se puede extender esta teoría a otros constructos que parecen ser fenomenológicamente similares a la disociación,

como la hipnotizabilidad, la absorción, la propensión a la fantasía, y apertura a la experiencia. Un ejemplo de ello es la absorción psicológica, donde a través de una variedad de situaciones, una persona demuestra gran facilidad para entrar en estados que se caracterizan por una marcada reestructuración cognitiva y una apertura a experimentar alteraciones emocionales y cognitivas (Putnam & Carlson, 1998; Tellegen & Atkinson, 1974).

Individuos que tienden a la absorción han tenido alguna experiencia traumática en la infancia debido a una sensibilidad que intensifica sus experiencias, como las alucinaciones (Lynn & Rhue, 1988; Glicksohn *et al.*, 1992). De hecho, Tellegen define a la absorción como un rasgo de la personalidad que permite que un individuo se implique en una variedad de experiencias mediante la imaginación (Tellegen, 1982). Como sugieren Berenbaum, Kerns y Raghavan (2000, p. 39): «Individuos con niveles elevados de absorción... están en riesgo de tener experiencias anómalas debido a que quizás traten de tenerlas intencionalmente, o quizás estén más dispuestos a explorar aspectos de sus mundos fenomenológicos que otras personas no pueden explorar».

La experiencia alucinatoria podría ser solidaria para distintas reacciones, por ejemplo, aliviar la tensión de una decisión o un recuerdo, para que el individuo se sienta más valioso, para tomar decisiones, para servir de “compañía” al sentimiento de soledad, para mitigar el sentimiento de pérdida (duelo) o fracaso (Knudson & Coyle, 1999). Por lo tanto, esto apunta a una conexión entre la ansiedad y la experiencia alucinatoria que podría ser visto como “estadios intermedios” de un continuo de normalidad-psicosis (Van Os, *et al.*, 1999; Van Os, Hanssen, Bijl & Vollebergh, 2001).

Finalmente, utilizar a la población no hospitalizada nos permite determinar cuántos individuos con síntomas de psicosis y alucinaciones están viviendo en la sociedad y son, al menos, socialmente funcionales. En consecuencia, es posible que la psicosis exista como un continuo de experiencias, con una distribución en la población general. Sus implicaciones para el diagnóstico, etiología y tratamiento de los estados psicóticos asociados a la necesidad de una atención especializada sugieren que se puede recomendar la incorporación de una noción de continuo de síntomas psicóticos en la investigación científica y la práctica clínica. De hecho, ¿es necesaria

una nueva palabra para suplir a “alucinación”? A causa de la clara connotación patológica de la experiencia, Stevenson (1983) propone el concepto de “idiofanía” para describir experiencias no patológicas que guardan en privado individuos saludables, o que no influyen en su conducta manifiesta. Las experiencias de este tipo son completamente diferentes en su naturaleza a la de los trastornos patológicos y no están acompañadas por pérdida de contacto con la realidad.

Referencias

- Aleman, A., Nieuwenstein, M. R., Boecker, K. B. E. & de Haan, E. H. F. (1999a). Hallucinatory experiences in normal subjects: Factor structure of the Launay-Slade Hallucination Scale. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie en haar Grensgebieden*, 54, 241–246.
- American Psychiatric Association (1994/2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, Fourth edition. Washington, D. C : Author.
- American Sleep Disorders Association (1990). *International classification of sleep disorders: Diagnostic and coding manual (ICSD)*. Rochester, MN : American Sleep Disorders Association.
- Barrett, T. R. & Etheridge, J. B. (1992). Verbal hallucinations in normals, 1: People who hear “voices”. *Applied Cognitive Psychology*, 6, 379-387.
- Barrett, T. R. & Etheridge, J. B. (1994). Verbal hallucinations in normals, 3: Dysfunctional personality correlates. *Personality and Individual Differences*, 16, 57–62.
- Barrett, T. R. (1993). Verbal hallucinations in normals, 2: Self-reported imagery vividness. *Personality and Individual Differences*, 15, 61-67.
- Barrett, T. R. & Etheridge, J. B. (1994). Verbal hallucinations in normals III: Dysfunctional personality correlates. *Personality and Individual Differences*, 16, 57-62.
- Bentall, R. P. (1990). The illusion of reality: A review and integration of psychological research on hallucinations. *Psychological Bulletin*, 107, 82-95.
- Bentall, R. P. (2003). *Madness explained: Psychosis and human nature*. New York, NY : Penguin Books.
- Berenbaum, H., Kerns, J. & Raghavan, C. (2000). Anomalous experiences, peculiarity, and psychopathology. En E. Cardeña, S. J. Lynn, & S. Krippner (Eds.), *Varieties of anomalous experience: Examining the scientific evidence* (pp. 25-46). Washington, DC : American Psychological Association.
- Bernstein, E. M. & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727–735.
- Bocker, K. B. E., Hijman, R., Kahn, R.S. & De Haan, E. H. F. (2000). Perception, mental imagery and reality discrimination in hallucinating and non-hallucinating schizophrenic patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 397–406.
- Bourguignon, E. (1976). *Possession*. San Francisco : Chandler & Sharp Publishers.
- Bower, G. H. & Sivers, H. (1998). Cognitive impact of traumatic events. *Development and Psychopathology*, 10, 625-653.
- Bowers, K. S. & Meichenbaum, D. (Eds.). (1984). *The unconscious reconsidered*. New York : Wiley.
- Cardeña, E. (1994). The domain of dissociation. En S. J. Lynn & J. W. Rhue (Eds.), *Dissociation: Clinical and theoretical perspectives* (pp. 15-31). New York : Guilford.
- Castillo, R. J. (1997). Dissociation. En W. S. Tseng & J. Streltzer (Eds.), *Culture psychopathology* (pp. 101-123). New York : Brunner/Mazel.
- Cheyne, J. A., Newby-Clark, I. R. & Rueffer, S. D. (1999). Sleep paralysis and associated hypnagogic and hypnopompic experiences. *Journal of Sleep Research*, 8, 313-317.
- Claridge, G. S. (1995). *The origins of mental illness*. Cambridge, MA : Malor Books.
- David, A. S. (2004). The cognitive neuropsychiatry of auditory verbal hallucinations: An overview. *Cognitive Neuropsychiatry*, 9, 107–123.
- Ditman, T. & Kuperberg, G. R. (2005). A source-monitoring account of auditory verbal hallucinations in patients with schizophrenia. *Harvard Review of Psychiatry*, 13, 280–299.
- Frith, C. D. (1992). *The cognitive neuropsychology of schizophrenia*. Hove : LEA.
- Gauntlett-Gilbert, J. & Kuipers, E. (2003). Phenomenology of visual hallucinations in psychiatric conditions. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 203–205.

- Gaw, A. C., Ding, Q. & Levine, R. L. (1998). The clinical characteristics of possession disorder among 20 Chinese patients in the Hebei Province of China. *Psychiatric Services* 49, 360-365.
- Glicksohn, J. (1990). Belief in the paranormal and subjective paranormal experience. *Personality and Individual Differences*, 11, 675-683.
- Glicksohn, J., Salinger, O. & Roychman, A. (1992). An exploratory study of syncretic experience: Eidetics, synaesthesia and absorption. *Perception*, 21, 637-642.
- Golub, D. (1995). Cultural variations in multiple personality disorder. En L. Cohen, J. Berzoff & M. Ellin (Eds.), *Dissociative identity disorder* (pp. 285-327). Northvale, NJ : Aronson.
- Hilgard, E. R. (1986). *Divided consciousness*. New York, NY : Wiley.
- Grady, K. E. & Wallston, B.S. (1988). *Research in health care setting*. Newbury Park : Sage.
- Hartmann, E. (1991). *Boundaries of the mind: A new psychology of personality*. New York, NY : Basic Books.
- Hoffman, R. E. (1986). Verbal hallucinations and language production processes in schizophrenia. *Behavioral and Brain Sciences*, 9, 503-548.
- Hufford, D. J. (1982). *The terror that comes in the night: An experience-centered study of supernatural assault traditions*. Philadelphia : University of Pennsylvania Press.
- Johns, L.C. & McGuire, P.K. (1999). Verbal self-monitoring and auditory hallucinations in schizophrenia. *Lancet*, 353, 469-470.
- Johns, L. C., Rossell, S. & Frith, C. (2001). Verbal self-monitoring and auditory verbal hallucinations in patients with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 31, 705-715.
- Knudson, B. & Coyle, A. (1999). Coping strategies for auditory hallucinations: A review. *Counselling Psychology Quarterly*, 12, 25-38.
- Krippner, S. (1989). A call to heal: Entry patterns in Brazilian mediumship. En C. A. Ward (Ed.), *Altered states of consciousness and mental health: A crosscultural perspective* (pp. 186-206). Newbury Park : Sage.
- Larøi F. (2006). The phenomenological diversity of hallucinations: Some theoretical and clinical implications. *Psychologica Belgica*, 46, 163-183.
- Larøi, F., Van der Linden, M. & Marcewski, P. (2004). The effects of emotional salience, cognitive effort and meta-cognitive beliefs on a reality monitoring task in hallucination-prone subjects. *British Journal Clinical Psychology*, 43, 221-33.
- Larøi, F., Marcewski, P. & Van der Linden, M. (2004). Further evidence of the multidimensionality of hallucinatory predisposition: Factor structure of a modified version of the LSHS in a normal sample. *European Psychiatry*, 19, 15-20.
- Larøi, F., & Van der Linden, M. (2005). Non-clinical participants reports of hallucinatory experiences. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 37, 33-43.
- Launay, G. & Slade, P. D. (1981). The measurement of hallucinatory predisposition in male and female prisoners. *Personality and Individual Differences*, 2, 221-234.
- Laying, T.V. & Andronis, T. (1984). Toward a functional analysis of delusional speech and hallucinatory behavior. *The Behavior Analyst*, 7, 139-156.
- Lewis-Fernández, R. (1994). Culture and dissociation: A comparison of ataque de nervios among Puerto Ricans and possession syndrome in India. En D. Spiegel (Ed.), *Dissociation: Culture, mind, and body* (pp. 123-167). Washington, DC : American Psychiatric Press.
- Lynn, S. J. & Rhue, J. W. (1988). Fantasy proneness: Hypnosis, developmental antecedents, and psychopathology. *American Psychologist*, 43, 35-44.
- Martínez-Taboas, A. (1991). Multiple personality disorder as seen from a social constructionist standpoint. *Dissociation*, 4, 129-133.
- Martínez-Taboas, A. (1999). A case of spirit possession and glossolalia. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 23, 333-348.
- Mavromatis, A. (1987). *Hypnagogia: The unique state of consciousness between wakefulness and sleep*. London : Routledge & Kegan Paul.
- McCreery, C. (1997). Hallucinations and arousability: Pointers to a theory of psychosis. En G. Claridge (Ed.), *Schizotypy: Implications for illness and health* (pp. 251-273). New York: Oxford University Press.
- Merckelbach, H., Horselenberg, R. & Muris, P. (2001). The Creative Experiences Questionnaire (CEQ):

- A brief self report measure of fantasy proneness. *Personality and Individual Differences*, 31, 987-995.
- Miller, L. J., O'Connor, E. & DePasquale, B. A. (1993). Patients' attitudes toward hallucinations. *American Journal of Psychiatry*, 150, 584-588.
- Morrison, A. P. & Haddock, G. (1997a). Cognitive factors in source monitoring and auditory hallucinations. *Psychological Medicine*, 27, 669-679.
- Ness, R. C. (1978). The Old Hag phenomenon as sleep paralysis: A biocultural interpretation. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 2, 15-39.
- Nielsen, T. A. (1992). A self-observational study of spontaneous hypnagogic imagery using the upright napping procedure. *Imagination, Cognition and Personality*, 11, 353-366.
- Ohayon, M. M., Priest, R. G., Caulet, M. & Guilleminault, C. (1996). Hypnagogic and hypnopompic hallucinations: Pathological phenomena? *British Journal of Psychiatry*, 169, 459-467.
- Parra, A., Adróver, F. & González, G. (2006). Estudio exploratorio de la experiencia alucinatoria: comparación entre población clínica y no clínica. En A. Trimboli, J. C. Fantin, S. Raggi y P. Fridman (Eds.), *Encrucijadas actuales en salud mental: Primer Congreso Argentino de Salud Mental* (pp. 258-267). Buenos Aires: Akadia.
- Posey, T. B. & Losch, M. E. (1983). Auditory hallucinations of hearing voices in 375 normal subjects. *Imagination, Cognition and Personality*, 3, 99-113.
- Putnam, E. W. (1997). *Dissociation in children and adolescents*. New York: Guilford.
- Putnam, E. W. & Carlson, E. B. (1998). Hypnosis, dissociation, and trauma: Myths, metaphors, and mechanisms. En J. D. Bremner & C. R. Marmar (Eds.), *Trauma, memory and dissociation* (pp. 27-56). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Rader, C. M. & Tellegen, A. (1987). An investigation of synesthesia. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 981-987.
- Raine, A. (1991). The SPQ: A scale for the assessment of schizotypy personality based on DSM-III-R criteria. *Schizophrenia Bulletin*, 17, 555-564.
- Raine, A. (1992). Sex differences in schizotypal personality in a non-clinical population. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 361-364.
- Raine, A. & Baker, L. (1992) *The Schizotypal Personality Questionnaire: Genetics, Psychophysiology, Neuropsychology and Gender Differences*. Western Psychological Association, Portland, Oregon, abril 30-mayo 3.
- Raine, A. & Benishay, D. (1995). The SPQ-B: A brief screening instrument for schizotypal personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 9, 346-355.
- Richardson, A. (1969). *Mental imagery*. New York, NY: Springer.
- Rojcewicz, S. & Rojcewicz, R. (1997). The "human" voices in hallucinations. *Journal of Phenomenological Psychology*, 28, 1-41.
- Romme, M. & Escher, S. (2005). *Dando sentido a las voces. Guía para los profesionales de la salud mental que trabajan con personas que escuchan voces*. Madrid: Paradox.
- Ross, C. A. (1989). *Multiple personality disorder: Diagnosis, clinical features, and treatment*. New York: Wiley.
- Sheehan, P. W. (1967). A shortened forms of Betts' Questionnaire upon Mental Imagery. *Journal of Clinical Psychology*, 23, 386-389.
- Spanos, N. P., McNulty, S. A., Dubreuil, S. C., Pires, M. & Burgess, M. F. (1995). The frequency and correlates of sleep paralysis in a university sample. *Journal of Research in Personality*, 29, 285-305.
- Stevenson, I. (1983). Do we need a new word to supplement "hallucinations"? *American Journal of Psychiatry*, 140, 1609-1611.
- Tellegen, A. & Atkinson, G. (1974). Openness to absorbing and self-altering experiences ('absorption'), a trait related to hypnotic susceptibility. *Journal of Abnormal Psychology*, 83, 268-277.
- Thalbourne, M. A., & Houran, J. (2000). Transliminality, the mental experience inventory, and tolerance of ambiguity. *Personality and Individual Differences*, 28, 853-863.
- Tien, A. Y. (1991). Distributions of hallucinations in the population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 26, 287-292.
- Van Os, J., Verdoux, H., Maurice-Tison, S., Gay, B., Liraund, F., Salamon, R. & Bourgeois, M. (1999). Self-reported psychosis-like symptoms and the continuum of psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 459-463.
- Van Os, J., Hanssen, M., Bijl, R. V. & Vollebergh, W. (2001). Prevalence of psychotic disorder and

- Community level of psychotic symptoms: an urban-rural comparison. *Archives of General Psychiatry*, 58, 663-668.
- Waters, F. A., Badcock, J. C., & Maybery, M. T. (2003). Revision of the factor structure of the Launay-Slade Hallucinations Scale (LSHS-R). *Personality Individual Differences*, 35, 1351-1357.
- Wilson, S. C. & Barber, T. X. (1981). Vivid fantasy and hallucinatory abilities in the life histories of excellent hypnotic subjects ("somnambules"): Preliminary report with female subjects. En E. Klinger (Ed.), *Imagery: Concepts, results, and applications*, Vol. 2. (pp. 133-149). New York : Plenum.

Anexo

CUESTIONARIO DE EXPERIENCIAS ALUCINATORIAS

Instrucciones: Este cuestionario consiste de 38 preguntas de experiencias que usted ha tenido o puede tener en su vida cotidiana. Estamos interesados en saber con cuánta frecuencia tiene usted estas experiencias. Es importante que sus respuestas muestren que estas experiencias han ocurrido cuando no se encontraba bajo influencia del alcohol o drogas no prescritas.

Por favor, califique la frecuencia de cada una de estas experiencias mediante la siguiente escala de cinco puntos:

0	1	2	3	4
Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	A menudo	Muy a menudo

Tenga especial cuidado a la hora de posicionar su contestación en la escala. Recuerde que estas experiencias ocurren en su mente pero tienen toda la intensidad de una experiencia real. Por ejemplo, “Oír que le llamaron por su nombre desde otra habitación de la casa, cuando usted era la única persona que estaba en casa.” Se trata de una experiencia en la que ha tenido conciencia, a pesar del hecho de que nadie le llamó.

Por favor, conteste a cada cuestión utilizando la HOJA DE RESPUESTAS que se le entrega con este cuestionario.

CUESTIONARIO

1. He oído que alguien decía mi nombre. Por ejemplo, al pasar al lado de gente desconocida, aunque sabía que realmente no me habían llamado, y seguí adelante como si nada.
2. Cuando estoy completamente solo en casa, oigo una voz que me llama por mi nombre, una sola vez. Por ejemplo: “Carmen”.
3. He oído una voz o varias voces que dicen lo que estoy haciendo y me lo repiten una y otra vez. Estas voces a veces tienen un tono agresivo y recriminatorio.
4. El verano pasado estaba en el jardín y de repente oí que mi mamá me llamaba desde dentro de casa. Su voz sonaba como si algo malo hubiera ocurrido, su voz era alta y clara. Corrí al interior pero no había nadie. Ella estaba afuera, en la calle, y no me había llamado.
5. He oído mis propios pensamientos en voz alta. En realidad los oigo como desde fuera de mi cabeza, a pesar de que estoy seguro de no haber hablado en voz alta.
6. He tenido la experiencia de oír la voz de Dios; pero no como si hablara en mi corazón sino como una voz que realmente viene desde fuera de mi cabeza.
7. He oído mi propia voz procedente de atrás mío, en forma de frases cortas, normalmente tranquilizadoras, como “todo va bien” o “cálmate”.

8. Puedo oír la voz de alguien conocido que me habla, sin estar presente. No es que me esté imaginando su voz, sino que realmente puedo oírla. Su voz me parece tan real que cuando esto sucede en ocasiones llego a contestarle.
9. Cuando estoy solo oigo voces de niños angustiados.
10. Por la noche oigo pasos, oigo respirar, tropezar, raspar, girar las picaportes de las puertas, puertas que se abren o se cierran, ventanas que son forzadas; pero cuando me levanto para mirar, no encuentro a nadie.
11. He tenido la experiencia de oír botellas romperse, o platos caer, o explosiones de aparatos domésticos (u otras cosas en mi casa), pero cuando voy en dirección a aquellos ruidos, todo está en su lugar.
12. Sólo cuando me estoy durmiendo o estoy despertando del sueño, he oído voces o diálogos, música o melodías, sonidos, a veces agradables y otras no, pero que escucho nítidamente.
13. Algunas de mis creaciones (dibujos, canciones, poesías, narrativas, etc.) o mis principales inspiraciones creativas son en realidad producto de alguien externo, no presente, que me las dicta.
14. Me ha ocurrido oír nítidamente el diálogo de dos o más voces de personas como si estuvieran a mi lado. Estaban hablando en voz alta, pero no estaban físicamente donde yo me encontraba.
15. Cuando estoy solo, mantengo una agradable conversación en voz alta con un pariente o amigo fallecido y prácticamente siempre oigo lo que me dice.
16. Puedo, si lo deseo, mantener conversaciones con ángeles o cualquier otra entidad espiritual, y escuchar claramente su voz como si estuvieran hablándome al oído.
17. Mientras viajaba por la ruta, estando en compañía de otras personas, he visto claramente a una persona parada, vestida y de buen aspecto. Pero yo fui el único que la vio.
18. Cuando conduzco por la noche o camino por una calle, he visto algo a un lado de la carretera, como un perro; pero cuando me vuelvo para mirar no hay nada.
19. He visto un rostro rodeado de un brillo singular, que cuando aparece me da consejos, es muy amable y gentil.
20. Por la noche he visto cosas que se mueven a mi alrededor y dan toda la impresión de que hay alguien en mi habitación, aunque sé que no hay nadie.
21. He tenido la experiencia de ver claramente una figura con forma humana ante mí; alguien que no estaba físicamente presente en aquel momento. Incluso tuve la sensación de que tenía alguna intención hacia mí.
22. He tenido la experiencia de ver seres “elementales”, como personas diminutas que reinan en la naturaleza. No tengo la sensación de que esas presencias estén allí, yo las veo claramente y veo cómo actúan.
23. Espontáneamente he visto a una persona a pesar de que sé que esa persona estaba fallecida. Además estoy seguro de que esa presencia intentaba comunicarme algo.
24. He visto una luz, o luces, o campos de energía, alrededor del cuerpo o de una parte del cuerpo de otra persona, lo cual –hasta donde pude determinar– no era debido a causas normales o naturales que yo pudiera explicar.

25. Sólo cuando me estoy durmiendo o estoy despertando del sueño, he visto sombras, o figuras humanas o no humanas cerca de mi cama, las he visto claramente y veo lo que hacen.
26. He tenido la sensación de estar bebiendo un refresco. Estaba sediento. Podía realmente saborearlo, aunque no lo estaba tomando.
27. Puedo saborear una comida. Si tengo hambre y pienso en esa comida, puedo saborearla aunque no la esté comiendo.
28. Sólo cuando me estoy durmiendo, o despertando del sueño, he tenido la experiencia de experimentar sabores en mi boca, agradables o desagradables, a pesar de que no he comido nada relacionado con esos sabores.
29. He tenido la experiencia de sentir una palmada en mi hombro, o cualquier otra sensación vívida de contacto físico de otra persona detrás mío, pero cuando me doy vuelta no veo a nadie.
30. Antes de quedarme dormido, he sentido un aire frío que soplabla en mi cara. Era muy claro y de ninguna manera estaba dormido. Nadie estaba en la habitación salvo la persona que comparte mi cuarto, que estaba dormida. No sé de dónde pudo venir aquel aire frío.
31. He tenido la experiencia de despertarme porque alguien me sacudía el pie. Lo sentí como si ocurriera realmente. Me levanté para ver si había alguien, pero estaba yo solo en casa.
32. He tenido la experiencia de sentirme como 'fuera de mi cuerpo físico,' esto es, la sensación de que mi yo (mente, o conciencia o espíritu) estaba desplazada en un sitio diferente al de mi cuerpo.
33. Sólo cuando me estoy durmiendo, o despertando del sueño, he tenido las vívidas sensaciones de presencia, como si alguien o algo me tocara o presionara todo o alguna parte de mi cuerpo. Estas sensaciones me atemorizan.
34. He tenido la experiencia de oler algo que se quema, pero cuando trato de mirar qué puede ser, no encuentro nada en el fuego.
35. Olores nauseabundos y desagradables me invaden espontáneamente y a pesar de su intensidad, no puedo determinar de dónde surgen.
36. Oler comidas fritas aunque no haya nada a mi alrededor es una experiencia que he tenido. Incluso se me hace 'agua la boca.'
37. He tenido la experiencia de oler vívidamente el perfume de una persona conocida por mí, a pesar de que no había explicación razonable por la cual ese aroma estaba presente donde yo me encontraba.
38. Sólo cuando me estoy durmiendo, o despertando del sueño, he tenido la experiencia de oler comidas o perfumes, o por el contrario, otros olores nauseabundos y desagradables, pero cuando trato de determinar el origen de esos olores, no encuentro nada.